

PROJETOS APLICATIVOS
GVISA 3ª edição

*Área de Competência:
Gestão do trabalho em vigilância sanitária*

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	Padronização do processo de licenciamento sanitário do município de Campo Grande – MS.
2.	Harmonização dos procedimentos e critérios para colheita de amostra de alimentos importados pelos pontos de entrada em Santa Catarina.
3.	Elaboração do Sistema Integrado de Comunicação em Vigilância sanitária (COMUNICAVISA).
4.	Implantação de grupo de trabalho intermunicipal para padronização das ações de vigilância sanitária na região metropolitana de Florianópolis.
5.	Proposta de reorganização do processo de trabalho em vigilância sanitária das gerências de saúde de Araranguá, Brusque e Laguna.
6.	Portal web: uma opção para otimização dos serviços na vigilância sanitária de João Pessoa.
7.	Estabelecimento de critérios para classificação do risco sanitário para redução dos agravos decorrentes da manipulação inadequada de alimentos - João Pessoa 2016.
8.	Reorganização do processo de trabalho da gerência técnica de inspeção e controle de medicamentos e produtos da Agevisa-PB com base no risco sanitário.
9.	Proposta de integração da vigilância sanitária de Maceió ao sistema integrado de informações do município de Maceió (SIIMM) desenvolvido pela secretaria municipal de administração, recursos humanos e patrimônio de Maceió (Semarhp/AL).
10.	Deficiência na integração entre as ações de vigilância sanitária e epidemiológica na superintendência estadual de vigilância em saúde de Goiás – Suvisa.
11.	Integração entre as ações de vigilância sanitária e epidemiológica na Superintendência estadual de vigilância em saúde de Goiás – Suvisa.
12.	Atualização dos códigos sanitários municipais.
13.	Aplicabilidade da programação anual de vigilância sanitária no âmbito dos municípios Tocantinenses.
14.	Reestruturação dos processos de trabalho de fiscalização na vigilância sanitária de Teresina – PI.

**CESAR AUGUSTO BRANDÃO ARÃO
GLÁUCIA DI PAULA GOMES DO AMARAL
MARIA LAURA SOUZA ROSAS RAMOS DE MIRANDA
RAQUEL TREFZGER DE MELO
TICIANA CRISTINA SOARES COSTA
VIVIAN ROSA DOS SANTOS PAES DE BARROS
YVIS ESTEFÂNIA YOSHIMURA**

**PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE - MS**

**SÃO PAULO
2016**

**CESAR AUGUSTO BRANDÃO ARÃO
GLÁUCIA DI PAULA GOMES DO AMARAL
MARIA LAURA SOUZA ROSAS RAMOS DE MIRANDA
RAQUEL TREFZGER DE MELO
TICIANA CRISTINA SOARES COSTA
VIVIAN ROSA DOS SANTOS PAES DE BARROS
YVIS ESTEFÂNIA YOSHIMURA**

**PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE - MS**

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

Orientadora:

Elizete da Rocha Vieira de Barros

**SÃO PAULO
2016**

Ficha Catalográfica

Arão, Cesar Augusto Brandão et al.

“Padronização do Processo de Licenciamento Sanitário na
Coordenadoria de Vigilância Sanitária de Campo Grande-MS”

Orientação: Elizete da Rocha Vieira de Barros. 2016

Trabalho de Conclusão de Curso (Gestão da Vigilância
Sanitária) - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa,
Campo Grande, 2016.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diretrizes nacionais do COAP	18
Figura 2 - Processo de identificação e priorização do problema	27
Figura 3 - Árvore explicativa, Campo Grande- MS	28
Quadro 1 - Exemplo de procedimentos não padronizados na CVSA.	16
Quadro 2 - Matriz 5W3H.....	30
Quadro 3 - Monitoramento das etapas do plano de ação.....	35
Quadro 4 - Cronograma de prazos das etapas do plano de ação	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 ANÁLISE DE CONTEXTO	7
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE	7
2.2 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO MUNICIPAL COM A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS E SUA INTERFACE NACIONAL.....	9
2.2.1 CENÁRIO NACIONAL.....	9
2.2.2 CENÁRIO INICIAL MUNICIPAL.....	11
3 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA	14
4 OBJETIVOS	20
4.1 GERAL.....	20
4.2 ESPECÍFICOS.....	20
5 FUNDAMENTAÇÃO - REFERENCIAL TEÓRICO	21
5.1 PROCESSOS DE TRABALHO	23
5.2 RELEVÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS	24
6 PERCURSO METODOLÓGICO	26
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
7.1 TRABALHANDO O PRIMEIRO NÓ CRÍTICO.....	31
7.2 TRABALHANDO O SEGUNDO NÓ CRÍTICO	32
7.3 ASPECTOS GERAIS DA INTERVENÇÃO NOS NÓS CRÍTICOS.....	33
8 GESTÃO DO PLANO	34
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária (VISA) abrange uma complexidade de ações de regulação e controle que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, de tecnologias, da produção, circulação e consumo de bens, produtos e da prestação de serviços de interesse à saúde. Neste sentido, o gestor em Vigilância Sanitária tem um importante papel, pois, embora as ações da VISA sejam pautadas em normatizações, é imprescindível a agregação de uma leitura reflexiva da realidade, identificando e compreendendo a dinâmica do território, dos atores sociais, da política, da economia e de todo o contexto dentro e entre as esferas municipais, estaduais e federal.

Nessa conjuntura, o presente trabalho apresenta um Projeto Aplicativo a ser implantado no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, desenvolvido pelos especializandos do curso de especialização em Gestão de Vigilância Sanitária do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, a Anvisa e o Hospital Sírio Libanês. Os autores do projeto são profissionais com formações acadêmicas diversas (administrador de empresas, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista e odontólogo) que atuam como fiscais e agentes fiscais na Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde Pública do município de Campo Grande.

Seguindo as diretrizes propostas pelo curso, o grupo de autores realizou um levantamento dos problemas existentes no órgão onde atuam, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Ambiental de Campo Grande (CVSA) e dentre os mesmos a falta de padronização do processo de licenciamento sanitário foi priorizado devido principalmente a sua governabilidade. A referida falta de padronização se evidencia pela atual divergência e falta de uniformização de procedimentos, rotinas administrativas, processos de trabalho, gestão e gerenciamento de equipe. Sendo assim, verificou-se a importância em se padronizar, de forma a eliminar ou reduzir as desigualdades, garantindo segurança nas ações, incrementando celeridade e qualidade nas ações em Vigilância Sanitária sobre prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Deste modo, a proposta deste trabalho é padronizar o processo de licenciamento sanitário no âmbito da Coordenadoria de Vigilância Sanitária e

Ambiental do município de Campo Grande, MS utilizando o Planejamento Estratégico Situacional e com a intencionalidade de intervenção e construção de uma nova realidade de ações e processos da VISA.

No decorrer do presente trabalho será apresentada a situação inicial em que o problema foi identificado e priorizado no município de Campo Grande, MS, os objetivos, a fundamentação teórica, o percurso metodológico e as propostas para a resolução do problema a ser enfrentado.

2 ANÁLISE DE CONTEXTO

2.1 Contextualizações do município de Campo Grande

O município de Campo Grande, com 8.092,95 km², está localizado geograficamente na porção central de Mato Grosso do Sul, ocupando 2,26% da área total do Estado. Tem como municípios limítrofes: Jaraguari, Rochedo, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Sidrolândia e Terenos e possui dois distritos Anhanduí e Rochedinho(PLANURB, 2016).

Campo Grande é a cidade central da Macrorregião de Saúde Campo Grande, que é composta por 33 municípios do estado e sede da Microrregião de mesmo nome que abrange 16 municípios circunvizinhos, sendo referência em saúde a todo estado do Mato Grosso do Sul (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Fundada pelo mineiro José Antonio Pereira para estas terras imigraram alemães, árabes, argentinos, espanhóis, italianos, japoneses, paraguaios, portugueses, entre tantos migraram gaúchos, mineiros, paulistas, pernambucanos, entre outros. Entretanto, houve a diminuição do fluxo migratório, sendo de 1,72% ao ano entre 2000 e 2010. Campo Grande possuía um total de 786.797 habitantes em 2010 com estimativa de 863.982 em 2016 (IBGE, 2016). A participação da população do município em relação à do Estado de Mato Grosso do Sul ainda é elevada, sendo que em 2010 chegou a 32,13%. No contexto nacional, Campo Grande é o 17º em volume populacional entre as capitais. O município possui alto grau de urbanização, considerando que o censo de 2010 constatou apenas 1,34% de população rural. As mulheres são a maior parte da população sendo que para cada 100 mulheres havia em Campo Grande 94,05 homens. Já a razão é de 41,50 jovens e idosos para cada grupo de 100 pessoas em idade ativa e Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual da População 2000/2010: 1,72%. A partir destes resultados pode-se constatar o impacto do estreitamento na base da pirâmide etária, principal fator responsável pela diminuição da razão de dependência no município de Campo Grande. A taxa de alfabetização em 2010 era de 94,99% (PLANURB, 2016).

O Censo Agropecuário de 2006 indicou um total de 1.663 estabelecimentos agropecuários no município. Campo Grande concentrava 36,93% do total das empresas comerciais do estado em 2015. Já no setor industrial possui 4 polos

industriais (norte, oeste, Paulo Coelho Machado e sul) e um núcleo industrial onde estão instaladas 4.753 indústrias que correspondem a 38% do número em Mato Grosso do Sul (PLANURB, 2016).

Com relação às águas subterrâneas, o município de Campo Grande apresenta basicamente três unidades fontes, associadas a três formações geológicas diferentes: A primeira, mais superficial, localizada na região oeste está relacionada aos arenitos do Grupo Bauru. A segunda encontra-se associada às rochas da Formação Serra Geral, em zonas de fraturamentos, a qual se encontra parcialmente sobreposta pela formação anterior. Por fim, em nível mais profundo, encontram-se as rochas da Formação Botucatu, que devido às suas características petrográficas e abrangência em termos de área, contêm o maior aquífero subterrâneo da América do Sul, denominado Aquífero Guarani. Assim, devido a estas peculiaridades, Campo Grande pode ser considerado um município bem servido de águas subterrâneas para as mais diversas finalidades, desde o abastecimento doméstico até industriais. (Planurb, 2016). Segundo a concessionária responsável pela gestão dos serviços de captação, adução, produção, tratamento e distribuição de água potável, em 2015 o abastecimento de água tratada em Campo Grande chegava a 99,8% da população. O índice de acesso a tratamento de esgoto foi ampliado de 29%, em 2006, para 73% da população, em 2013 (ÁGUAS GUARIROBA).

O clima de Campo Grande, segundo a classificação de Koppen, situa-se na faixa de transição entre o subtipo (Cfa) mesotérmico úmido sem estiagem ou pequena estiagem e o sub-tipo (Aw) tropical úmido, com estação chuvosa no verão e seca no inverno. Dado que contribui à ocorrência de doenças como a dengue, doença de notificação compulsória mais confirmada sua incidência (PLANURB, 2016). A principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório (29,35%) seguida pelas neoplasias (19,7%).

A rede municipal de saúde em 2015 estava composta por 37 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 26 unidades básicas de saúde (UBS), 6 Centros Regionais de Saúde (CRS), 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 6 Policlínicas Odontológicas, 1 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), 2 Centro de Atendimento Psicossocial III (CAPS III), 1 Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II), 1 Centro de Atendimento Psicossocial infantil (CAPS i), 1 Centro de Atendimento Psicossocial III Álcool e Drogas (CAPS III AD), 2 Centros de

Especialidades Odontológicas II (CEO II), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO III), 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 1 Centro Ortopédico Municipal (CENORTE), 1 Centro de Doenças Infecto-Parasitárias (CEDIP), 1 Centro de Especialidade Infantil (CEI), 1 Centro de Referência à Saúde do Homem, 1 Centro de Atendimento à Mulher (CEAM), Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) dividida em quatro distritos sanitários (norte, sul, leste e oeste) (PLANURB, 2016).

A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande é composta por 4 diretorias: Diretoria de Assistência a Saúde, Diretoria em Planejamento e Gestão em Saúde, Diretoria de Regulação em Saúde e Diretoria de Vigilância em Saúde. Nesta última é onde está inserida a Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Ambiental entre outras coordenadorias.

2.2 A Vigilância Sanitária no contexto municipal com a estruturação de serviços e sua interface nacional

2.2.1 Cenário nacional

Para um maior entendimento de como se configura hoje a VISA no cenário nacional e como isso se reflete na estruturação da VISA do município de Campo Grande, apresenta-se a seguir, resumidamente, uma linha histórica acerca de sua organização estrutural e legal.

De acordo com a Lei Federal nº 8080 de 1990 (lei orgânica da saúde), define-se como 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 à saúde. Vigilância Sanitária traduz-se como uma tentativa do Estado de garantir um dos direitos fundamentais do cidadão: o acesso a produtos e serviços com qualidade e segurança sanitárias (BRASIL, 2004).

Até meados da década de 1970, a área de vigilância sanitária apresentava escassa visibilidade no setor saúde. O desenvolvimento econômico do período pós-1968, resultado do projeto político do governo militar, conhecido como o "milagre econômico", com ampliação da produção industrial e das exportações, impôs novas demandas ao Estado, como regulamentações para adaptação da produção brasileira às exigências internacionais de qualidade de produtos. Além disso,

questões sociais que emergiram requeriam reestruturações nas políticas de saúde, impulsionando a reforma do setor saúde e dos respectivos serviços. Até meados da década de 1970, foram colocadas em vigência diversas leis e decretos, configurando um novo arcabouço legal da vigilância sanitária no Brasil, o qual é ainda vigente. As principais normas jurídicas eram: a Lei nº 5.991/73 voltada à comercialização dos produtos da área farmacêutica e similares; o Decreto-Lei nº 986/69, que estabelece as normas básicas de alimentos; a 6.368/76, que trata dos medicamentos psicoativos e entorpecentes, e a 6.437/76, que dispõe sobre as infrações sanitárias, as penalidades e os ritos do processo administrativo-sanitário (COSTA *et al*, 2008).

A partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de VISA, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (MIRANDA, 1998). A Constituição Federal de 1988 então afirma que a saúde é um direito social e que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o meio de concretização desse direito. A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, detalha o funcionamento do SUS e afirma que a VISA que tem um caráter altamente preventivo, sendo uma das competências do SUS.

O Sistema de Vigilância Sanitária engloba unidades nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – com responsabilidades compartilhadas. Neste sentido, o processo de descentralização das ações da VISA, iniciado em 1994, teve como norteador os princípios do SUS, com o objetivo de dar mais autonomia aos municípios. Tal processo se deu de forma gradual, levando em consideração a capacidade administrativa e técnica de cada município e a imensa desigualdade que existia entre as regiões.

A criação da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, possibilitou maior interação das relações entre as esferas de governo, sendo um marco fundamental no processo de descentralização das ações da VISA. A criação e pactuação do Termo de Ajuste e Metas (TAM) e do Termo de Adesão ao TAM, em 2000, através da portaria nº 1008/2000 do Ministério da Saúde, objetivou, além do compromisso com a obtenção de resultados, a organização e implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), através da descentralização das ações de VISA, fomentando a

realização de atividades e estabelecimento de parcerias entre as partes. Como forma de nortear e incentivar a descentralização das ações de VISA, em 2003, o Ministério da Saúde publica a PORTARIA Nº 2473/GM, que Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS fixa a sistemática de financiamento.

Na esfera estadual, em 2012, o processo de descentralização se deu com publicação da Resolução 105/SES/MS pela Secretaria de Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, que tem enfoque na regulamentação técnica para municipalização das ações de Vigilância Sanitária em Mato Grosso do Sul. Esta resolução, entre outras coisas, divide as ações de vigilância sanitária em seis grupos de atividades, numerados de um a seis, com complexidade ascendente. Cabe a todos os municípios de Mato Grosso do Sul a execução das ações de gerenciamento de risco constantes nos grupos 1 e 2 da referida resolução. Essa divisão em grupos possibilitou o processo de descentralização gradativa e repasse de recursos conforme cada grupo pactuado. No município de Campo Grande a pactuação ocorreu até o grupo 3, porém são executadas algumas ações do grupo 4 ainda não pactuadas. Dessa forma, neste município as ações de vigilância sanitária não se encontram completamente descentralizadas.

2.2.2 Cenário municipal inicial

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do SUS e trouxe a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade, equidade e integralidade de ações às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada. Junto com a regionalização e a municipalização surgiu a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. O distrito sanitário como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (GONDIM *et al.*, 2008).

Em Campo Grande, na Secretaria Municipal de Saúde encontra-se a Diretoria de Vigilância em Saúde onde está inserida a Coordenadoria Municipal de Vigilância Sanitária e Ambiental (CVSA), além de outras coordenadorias, sendo órgão responsável pela inspeção e gerenciamento do risco em diversas atividades que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde da população. Fazem parte das equipes de inspeção, fiscais sanitários e agentes fiscais sanitários, todos investidos nos cargos através de concurso público. Quanto ao cargo de agente fiscal sanitário, a complexidade das atividades alvo de fiscalização exigiu a criação de cargos de nível superior específicos para admissão no concurso. Dessa forma, neste município atuam agentes fiscais sanitários com formações diversas: farmacêutico, odontólogo, biólogo, enfermeiro, arquiteto, advogado, fisioterapeuta, nutricionista e médico veterinário.

Até os primeiros meses de 2016, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Ambiental encontrava-se organizada no modelo distritalizado. As equipes eram divididas em 5 distritos: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central, os quais possuíam equipe multidisciplinar e realizavam ações de VISA das diversas áreas de atuação em seu território.

Diante das constantes reclamações do setor regulado em relação a procedimentos/tratamentos diferentes de fiscalização em situações muito semelhantes, conforme a equipe ou distrito sanitário, das reclamações de outros órgãos (Ministério Público, por exemplo), e da insatisfação e desmotivação do corpo de fiscalização frente às divisões não igualitárias das atividades de acordo com a competência, a coordenação da ViSA sentiu a necessidade de mudança organizacional.

A partir de fevereiro de 2016, portanto, os integrantes das equipes localizadas nos distritos sanitários foram remanejados entre os serviços pré-existentes, conforme área de atuação, sendo eles: SEFMED (Serviço de Fiscalização de Medicamentos), SEFAL (Serviço de Fiscalização de Alimentos), SEFES (Serviço de Fiscalização em Estabelecimentos de Saúde), SEFIS (Serviço de Fiscalização de Estabelecimentos de Interesse da Saúde), SESTRAB (Serviço de Fiscalização de Saúde do Trabalhador), SSVA (Serviço de Saneamento e Vigilância Ambiental), SAJVS (Serviço de Assessoria Jurídica da Vigilância Sanitária) e SAAES (Serviço de Apoio Estratégico e Educação Sanitária). Dessa forma, cada serviço passou a possuir uma equipe técnica única responsável pela fiscalização de cada

tipo de serviço em todo o território do município. Neste momento o cadastro de empresas no sistema da CVSA contava com um total de 21.945 empresas, sendo 8.553 estabelecimentos da área de alimentos, 3.906 na área de saúde, 3.796 de interesse à saúde, 927 relativas à medicamentos e produtos correlatos, 82 empresas atuando na área de saneamento e vigilância ambiental e 4.682 empresas sendo acompanhadas quanto as questões de saúde do trabalhador. Valor relativo à 30% das empresas constantes no cadastro econômico da Prefeitura Municipal de Campo Grande.

A mudança na estrutura organizacional do serviço de vigilância sanitária evidenciou problemas antigos e discrepâncias nos processos de trabalho, tais como: ausência de padronização nos procedimentos, ausência educação permanente, falta no planejamento das ações de vigilância sanitária, falta no gerenciamento eficaz de recursos humanos e falta de autonomia da vigilância sanitária. Esses foram os problemas levantados pelos autores especializando desta equipe durante oficina de identificação de problemas em que todos foram indicando os desconfortos em relação à realidade. Por meio do planejamento estratégico situacional e da dinâmica de priorização de problemas, com a utilização das matrizes decisórias, o problema selecionado para ser trabalhado foi a “falta de padronização nos procedimentos”.

Tendo em vista a amplitude do problema priorizado, visando delimitar o campo de intervenção, o grupo decidiu abordar neste Projeto Aplicativo a falta de padronização no processo interno de licenciamento sanitário (concessão de prazos, documentos a serem anexados nos processos, informações essenciais que devem estar contidas nos despachos, prazos para entregas de documentos, entre outros) na Coordenadoria de Vigilância Sanitária de Campo Grande, MS.

3 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA

A falta de padronização nos processos da Vigilância Sanitária Municipal de Campo Grande (CVSA) é um problema concreto e crítico, percebido pelas diversas esferas que são envolvidas pelo trabalho exercido pelo órgão. Há irregularidade desde os trâmites iniciais de abertura de processo de Licenciamento Sanitário, formas de tramitações e administração do mesmo, bem como a organização dos documentos que o compõem, durante o transcorrer das fiscalizações que integram as fases do licenciamento até às formas de arquivamento após encerramento do mesmo. Diversos são os motivos pelo qual a execução ocorre de diferentes formas: de acordo com o Serviço de Fiscalização (setor) da CVSA a que ele pertence, de acordo com o supervisor que o administra ou com a equipe de funcionários que compõem o corpo de administrativos que manipulam o processo.

São 07(sete) Serviços de Fiscalização, como já descrito anteriormente, cada um compostos por sua equipe administrativa e corpo de fiscalização, determinando seus sistemas e rotinas de trabalho com características intrínsecas e o mínimo de paridade com os demais serviços. Há grande preocupação em fazer cumprir as legislações e demais normas sanitárias, porém, não há uma definição teórica, normativa, definindo qual é o passo a passo a ser seguido pelo ente fiscalizador e pelo fiscalizado e demais atores envolvidos até que se confirme o cumprimento das exigências e finalização do processo administrativo.

O problema é facilmente visualizado quando comparamos, como exemplo, 03 (três) diferentes etapas do andamento do Processo Administrativo Sanitário em apenas 04 (três) Serviços de Fiscalização. Serão comparados: a) forma de administração do prazo para realização de primeira vistoria os estabelecimentos a partir da entrega do processo à equipe de fiscalização; b) procedimento de liberação de Licença Sanitária após parecer fiscal favorável; d) Controle de prazos para incineração de processos em arquivo permanente. Os trâmites acima descritos foram observados no Serviço de Fiscalização de Medicamentos (SEFMED), Serviço de Fiscalização de Estabelecimentos de Saúde (SEFES) Serviço de Fiscalização dos Serviços de interesse à Saúde e Serviço de Fiscalização de Alimentos (SEFAL) e serão comparados conforme quadro 1.

O objetivo deste resgate é apontar os diferentes procedimentos no processo de trabalho entre os serviços desta Coordenadoria para o mesmo fim. Ressalta-se

que neste momento não estão sendo avaliados quais métodos são mais eficientes ou apontados quais disparidades são mais graves, apenas exemplificando processos diários que são realizados de formas diferentes, demonstrando que há utilização de tempo e mão de obra de forma diferenciada em setores do mesmo órgão.

A desigualdade de procedimentos também pode ser observada dentro de um mesmo Serviço de Fiscalização, como por exemplo, o que ocorre no SEFIS (Serviço de Fiscalização de Estabelecimentos de Interesse à Saúde) que é responsável pelo acompanhamento de mais de 50 atividades de interesse à saúde diferentes, dos quais apenas 10% possuem Ficha de Inspeção Documental padronizada, instrumento que permite que os documentos necessários e exigidos em normas para cada atividade possam ser observados no ato da fiscalização. Para os demais, os documentos geralmente são protocolados no setor para serem analisados pela equipe fiscal responsável e somente posteriormente à avaliação dos mesmos ser realizado o retorno no estabelecimento.

A deficiência na padronização ocasionou, ao longo dos anos, um distanciamento entre as formas de realizar o mesmo processo, por diferentes equipes de fiscalização sanitária, sendo primeiramente percebidas pelo próprio Setor Regulado (contribuintes que passam pelo processo de fiscalização), através de queixas e descontentamentos elucidados a respeito da falta de equidade, percebida com mais gravidade por àqueles cujas empresas são compostas por redes, associações ou conglomerados que estão instalados em regiões diferentes da cidade ou são fiscalizados por mais de um tipo de Serviços de Fiscalização.

Quadro1- Exemplo de procedimentos não padronizados na CVSA.

	Prazo para primeira vistoria após entrega do processo ao fiscal	Procedimento de liberação de licença sanitária	Controle de prazo de processos em arquivo permanente para incineração
SEFMED	Sem prazo definido, controle em planilha eletrônica de entrega de processos.	Supervisor despacha em processo autorização para liberação do documento.	Não possui controle de prazo para incineração de processos, sendo a busca realizada de forma manual quando necessário.
		Licenças devem ser retiradas no setor pelo contribuinte.	
SEFES	Sem prazo definido de forma igualitária entre equipes, controle em planilha eletrônica de entrega de processos.	Supervisor despacha em processo apenas a solicitação ao administrativo para confecção do documento.	Não possui controle de prazo para incineração de processos, sendo o controle realizado através dos pedidos de renovação dos processos antigos.
		As Licenças são entregues no estabelecimento pelo fiscal ou podem ser retiradas no setor pelo contribuinte.	
SEFIS	Sem prazo definido, controle manual de entrega de processos.	Supervisor despacha em processo autorização para liberação do documento.	Possui controle de prazo de prazo para incineração
		As Licenças são entregues no estabelecimento pelo fiscal ou podem ser retiradas no setor pelo contribuinte.	
SEFAL	Há prazo limite de dois dias para devolução, controle em planilha eletrônica de entrega de processos.	Não há despacho em processo do Supervisor Fiscal.	Não possui controle de prazo para incineração de processos, sendo a busca realizada de forma manual quando necessário.
		Licenças devem ser retiradas no setor pelo contribuinte.	

Fonte: Pesquisa direta do grupo de autores.

As diversas ações conjuntas do órgão de Vigilância Sanitária e outras entidades (Delegacias Especializadas, demais Secretarias Municipais, Ministério Público e outros) se intensificaram nos últimos anos e evidenciaram ainda mais o problema, tendo em vista que as mesmas ocorrem, muitas vezes, com equipes diferenciadas, em serviços diversos e sem planejamento prévio ocasionando situações onde os demais órgãos não reconhecem a uniformidade nos procedimentos da Vigilância Sanitária.

A falta de padronização não permite que o órgão possua métodos de avaliação e garantias da qualidade da prestação de serviços, como descreve Silva *et al* (2004), que caracteriza a padronização como uma ferramenta que trará benefícios de custos, prazos, satisfação dos clientes e principalmente qualidade nos serviços e produtos oferecidos. No caso da Vigilância sanitária, os clientes são: o Setor Regulado (contribuintes que sofrem a fiscalização) e a população como um todo (usuários dos produtos e serviços). Além de garantir a satisfação dos clientes, a padronização deve acarretar na melhoria da qualidade dos serviços, minimizando as avaliações negativas provenientes de órgãos reguladores e fiscalizadores como Ministério Público e da própria Gestão Municipal.

Através da padronização dos processos administrativos, será possível criar outras ferramentas para a solução de diversos outros problemas vivenciados pelo órgão, como a falta de métodos avaliativos eficientes, falta de indicadores, falta de mecanismos que permitam verificar os desvios de qualidade na prestação de serviços e outros e oportunizará a melhoria na gestão de tempo, mão de obra e diversos outros aspectos importantes para eficiência de todo o processo.

Outra preocupação em melhorar a qualidade dos serviços, está em garantir o cumprimento dos compromissos acordados nos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP), homologados através da Resolução nº 80/SES/MS DE 24 de agosto de 2012, que engloba Regiões de Saúde do Mato do Sul, incluindo a região de Campo Grande, que tem como uma de suas diretrizes, a redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, explicita na cláusula 17.2, diretriz 7, conforme figura 1.

CLÁUSULA DÉCIMA-SÉTIMA
DAS DIRETRIZES NACIONAIS E ESTADUAIS

Diretrizes Nacionais

17.1. As diretrizes nacionais, seus objetivos e metas regionais, no que couber, são de cumprimento obrigatório pelos entes Signatários deste contrato.

17.2. São as seguintes as diretrizes nacionais:

Diretriz 1 - Garantia do acesso à população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e a atenção especializada;

Diretriz 2 - Aprimoramento da rede de Atenção às Urgências com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de pronto socorro e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do Crack e de outras drogas.

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Diretriz 6 - Implementação do Subsistema de Atenção À Saúde Indígena, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social e garantia do respeito às especificidades culturais.

 *Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.*

Figura 1- Diretrizes nacionais do COAP
Fonte: Contrato Organizativo da ação Pública da Saúde, 2012-2015.

Portanto, se não é possível mensurar a produtividade, com fidelidade, com segurança de dados para planejamento de ações, não é possível assegurar que os objetivos do COAP e demais metas sejam atingidas.

O problema escolhido para intervenção neste Projeto aplicativo vai de encontro com o proposto no documento do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), publicado na Portaria GM/MS nº. 1.052, de 08 de maio de 2007, o qual contempla as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O PDVISA é um instrumento de eleição de prioridades em Vigilância Sanitária que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locais regionais. Seu

foco é orientar mecanismos de planejamento e de integração, possibilitando a definição de responsabilidades e contemplando os instrumentos de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

O Plano Municipal de Saúde de Campo Grande (2014-2017) também já traz no seu programa de fortalecimento, a fim de cumprir o objetivo de operacionalizar a vigilância em saúde por meio do pronto custeio, recursos humanos e investimentos necessários para a promoção, prevenção, e controle de doenças e agravos, a iniciativa de qualificar o processo de trabalho na vigilância em saúde, ambiental e sanitária, a fim de que ele se torne um processo de trabalho qualificado e produtivo.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Padronizar o processo de licenciamento sanitário na Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Ambiental no âmbito do Município de Campo Grande, MS.

4.2 Específicos

- Construir instrumentos de padronização - Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para o processo de licenciamento sanitário.
- Publicação dos POPs no Diário Oficial do Município de Campo Grande (Diogrande).
- Promover a capacitação das equipes da CVSA
- Diminuir as discrepâncias existentes nos processos de licenciamento sanitário.
- Reduzir o tempo para a concessão da Licença Sanitária.

5 FUNDAMENTAÇÃO - REFERENCIAL TEÓRICO

A Vigilância Sanitária constitui um subsetor específico da Saúde Pública e sua face mais complexa. Configura um campo próprio de relações complexas entre o domínio econômico, o jurídico-político e o médico 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, o terreno das ações de Vigilância Sanitária expressa contradições sociais fundamentais, encontrando-se frequentemente submetido a pressões até mesmo de setores do próprio Estado.

As ações de Vigilância Sanitária abrangem cada vez mais categorias de objetos de cuidado, partilhando competências com órgãos e instituições de outros setores que também desenvolvem ações de controle sanitário. Compõe-se de um conjunto de saberes de natureza multidisciplinar e práticas de interferência nas relações sociais produção-consumo para prevenir, diminuir ou eliminar riscos e danos à saúde relacionados com objetos historicamente definidos como de interesse da saúde. Tendo por objeto a proteção e defesa da saúde individual e coletiva, cabe à Vigilância Sanitária desenvolver ações articuladas em políticas públicas voltadas para a crescente qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2009).

Uma vez que a VISA tem por objeto a proteção e defesa da saúde individual e coletiva, cabe a ela desenvolver ações dinamizando um conjunto de instrumentos, compondo políticas públicas para a qualidade de vida. A natureza dessas ações é eminentemente preventiva, perpassando todas as práticas higiênico-sanitárias, da produção a proteção, recuperação e reabilitação da saúde, devendo atuar sobre fatores de riscos e danos e seus determinantes associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, com o ambiente e o ambiente do trabalho, com a circulação internacional de transportes, cargas e pessoas. O conteúdo dessas questões confere às ações do campo da vigilância sanitária um caráter universal de certos aspectos das práticas higiênico-sanitárias necessárias à reprodução e manutenção da vida, inserindo-a numa lógica normativa e ética internacional (COSTA *et al.*, 2009).

Assim, a atuação nesse campo se dá com base em legislação específica, cujo cumprimento é assegurado pelo poder público. O exercício do poder público ou poder de polícia materializa-se na elaboração normativa e na fiscalização sanitária,

impondo aos particulares a obediência às normas jurídico-administrativos limitantes das liberdades individuais, que são condicionadas aos interesses coletivos, sob exigências determinadas em lei, que também asseguram os direitos e liberdades individuais. A instrumentalização legal no fazer da vigilância sanitária é imprescindível, seja pela natureza jurídico-política de sua intervenção disciplinadora da vida em sociedade, seja pelos aspectos técnico-sanitários; as normas técnicas, combinando o direito e a norma, constituem códigos para garantir os princípios de saúde pública, acompanhando o progresso do saber científico e avanço tecnológico.

A Vigilância Sanitária é um setor dentro da saúde e do Sistema Único da Saúde, que traz consigo muitas especificidades, tornando-a complexa por ser multissetorial, exigindo conhecimentos multidisciplinares, sendo que a característica que embasa o seu processo de trabalho é a regulamentação sanitária, inspeção, fiscalização, registro de produtos, apreensões para análises, interdição de atividade, entre outras, realizadas para o controle de riscos (SOUZA; COSTA, 2010).

Ademais, a Vigilância Sanitária possui especificidades que distinguem das demais na área da saúde e que envolve conhecimentos e práticas que:

“se situam no campo de convergência de várias disciplinas e áreas de conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, sociologia política, direito, economia política, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança, bioética e outros” (COSTA; ROZENFELD, 2000, p.5).

Por conseguinte, a gestão do trabalho em vigilância sanitária reclama o reconhecimento dos elementos que envolvem o trabalho e os seus agentes trabalhadores. Estes estão conectados com a configuração estrutural do setor, os processos de gestão e a construção e retomada de mecanismos de regulação por parte do estado a partir de alguns aspectos comuns nos planos de recursos humanos e da gestão do trabalho.

Dessa maneira, percebe-se que essas questões evidenciam uma enorme complexidade atrelada aos processos de trabalho no âmbito da VISA (Duarte; Teixeira, 2009), já que a partir da caracterização da vigilância sanitária, como área do cuidado com as coletividades, a atuação de cada trabalhador se volta para

prestar um serviço que preveja a universalização de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que está exposta às populações.

5.1 Processos de trabalho

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Em outras palavras, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

Assim, podem-se definir processos como sendo uma série de tarefas ou etapas que recebem insumos, tais como materiais, informações, pessoas, métodos e máquinas, que geram produto físico ou serviço (CURY, 2000).

Segundo Souza; Costa (2010), os elementos que compõem o processo de trabalho em vigilância sanitária podem ser assim sistematizados, com base na teoria do processo de trabalho e a partir das premissas adotadas: “Objeto de trabalho”: produtos, serviços, processos e ambientes de interesse da saúde; “Meios de trabalho”: instrumentos materiais, normas técnicas e jurídicas e saberes mobilizados para a realização do trabalho de controle sanitário; “Agentes do trabalho”: funcionários do Estado que atuam no aparato institucional da vigilância sanitária; “Produto do trabalho”: controle de riscos reais e potenciais sobre produtos, serviços, processos e ambientes de interesse da saúde; “Finalidade do trabalho”: proteção e defesa da Saúde Coletiva.

Na complicada dinâmica desse processo, é progressiva e contínua a necessidade do setor produtivo pela legalização de suas atividades, bem como são oferecidos muitos riscos e danos à saúde individual e coletiva. Contudo, os procedimentos formais determinados pela legislação sanitária, que delimitam o exercício do gestor e do fiscal de VISA seguem sem o apropriado ajuste e sem estimativa de que isto ocorra na urgência que a coletividade necessita.

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 (SOUZA; COSTA, 2010).

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.

Portanto, é necessário redesenhar um novo processo de trabalho mais dinâmico e efetivo, pois uma autoridade reguladora autônoma, com recursos financeiros e técnicos capacitados, é condição *sine qua non* para a implantação das ações regulatórias (COSTA, 2009).

Assim, o instrumento aqui proposto visa à reestruturação e normatização dos processos de trabalho da VISA no âmbito da Coordenadoria de Vigilância Sanitária de Campo Grande/MS, permitindo uma maior resolutividade dos trâmites nos processos e assegurando celeridade na concessão da Licença Sanitária.

5.2 Relevância da padronização de processos

Padronizar significa submeter um processo a um determinado modelo ou método. A padronização busca normatizar e organizar processos de trabalho a fim de aumentar a produtividade e efetivar os lucros, fazendo com que o produto ou serviço atenda as expectativas de maneira mais simples, com menor custo e com a menor variação possível. Quando falamos de padronização de processos, estamos falando em uma forma de formalizar a produção/serviço, e isso não significa deixar de lado a criatividade e a flexibilidade e submeter os trabalhadores a normas rígidas ou rotinas monótonas.

Não obstante, é preciso que todos os atores envolvidos na organização se dediquem no processo, pois a padronização requer treinamento e esforço. Uma vez aplicada a uma organização como um todo, a padronização de processos leva a resultados nitidamente favoráveis, de ordem quantitativa e qualitativa, e isso tem feito com que esse método seja cada vez mais utilizado como um meio para se alcançar o resultado desejado.

A padronização é uma importante ferramenta gerencial e, como tal, nos ambientes administrativo e técnico, confere uniformidade às ações, além de reduzir a dispersão e possibilitar que cada profissional realize seus serviços de forma orientada e segura; a padronização começa pela compreensão de todo o processo (BRASIL, 1996; NOGUEIRA, 1999).

A padronização começa pela compreensão do processo como um todo (Nogueira, 1999), sendo que a implantação dos protocolos exige envolvimento multidisciplinar, profissionais competentes, grande comprometimento e um bom sistema de informações.

Este entendimento sobre o conceito da padronização dos processos estimula a criatividade e a participação de toda a equipe, trazendo em sua essência o conceito de melhoria contínua. O padrão eficaz é aquele que está permanentemente melhorando, advindo da experiência dos que o utilizam.

Importante destacar que a adesão a este método é uma tarefa difícil, pois é necessário muito mais do que redigir passos. É necessário, como dito anteriormente, um grande comprometimento de toda a equipe de trabalhadores.

Em suma, o sistema de padronização traz inúmeros benefícios para a organização e deve ser visto como algo que pode ser interessante para todos: gestores, executantes, setor regulado e usuários.

A uniformização do processo de trabalho no âmbito da CVSA será um marco para a vigilância sanitária, pois se espera que a equipe identifique, mensure e adote condutas uniformes, de acordo com o diagnóstico encontrado e após a sua consolidação, haja melhor alinhamento das práticas sanitárias e melhorias dos serviços.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Os estágios iniciais para o levantamento da problemática a ser trabalhada no Projeto Aplicativo (PA) foram realizados com base nos fundamentos do planejamento estratégico situacional, através de oficinas de trabalhos e opções metodológicas em diferentes momentos do trabalho que direcionaram o passo a passo desde a identificação dos problemas à gestão do plano, conforme sintetizado a seguir.

O primeiro passo foi a realização de dinâmica para identificação dos problemas, por meio de levantamento de desconfortos em relação ao trabalho executado na CVSA, em grupo e identificando idéias individuais e realizando análises de pertinência. Através da eleição do melhor enunciado para cada macroproblema identificado e atribuição de carga negativa a cada um deles, foram identificados os seguintes problemas a serem avaliados conforme valor e interesse: a) falta de autonomia na CVSA, b) falta de treinamento e educação permanente, c) ineficácia no gerenciamento de recursos humanos, d) falta de padronização procedimentos de CVSA e e) deficiência no planejamento de vigilância sanitária.

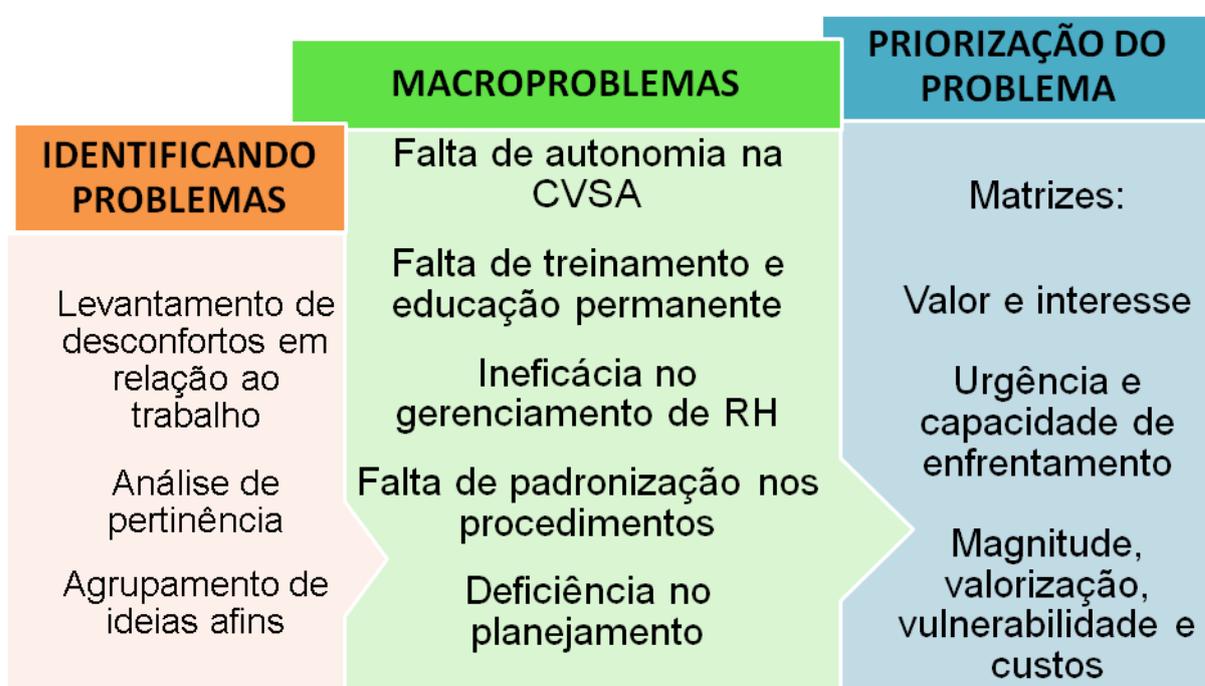


Figura 2. Processo de identificação e priorização do problema
Fonte: Pesquisa direta do grupo de autores.

Aos macroproblemas elencados foram aplicadas diversas matrizes decisórias em oficinas de trabalho que permitiram a avaliação conforme critérios como, urgência, capacidade de enfrentamento, magnitude, transcendência, vulnerabilidade, custos, relevância, factibilidade e viabilidade, que permitiram definir a falta de padronização de procedimentos da CVSA como o problema a ser enfrentado.

Neste momento surgiu a dificuldade na delimitação do problema priorizado, considerando que dentro do processo de trabalho existem inúmeros procedimentos internos que atualmente necessitam de padronização.

No próximo passo foi trabalhada a identificação dos atores sociais que são relevantes para o problema priorizado, analisando seus valores e interesses, o que favoreceu um entendimento mais aprofundado da realidade. Esses atores são aqueles que contribuem para a geração ou manutenção do problema identificado, no caso em questão são: coordenação da CVSA, chefes das diferentes áreas técnicas, supervisores de fiscais, fiscais e agentes fiscais sanitários, sendo a todos atribuído alto valor, ou seja, todos os atores conferem alta importância ao problema e possuem interesse positivo na resolução do mesmo, com exceção dos fiscais e agentes fiscais que são divididos em grupos neutros, positivo e negativo.

Para melhor entender o problema foi construída a árvore explicativa, reconstruindo os processos que o geram e identificando suas conseqüências possibilitando a identificação de potenciais obstáculos e oportunidades para a intervenção.

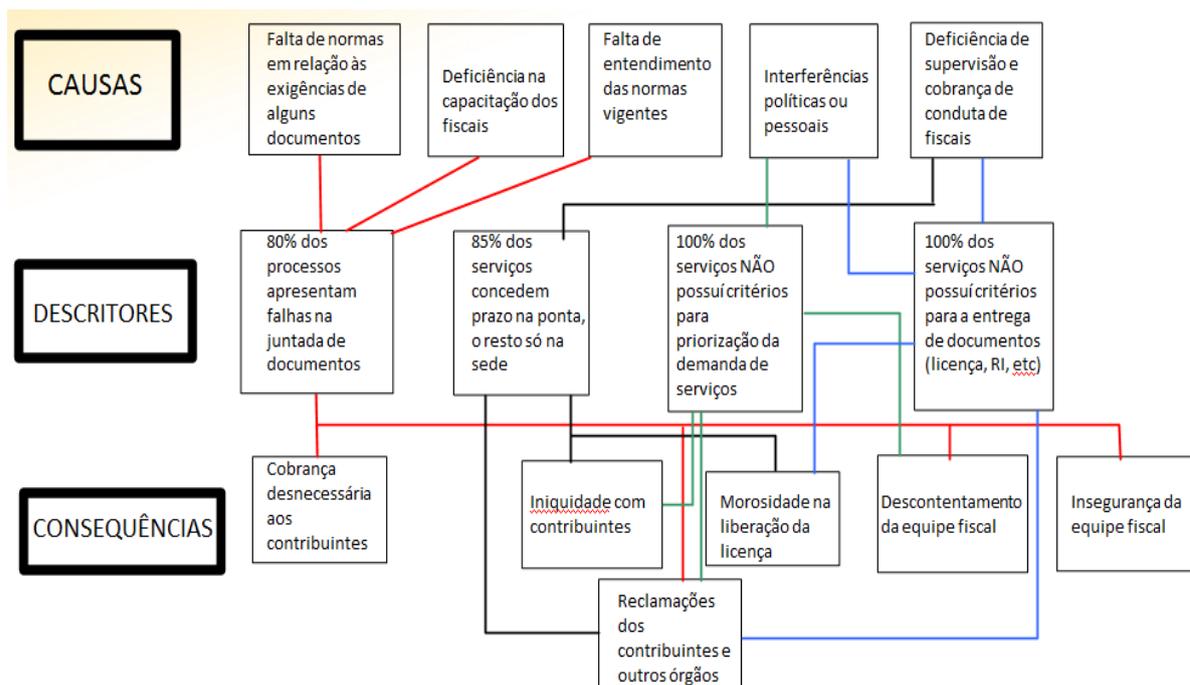


Figura 3 – Árvore explicativa, Campo Grande-MS, 2016.
 Fonte: Pesquisa direta do grupo de autores.

Este fluxograma permitiu uma identificação mais objetiva de âmbitos e oportunidades para a construção de intervenções, sendo concluído quando as principais relações de causa-efeito foram consideradas.

Na dinâmica para construção da árvore explicativa, a partir do problema priorizado, identificamos as manifestações que melhor o descrevem, expressando-as na forma de descritores (conforme representado na figura 3). Posteriormente foram identificadas as causas que determinaram os problemas e suas principais consequências.

Através da árvore foi possível identificar e selecionar as causas chaves sobre os quais devemos e podemos atuar: a falta de normas em relação à exigência de documentos que compõem o processo de licenciamento sanitário e a deficiência na capacitação dos fiscais, agentes fiscais sanitários e demais servidores que atuam na CVSA. Essas causas deverão ser alvo de intervenção no plano de ação e são chamadas aqui de “nós críticos”, pois possuem impacto decisivo sobre os descritores do problema no sentido de modificá-los positivamente, há possibilidade de intervenção direta sobre eles e é politicamente oportuno atuar sobre a causa.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a priorização dos nós críticos, foi utilizada a ferramenta denominada “Planilha 5W3H” para elaboração da proposta de intervenção. O referido método, em função de sua praticidade e clareza, permite o acompanhamento da realização das atividades propostas. Corresponde a uma lista de ações definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos. Sua aplicação permitiu mapear atividades, estabelecendo o que deve ser feito e porque, quem o fará, em que período de tempo, custos e em que área da instituição se dará a intervenção.

Quadro 2 – Matriz 5W3H, Campo Grande- MS, 2016.

	Planilha 5W3H	
Questões	Nó crítico 1 <i>Falta de normas em relação ao processo de licenciamento sanitário.</i>	Nó crítico 2 <i>Deficiência na capacitação dos fiscais.</i>
<i>What/O quê?</i>	Elaborar POPs em relação ao processo de licenciamento sanitário.	Capacitar a equipe de trabalho da CVSA
<i>How/Como?</i>	Reunião dos membros do grupo com administrativos, fiscais, agentes fiscais, supervisores e chefes de serviço.	Treinamentos em grupos.
<i>Who/Quem?</i>	Equipes de autores do projeto.	Atores envolvidos no desenvolvimento da norma.
<i>When/Quando?</i>	Janeiro a maio de 2017.	Maior 2017.
<i>Where/Onde?</i>	Sede da VISA/SESAU	Escola de Governo (EGOV).
<i>Why/Por quê?</i>	Padronizar o processo de licenciamento sanitário.	Para entendimento e aplicação da norma.
<i>How much/ Quanto custa?</i>	Sem custos adicionais.	Sem custos adicionais.
<i>How measure/Como mensurar?</i>	Pelo número de POPs criados em relação aos mínimos propostos.	Pelo número de profissionais capacitados em relação ao número de profissionais da CVSA.

Fonte: Pesquisa direta do grupo de autores.

7.1 Trabalhando o primeiro nó crítico

A ação para sanar o primeiro nó crítico, a falta de normas em relação à exigência de documentos que compõem o processo de licenciamento sanitário, é a de elaboração de procedimentos operacionais padrão.

Os POPs que deverão conter no mínimo as seguintes informações: responsáveis pela execução, objetivo e identificação, instruções sequenciais com fluxograma, se necessário, descrição das atividades críticas, responsável pela elaboração, responsável pela aprovação, data de aprovação e versão.

Os POPs a serem elaborados inicialmente, considerados essenciais para o processo de trabalho, devem ser os seguintes: POP para protocolo de documentos entregues pelo contribuinte, para juntada de documentos em processo e análise pela fiscalização, para expedição e entrega da licença sanitária após liberação da fiscalização, para arquivamento permanente de processos e para priorização de distribuição de serviços aos fiscais. Ao longo do processo, novos POPs podem ser identificados como necessários e serão produzidos pela equipe, com a finalidade de atender de forma homogênea todos os serviços da CVSA.

Para elaboração dos mesmos serão realizadas reuniões com representantes de todos os setores, que serão convidados a participar de forma voluntária, portanto primeira ação é a de sensibilização do corpo de fiscalização e demais servidores quanto à necessidade de mudanças e agregar interessados. Neste momento, será aberto aos mesmos que se manifestem acerca da participação nas ações visando compor uma equipe que seja representada por no mínimo um fiscal de cada área técnica (serviço de fiscalização), dois servidores da área administrativa, um supervisor fiscal e um chefe de serviço de fiscalização. As reuniões serão organizadas pela equipe técnica deste projeto, sendo mediadores e responsáveis pelo registro em ata.

Nas reuniões participativas com os representantes supracitados, será empregada a ação educacional “Aprendizagem baseadas em equipes” com a intencionalidade inicial de levantar os procedimentos que envolvem o processo de licenciamento sanitário que são exitosas, ou seja, quais procedimentos atuais adotados que são mais eficientes podendo contribuir como ponto de partida para a elaboração de cada POP utilizando os conhecimentos prévios de cada participante para a construção do conhecimento focalizado na resolução dos problemas.

Para esta primeira etapa a previsão de periodicidade das reuniões é quinzenalmente, totalizando três reuniões, iniciando em janeiro de 2017. A partir dos primeiros levantamentos a equipe técnica será responsável pela compilação das informações transformando-as no produto, o que deve ser realizado em mais três encontros quinzenais.

O terceiro passo da proposta para a resolução do primeiro nó crítico refere-se à apresentação dos POPs elaborados pela equipe técnica a toda equipe de trabalho da CVSA, que serão responsáveis pela aplicação dos mesmos, para avaliações e contribuições posteriores. Os documentos serão encaminhados a cada setor via Comunicação Interna através Coordenação de Vigilância Sanitária pelo sistema informatizado utilizado atualmente, e-doc, com prazo para devolutiva estipulado de quinze dias. O recebimento e encaminhamento das contribuições através do mesmo sistema no prazo limite serão de responsabilidade dos chefes de serviços de fiscalização de cada área técnica. A avaliação das contribuições, correções e finalização dos POPs serão realizadas pela equipe técnica. Como indicador de monitoramento do processo é esperado que fossem produzidos minimamente os POPs elencados acima como essenciais.

Ato contínuo, a próxima etapa será a de dar publicidade à coletividade com a divulgação no Diário Oficial do Município de Campo Grande, MS (DIOGRANDE). Essa etapa constitui um requisito essencial, pois, de acordo com Meirelles (2004), a publicidade não é elemento formativo do ato, é requisito de eficácia e moralidade, pois todo ato, em princípio, deve ser publicado porque pública é a administração que o realiza. Encerrando-se o processo até o encaminhamento para a publicação, no fim do mês de abril de 2016.

7.2 Trabalhando o segundo nó crítico

Para intervir no segundo nó crítico identificado, a equipe técnica realizará capacitação sobre os POPs, a toda equipe de trabalho da CVSA que será responsável pela utilização do mesmo, para assegurar a correta aplicação e entendimento.

Nos treinamentos serão apresentados e explicados os documentos através de aulas expositivas, utilizando-se de recursos multimídia e materiais impressos para acesso de todos. Com momentos específicos para sanar dúvidas pertinentes.

As aulas de capacitação serão organizadas em duas turmas mistas em ocasiões diferentes. A proposta é que sejam treinadas em torno de 60 pessoas no total, número que corresponde a 70% do somatório atual de servidores da CVSA, sendo este o indicador de monitoramento do processo, que deve ser realizado na quarta semana de maior de 2017.

O espaço utilizado serão as salas de treinamento disponíveis em espaço próprio da Prefeitura Municipal de Campo Grande, a Escola de Governo (EGOV).

7.3 Aspectos gerais da intervenção nos nós críticos

Para as intervenções relativas aos dois nós críticos não foram estimados custos haja vista que os profissionais envolvidos desde a elaboração e treinamento já fazem parte da equipe de trabalho, os espaços utilizados e demais recursos necessários são próprios da Prefeitura Municipal de Campo Grande.

Nos dois casos a estratégia para aumentar a viabilidade do plano, ou seja, garantir e incentivar a participação da equipe, nos processos desde a fase de elaboração das normas às capacitações, é fazer com que as participações sejam compensadas através de substituição por “atividades especiais”.

8 GESTÃO DO PLANO

A gestão do plano de ação proposto será efetuada em cada etapa do processo de intervenção dos nós críticos, através de monitoramentos ao longo da implantação de cada passo e a mensuração de indicadores que auxiliarão na garantia de que as ações propostas atinjam seus objetivos. Cada passo, forma de monitoramento e indicadores estão definidos no quadro 3.

Observa-se que foram acrescentados dois passos necessários para monitoramento e avaliação do plano além dos descritos nos processos de intervenção aos nós críticos: o período de utilização teste, quando os POPs confeccionados serão utilizados na prática, nos serviços diários e nos setores da CVSA e a avaliação do impacto que a utilização dos POPs causou após a fase teste.

Considerando que o projeto trata de intervenção em processos de trabalho da Administração Pública, as etapas do plano de ação estão sujeitas a intercorrências devido às possíveis alterações no cenário político, troca de gestores e outros fatores que fogem da governabilidade da equipe técnica. Para tanto as estratégias adotadas serão a de sensibilização dos possíveis novos gestores sobre a importância, objetivos e resultados esperados do plano, como já descrito nos tópicos iniciais do presente projeto.

O cronograma de todas as fases, conforme proposta de intervenção, incluindo os passos pré e pós-aplicação dos POPs estão descritos de forma sintetizada no cronograma conforme quadro 4.

Quadro 3- Monitoramento das etapas do plano de ação, Campo Grande-MS, 2016.

Passos	Monitoramento	Indicador
Sensibilização da equipe da CVSA	Quantidade de pessoas que se voluntariaram para a ação.	Número de voluntários em razão da equipe total da CVSA (atingir no mínimo 12% da equipe de 85 servidores- cada ator social representado).
Reuniões com representantes selecionados	Acompanhamento do número de voluntários iniciais e número de pessoas que participaram em todas as reuniões (lista de presença).	Número de participantes em razão do número de voluntários iniciais.
Elaboração dos POPs	Quantidade de POPs produzidos por reunião.	Número de POPs produzidos em razão do número de POPs mínimos previstos.
Submeter à avaliação pela equipe da CVSA	Devolutivas efetuadas ao decorrer do prazo.	Número de devolutivas em razão dos serviços de fiscalização (áreas técnicas).
Finalização dos POPs	Adequação dos instrumentos dentro do prazo.	Número de POPs revisados em razão dos elaborados.
Eventos de capacitação de equipe de trabalho da CVSA	Inscrição e frequência.	Número de participantes em razão do número de servidores da CVSA (ideal 70%).
Publicação dos POP´s em diário oficial	Acompanhamentos das publicações diárias.	Publicação efetiva em diário oficial.
Período de utilização teste	Acompanhar através dos supervisores a utilização diária do instrumento	Número de setores que aderiram ao POPs em razão da quantidade existente
Avaliação do impacto sobre serviço	Acompanhar a redução da falta de padronização.	Número de POPs implantados em relação ao número de POPs criados.

Fonte: Pesquisa direta do grupo de autores.

Quadro 4- Cronograma de prazos das etapas do plano de ação, Campo Grande, 2016.

Ações a serem realizadas	2017								
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Sensibilização da equipe e reuniões com representantes.	■	■							
Elaboração dos POPs.		■	■						
Submeter à avaliação pela equipe da CVSA.				■					
Finalização dos POPs.				■					
Publicação dos POPs em diário oficial.					■				
Eventos de capacitação da equipe de trabalho da CVSA.					■				
Período de utilização teste.						■	■	■	
Avaliação do impacto sobre serviço.									■

Fonte: Pesquisa direta do grupo de autores.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de padronização nos procedimentos de licenciamento sanitário é um problema que resulta além da insatisfação da equipe e do setor regulado traz consequências negativas à coletividade, afastando a Vigilância Sanitária de cumprir um dos princípios norteadores da administração pública que é o da eficiência e o seu papel constitucional de promoção, proteção e prevenção da saúde.

O presente projeto oportunizou uma proposta de intervenção sobre a realidade descrita, desenvolvendo neste grupo capacidades essenciais para atuação da gestão em vigilância sanitária: competência em gestão de processos de trabalho, propondo uma nova organização do mesmo e a competência de gestão em educação sanitária já que o projeto propõe o treinamento e ações educacionais voltadas à capacitação da equipe de vigilância sanitária municipal a partir das necessidades identificadas.

Os anseios da equipe técnica deste projeto transcendem a intencionalidade de resolução do problema priorizado, ao demonstrar que através do planejamento estratégico e utilização de suas diversas ferramentas é possível a criação de projetos de intervenção a partir de recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

ÁGUAS GUARIROBA. Disponível em: <<http://www.aguasguariroba.com.br>>. Acesso em: 5 de abril de 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária 2004. Brasília: 76p. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf>. Acesso em: 17 out 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set 1990. Seção 1. p. 18055.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n. 18, 27 jan. 1999. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública (2012-2015)**. Estado do Mato Grosso do Sul, 2012. Disponível em: <http://www.capital.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=7099> Acesso em: 25 mai 2016.

BRASIL. Portaria nº 1008, de 8 de setembro de 2000, Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília – DF, 20 de setembro de 2000.

BRASIL. Portaria Nº 1.052 de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 maio 2007. Seção 1. p. 33.

BRASIL. Portaria Nº 2473, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, n. 1, 2 de janeiro de 2003. Seção 1, p.14.

COSTA, E. A. et al. Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S (Org.). Fundamentos da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 5.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S.. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 995-1004, June 2008 .

CURY A. Organizações e métodos. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2000.

DUARTE, A. J. C.; TEIXEIRA, M O. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária. Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viienpec/pdfs/1157.pdf> . Acesso em: 18 set 2016.

GODIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: **BARCELLOS, C, et al (org.)**. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=500270>. Acesso em: 10 nov 2016.

INSTITUTO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO URBANO – PLANURB. Perfil Socioeconômico de Campo Grande/Instituto Municipal de Planejamento Urbano - PLANURB. 23. ed. rev. Campo Grande, 2016. Disponível em: < <http://www.capital.ms.gov.br/sisgran/#/downloads>>. Acesso em: 30 out. 2016.

LUCCHESI, G. Vigilância Sanitária: o elo perdido. *Divulgação em Saúde para Debate* 7:48-52, 1992.

MATO GROSSO DO SUL. Resolução N°059/SES, de 27 junho de 2012. Aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual. **Diário Oficial Estado de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande, MS, n. 8225, 05 jul 2012. P.13.

MATO GROSSO DO SUL. Resolução N°105/SES, de 26 de novembro de 2012. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as responsabilidades sanitárias e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização,

regionalização e descentralização dos serviços de Vigilância Sanitária do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial Estado de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande, MS, n. 8323, 29 nov. 2012. P.13.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros, 2004, 29ª Ed.

MIRANDA, M.B.P., História da Vigilância Sanitária, **Revista Saúde & Cidadania**, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP, São Paulo, SP, 1998. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/Anvisa+Portal/Anvisa/Agencia/Publicacao+Agencia>

NOGUEIRA LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2nd ed. Belo Horizonte: EDG; 1999.

Prefeitura Municipal de Campo Grande. **Plano Municipal de Saúde Pública (2014-2017)**. Campo Grande: SESAU, 2013. Disponível em: <http://www.capital.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=7202> Acesso em 25 de maio de 2016.

SILVA, W. L. V.; DUARTE, F. M.; OLIVEIRA, J. N. Padronização: um fator importante para a engenharia de métodos. *Qualitas Revista Eletrônica*, v.3, n.1, 2004. Disponível em:<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/35/27>> Acesso em 25 de maio de 2016.

SOUZA G. S; COSTA E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

GIULIO CESARE DA SILVA TARTARO
JULIANA AMORIM DA SILVA MENGARDA
MARCOS FERNANDO GALVES DA SILVA
ROGÉRIO MENDES RIBEIRO

**HARMONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS PARA COLHEITA DE
AMOSTRA DE ALIMENTOS IMPORTADOS PELOS PONTOS DE ENTRADA EM
SANTA CATARINA**

Florianópolis

2016

GIULIO CESARE DA SILVA TARTARO
JULIANA AMORIM DA SILVA MENGARDA
MARCOS FERNANDO GALVES DA SILVA
ROGÉRIO MENDES RIBEIRO

**HARMONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS PARA COLHEITA DE
AMOSTRA DE ALIMENTOS IMPORTADOS PELOS PONTOS DE ENTRADA EM
SANTA CATARINA**

Projeto aplicativo submetido ao Instituto Sírio Libanês como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Gestão em Vigilância Sanitária. Facilitador: Artur Jorge de Amorim Filho

Florianópolis

2016

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CVPAF/SC	Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados em Santa Catarina
DIMON	Diretoria de Monitoramento e Controle Sanitários
GCPAF	Gerência de Controle Sanitário de Produtos e Empresas em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
GGPAF	Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
LACEN/SC	Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina
LI	Licença de Importação
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
NCM	Nomenclatura Comum do Mercosul
PES	Planejamento Estratégico e Situacional
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RFB	Receita Federal do Brasil
SISCOMEX	Sistema Integrado de Comércio Exterior
VICOMEX	Visão Integrada em Comércio Exterior

SUMÁRIO

1	CONTEXTO E OBJETO.....	04
2	OBJETIVOS.....	07
2.1	Geral.....	07
2.2	Específicos.....	07
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
3.1	O Controle sanitário de alimentos importados nos pontos de entrada.....	08
3.2	O procedimento de colheita de amostras de alimentos importados em Santa Catarina.....	09
3.3	Panorama do Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina e sua competência nas análises de controle de alimentos importados.....	12
3.4	Harmonização de procedimentos de trabalho em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados: competências.....	14
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	16
4.1	Planejamento Estratégico Situacional.....	16
4.2	Identificação e priorização dos problemas.....	18
4.3	Identificação dos Atores Sociais.....	18
4.4	Construção da árvore explicativa.....	19
5	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
5.1	Construção do plano de ação simplificado.....	21
5.2	Proposta de procedimento operacional padrão.....	21
5.3	Definição de critérios para colheita de amostras de alimentos importados para análise de controle.....	21
6	GESTÃO DO PLANO.....	23
7	VIABILIDADE.....	24
	REFERÊNCIAS.....	27
	APÊNDICES.....	29
	APÊNDICE A – Plano de Ação Simplificado.....	29
	APÊNDICE B – Proposta de Procedimento Operacional Padrão para a Coleta e encaminhamento de amostras de alimentos importados.....	30

1 CONTEXTO E OBJETO

A vigilância sanitária no Brasil, da forma como foi definida pela Lei Orgânica da Saúde – a Lei n. 8.080/1990–, compreende a regulação de todos os setores relacionados aos produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira: dos alimentos aos medicamentos, dos produtos de higiene pessoal aos saneantes domissanitários, dos equipamentos médicos aos serviços de interesse à saúde, além do controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 1990; LUCCHESI, 2001).

Apesar da vigilância sanitária dos pontos de entrada – portos, aeroportos e fronteiras – ser uma das áreas de atuação mais antigas da Saúde Pública, sua regulamentação no Brasil obteve avanços somente após a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999. Não obstante, é relativamente recente a incorporação das atividades de controle sanitário de produtos importados como processo de trabalho no país (COSTA, 2003; PEPE et al., 2010; SEBASTIAO; LUCCHESI, 2010).

A heterogeneidade dos produtos de interesse da vigilância sanitária, assim como da finalidade para os quais eles são importados, são obstáculos relevantes para a definição de procedimentos padronizados para a sua importação. Na tentativa de normatizar o controle sanitário nesta etapa, a ANVISA publicou um regulamento técnico que, principalmente pela sua extensão e dificuldade de compreensão, tanto por parte dos importadores quanto dos próprios servidores da ANVISA, foi reformulado diversas vezes ao longo dos últimos anos: em 2003, com a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC ANVISA n. 01; em 2006, com a publicação da RDC n. 350; e em 2008, com a publicação da RDC n. 81 (BRASIL, 2003, 2006, 2008).

Todavia, mesmo após sua última reformulação, em 2008, a legislação que trata dos procedimentos para importação dos produtos de interesse sanitário, atualmente vigente, permanece vasta, pouco clara e genérica em diversos pontos, permitindo a utilização do poder discricionário pelo servidor público responsável pela análise destes procedimentos.

Por este motivo, a falta de harmonização na análise das importações de produtos sob vigilância sanitária é uma realidade vivenciada pelos servidores em atividade nas unidades da ANVISA.

As exigências para a importação de produtos de interesse sanitário variam conforme a classe ao qual pertencem, a natureza do importador e a finalidade da importação. Além do Regulamento Técnico que estabelece a Resolução RDC n. 81/2008, a importação dos produtos que necessitam de controle sanitário deve obedecer o disposto na legislação técnica específica da classe ao qual pertencem.

Neste contexto, além do cumprimento das exigências sanitárias estabelecidas na Resolução RDC n. 81/2008, a importação de alimentos está sujeita a colheita de amostras para análise de controle, determinada pelo Decreto-Lei n. 986 (BRASIL, 1969). Considerando não ser possível efetuar a colheita de amostra de todos os alimentos importados no Brasil, cabe a autoridade sanitária decidir, no decorrer da análise do processo de importação, quais os alimentos importados serão encaminhados para análise de controle, com respaldo no art. 57 do Decreto-Lei 986/1969, alterado em 1999 pela Lei n. 9.782, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999).

Hoje, não há critérios definidos pela ANVISA sobre quais alimentos devem sofrer análise de controle com maior ou menor frequência, levando-se em consideração o risco que ele pode oferecer ao consumidor. Em consequência, cada servidor anuente, no exercício da fiscalização sanitária, com base no seu conhecimento, poderá adotar um critério diferente para definição dos alimentos importados que sofrerão análise de controle, podendo gerar discrepância de procedimentos intra e inter Postos da ANVISA instalados nas unidades de entrada de mercadorias importadas no território nacional.

Também não há procedimento operacional estabelecido pela Agência que oriente acerca do procedimento de colheita de amostra dos alimentos importados de forma harmonizada em todos os pontos de entrada no Brasil. Em Santa Catarina, estas orientações estão contidas no Manual de Orientação para Coleta de Produtos Sujeitos a Vigilância Sanitária, do Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina– LACEN/SC (SANTA CATARINA, 2015), laboratório responsável pela análise de controle dos alimentos importados coletados nos pontos de entrada do Estado. Mesmo assim, observa-se que ainda é frequente a devolução, pelo LACEN/SC, aos Postos da ANVISA, de amostras de alimentos importados coletados incorretamente, impossibilitando sua análise.

Por este motivo, a equipe entendeu ser importante a construção de um plano de intervenção voltado para a elaboração de instrumento padronizado que defina os procedimentos e critérios para colheita de amostras de alimentos importados, visando a melhoria das ações de controle sanitário destes produtos nos pontos de entrada do Estado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar uma proposta para padronização dos procedimentos para colheita de amostra de alimentos importados pelos pontos de entrada em Santa Catarina para fins de análise de controle que seja de fácil aplicação pelos servidores anuentes da ANVISA atuantes no Estado.

2.2 Específicos

- Buscar referências para definição de critérios para colheita de amostra de alimentos importados com base em referências bibliográficas que tratam do risco sanitário de alimentos, em experiências práticas dos servidores, nos dados disponíveis na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados em Santa Catarina da ANVISA (CVPAF/SC), acerca dos alimentos importados coletados no Estado e na capacidade operacional do LACEN/SC.
- Levantar, junto aos dados da CVPAF/SC, os principais motivos pelos quais as amostras de alimentos coletadas são devolvidas sem análise pelo LACEN/SC.
- Elaborar proposta de procedimento operacional padrão com os procedimentos para a colheita de amostra de alimentos importados para fins de análise de controle.
- Encaminhar a proposta de procedimento operacional padrão elaborada para análise e revisão pelo grupo que compõe o Projeto de Harmonização dos procedimentos de importação e validação pela Gerência de Controle Sanitário de Produtos e Empresas em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GCPAF/ANVISA.
- Elaborar indicadores para monitoramento da eficácia do procedimento operacional padrão elaborado.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O Controle sanitário de alimentos importados nos pontos de entrada

O controle sanitário de alimentos no Brasil é compartilhado pelo setores da saúde e da agricultura. O Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) é responsável pelo controle de alimentos de origem animal e vegetal, em toda a cadeia produtiva. À ANVISA, compete o controle da comercialização e oferta de consumo de todos os alimentos, visando a garantia da segurança sanitária dos produtos e serviços relacionados, protegendo, assim, a saúde da população. Ambos também atuam na análise dos processos de importação de alimentos. (COSTA, 2003; AGUIAR, FERNANDES; 2014).

O processo de anuência dos alimentos importados para fins comerciais ou industriais, cuja competência é da ANVISA, é efetuado pelos Postos de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados localizados nos Estados, tendo início somente quando da sua chegada no território nacional (BRASIL, 2008; 2016b).

As mercadorias importadas, incluindo os alimentos, possuem uma classificação fiscal na Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM). A ANVISA é responsável por informar ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC) os alimentos que estão sujeitos ao controle sanitário da Agência quando da sua importação, informando sua classificação fiscal na NCM. (BRASIL, 2011).

Todo alimento que ingressa no Brasil, cuja classificação fiscal remete à anuência da ANVISA, está sujeito ao despacho aduaneiro de importação, que é o procedimento fiscal em que são apurados se os dados declarados pelo importador estão de acordo com os produtos importados (BRASIL, 2008). Em geral, seu processamento é realizado no Sistema Integrado de Comércio Exterior (SISCOMEX), por meio do registro da Licença de Importação (LI).

O SISCOMEX é o “instrumento administrativo que integra as atividades de registro, acompanhamento e controle das operações de comércio exterior, mediante fluxo único, computadorizado de informações” (BRASIL, 2008). Nele, o importador registra as informações referentes ao produto que está sendo importado e os órgãos anuentes emitem parecer conclusivo, autorizando ou não a importação.

Após o registro no SISCOMEX, o importador é responsável por apresentar petição contendo todos os documentos exigidos no regulamento técnico. Desde o mês de junho de 2016, com a implantação do peticionamento eletrônico de importação, a apresentação da petição à ANVISA é efetuada exclusivamente em formato eletrônico, por meio da criação de um dossiê pelo importador no sistema Visão Integrada em Comércio Exterior (VICOMEX) (BRASIL, 2016a).

Após o registro da petição, inicia-se a fiscalização sanitária, que inclui a análise dos documentos apresentados, a inspeção física do alimento objeto da importação e, se necessário, a colheita de amostra para análise de controle. O resultado da fiscalização sanitária é registrado no SISCOMEX pela ANVISA, que, sendo favorável, libera o alimento importado para continuidade no trâmite de nacionalização.

Quando necessária a colheita de amostra do alimento importado para análise, considerando-se os altos custos de armazenagem em locais alfandegados, a mercadoria pode ter sua saída do recinto autorizada pela ANVISA mediante a emissão de Termo de Guarda e Responsabilidade pelo importador, que será o fiel depositário da carga. Concluída a análise de controle, se aprovado, a pendência sanitária do alimento é retirada pela Coordenação da ANVISA sediada no local onde este encontra-se armazenado.

3.2 O procedimento de colheita de amostras de alimentos importados em Santa Catarina

O Decreto-Lei n. 986 (BRASIL, 1969), que instituiu as Normas Básicas sobre Alimentos, previu, em seu art. 57, a necessidade de realização da análise de controle dos alimentos importados, por amostragem, no momento do seu desembarque no País. A Resolução RDC n. 81/2008 define, em seu Capítulo I, item 1.3, a análise de controle como:

aquela cuja colheita da amostra dos bens ou produtos com vistas à importação, ocorre previamente à sua liberação para consumo no território nacional, e destina-se à comprovação ou verificação da sua conformidade com respectivo padrão de identidade e qualidade.

Ainda de acordo com o Decreto-Lei n. 986/1969, "a análise de controle observará as normas estabelecidas para a análise fiscal". Entende-se, em consequência, que será obedecido o requerimento de três unidades amostrais e,

quando impossível por quantidade insuficiente ou devido à natureza do produto, em amostra única segundo os procedimentos estabelecidos.

As amostras deverão ser encaminhadas ao laboratório analítico, acompanhadas dos seus respectivos laudos analíticos de controle de qualidade realizados pelo produtor ou por laboratório oficial do país de origem e entregues no processo de importação, conforme estabelece a Resolução RDC n. 81/2008.

O Decreto-Lei n. 986/1969 é a única legislação no âmbito federal que normatiza, apenas em linhas gerais, os procedimentos para colheita de amostras de alimentos, seja ele nacional ou importado, para análise fiscal ou de controle.

Como já mencionado, em Santa Catarina, as orientações estão melhores detalhadas em um Manual elaborado pelo LACEN/SC. Todavia, ainda assim, amostras são devolvidas pelo laboratório por impossibilidade de análise devido a colheita efetuada de forma incorreta. Apesar da CVPAF/SC não dispor de dados estatísticos referentes ao percentual de amostras devolvidas, é de conhecimento dos servidores anuentes que atuam nos Postos da ANVISA no Estado o alto índice de amostras de alimentos devolvidas pelo LACEN/SC para nova colheita ou correção de procedimento.

As seguintes hipóteses foram levantadas para a frequente devolução de amostras dos alimentos importados coletados nos pontos de entrada em Santa Catarina:

- O desconhecimento, pelos servidores anuentes, das orientações do LACEN/SC contidas no Manual acima mencionado.
- A complexidade e tamanho deste Manual, que pode afetar a praticidade do seu uso pelo servidor anuente durante o procedimento de colheita.
- A falta de instrumento padronizado próprio da ANVISA que oriente, de forma simples e adequada à realidade das atividades dos servidores atuantes nos pontos de entrada acerca da colheita de amostras de alimentos importados.
- A alta demanda de processos de importação de produtos sob vigilância sanitária para análise dos servidores anuentes nos pontos de entrada do Brasil, dificultando o conhecimento e aplicação de procedimentos mais complexos que não são utilizados rotineiramente, que é o caso do Manual do LACEN/SC.

Em relação à última hipótese, dados extraídos do SISCOMEX apontam que, no período de janeiro a agosto/2016, foram analisadas e deferidas 17936 Licenças de Importação de produtos sob vigilância sanitária, em Santa Catarina, por

19 servidores anuentes, o que representa uma demanda de 140 processos de importação deferidos/mês/servidor. Todavia, se os dados são estratificados por unidade da ANVISA, verifica-se que a demanda per capita em alguns Postos no Estado sobe consideravelmente, principalmente em Postos com pouco número de servidores anuentes, que é o caso de Joinville e São Francisco do Sul. Os dados referentes ao volume de deferimentos de processos de importação em Santa Catarina, de janeiro a agosto/2016, por servidor anuente são apresentados na Tabela 01.

Tabela 01 – Estatística de deferimentos de processos de importação de produtos sob vigilância sanitária, por Posto da ANVISA, em Santa Catarina, no período de 01/01/2016 a 31/08/2016.

	São Francisco do Sul	Itajaí	Joinville	Dionísio Cerqueira	Florianópolis	Imbituba	CVPAF/SC
Número de deferimentos	4990	8749	3021	771	393	10	17936
Número de servidores anuentes	01	06	01	01	04	03	16
Média de deferimentos/servidor anuente	4990	1458	3021	771	98	03	1121
Média de deferimentos/servidor/mês	624	182	378	96	12	00	140

Fonte: SISCOMEX

Acrescenta-se à alta demanda de Licenças de Importação per capita o fato do Posto de São Francisco do Sul historicamente ser o local com maior número de importação de alimentos no Estado, exemplificada pela estatística de importação referente ao ano de 2014, da CVPAF/SC, representada na Tabela 02.

Tabela 02 –Quantitativo de processos de importação de produtos sob vigilância sanitária, protocolados em Santa Catarina, por classe de produto, no período de 01/01/2014 a 31/12/2014.

	São Francisco do Sul	Itajaí	Joinville	Dionísio Cerqueira	Florianópolis	Imbituba	CVPA/FSC
Produtos para Saúde	1384	5534	1301	1	209	0	8429
Produtos para diagnóstico <i>in vitro</i>	3	6639	0	0	30	0	6672
Alimentos	2942	2900	28	584	3	4	6461
Outros (não especificado)	78	4015	16	5	20	1	4135
Cosméticos, Produtos de Higiene e Perfumes	2131	1563	35	4	2	0	3735
Saneantes	36	17	0	1257	0	0	1310
Medicamentos	22	492	3	0	121	0	638
TOTAL	6596	21160	1383	1851	385	5	31380

Fonte: DATAVISA

3.3 Panorama do Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina e sua competência nas análises de controle de alimentos importados

A Portaria do Ministério da Saúde GM/MS n. 2031 (2004), dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Integram eles os Laboratórios de Referência vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, com área geográfica de abrangência estadual. Estes, por sua vez, fazem parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, composto por um "*conjunto de sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde - compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica*" (BRASIL, 2004).

Em Santa Catarina, o Laboratório Central de Saúde Pública foi criado em 1937, um ano após a publicação da Lei Estadual n. 138 (1936), que reorganizou

os serviços de saúde pública no estado. Atualmente, possui laboratórios regionalizados em Chapecó, Joaçaba, Lages, Criciúma e Joinville, desenvolvendo suas atividades nas áreas de Biologia Médica e de Produtos, Água e Meio Ambiente (SANTA CATARINA, 2016).

A Gerência Técnica de Meio Ambiente e Produtos do LACEN/SC coordena, avalia e supervisiona as atividades técnicas dos setores que compõem esta área, articulando-se com a ANVISA, com a Diretoria de Vigilância Sanitária Estadual e Vigilâncias municipais para o planejamento e execução dos programas de monitoramento e de outras demandas que envolvem risco sanitário, além de auxiliar nas ações de vigilância sanitária e ambiental. À esta Gerência, compete as análises laboratoriais dos alimentos importados coletados nos pontos de entrada no estado de Santa Catarina.

Conforme informado pela Gerente Técnica de Produtos e Meio Ambiente do LACEN/SC, Sra. Eliane Bressa Dalcin, em reunião com a equipe elaboradora deste projeto, diversas adequações de ordem técnica, com alocação de recursos humanos e investimentos, foram feitas no laboratório no sentido de dar atenção ao convênio de cooperação entre o LACEN/SC e a ANVISA. Por solicitação da CVPAF/SC, houve incremento no quantitativo de análises realizadas, pactuando-se o montante mensal de análises de 7 (sete) amostras de alimentos importados coletadas nas inspeções de rotina, durante a análise dos processos de importação, além de 5 (cinco) amostras de produtos alimentícios manipulados e produzidos dentro de estabelecimentos localizados na área de jurisdição da ANVISA em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados de Santa Catarina.

Entretanto, conforme registros e dados estatísticos do próprio LACEN/SC, o encaminhamento de amostras para análise está muito aquém do acordado, chegando a zero nos últimos meses, o que causou preocupação à equipe proponente deste projeto. Outra preocupação colocada pelo LACEN/SC foi a de amostras encaminhadas com problemas de rotulagem, que impediam a realização de testes laboratoriais, por falta de diálogo entre os envolvidos, que podem ser evitados mediante critérios mais claros bem definidos previamente. Infelizmente, tanto o LACEN/SC quanto a CVPAF/SC não dispõem do quantitativo de amostras devolvidas por serem coletadas com irregularidades, apesar de informarem que ocorrem com certa frequência.

Das informações repassadas pelo LACEN/SC, a considerada mais preocupante, pela equipe, está relacionada à possibilidade de suspensão da realização das análises de controle firmadas pelo convênio de cooperação técnica com a ANVISA, devido justamente à falta de sintonia na execução dessa demanda e que, ao mesmo tempo, impede a realização de análises para outras instituições que careciam dessa estrutura de suporte. De outra parte, os postos da ANVISA espalhados pelo Estado também justificam que não conseguem desenvolver as atividades de colheita, por falta de recursos logísticos financeiros e humanos, que acabam por criar um ciclo vicioso desfavorável, prejudicial à qualidade dos serviços prestados à população no tocante ao controle sanitário de bens sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

Pela reunião realizada entre a equipe e o LACEN/SC, confirma-se a real necessidade de melhorias imediatas e de intervenção nos procedimentos de colheita de amostras de produtos importados da categoria alimentos, para análise de controle, mediante a melhoria nos procedimentos atualmente adotados, principalmente no que se refere à comunicação entre as Instituições públicas envolvidas.

3.4 Harmonização de procedimentos de trabalho em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados: competências

A orientação acerca de medidas relativas à fiscalização sanitária de produtos importados, incluindo a padronização de procedimentos, é de competência da Gerência de Controle Sanitário de Produtos e Empresas em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados - GCPAF, conforme consta no Regimento Interno da ANVISA (BRASIL, 2016).

Todavia, a participação dos servidores dos Postos e Coordenações na revisão das normas vigentes e elaboração de instrumentos que visem a harmonização das atividades nos pontos de entrada tem sido incentivada pelo nível central da Agência. São exemplos deste incentivo a criação recente de Grupo de Trabalho para a revisão da Resolução RDC n. 81/2008 e de Projeto de Harmonização de procedimentos de importação, que contam com a participação de servidores em atividades nos Postos de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados da ANVISA.

Trata-se de uma iniciativa considerada positiva pelos servidores lotados nos Postos da ANVISA dos pontos de entrada do território nacional, que por atuarem diretamente na atividade a ser harmonizada, podem contribuir valiosamente para a construção do seu próprio instrumento de trabalho.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Planejamento Estratégico Situacional

Para a construção do presente Projeto Aplicativo, adotou-se uma metodologia com enfoque nos fundamentos do Planejamento Estratégico Situacional – PES.

Carlos Matus, economista chileno idealizador desta abordagem metodológica, trata o PES como “a arte de governar”. Neste sentido, “o planejamento, visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países” (DE TONI, 2004).

Os principais argumentos que sustentam o PES podem ser assim resumidos:

- **Mediação entre o Presente e o Futuro**: diz-se que as decisões que tomamos hoje deve necessariamente gerar um impacto no futuro, seja ruim ou bom, isso porque não se pode prever fatos que ainda não temos conhecimento. O máximo que chegaremos serão em prospecções que utilizaremos para tomar decisões no presente. Por isso a necessidade de simularmos a eficácia do método para além do presente, buscando identificar sua eficácia futura tanto para nós como para os que nos substituirão.
- **É necessário prever possibilidades quando a predição é impossível**: segundo o professor Jackson de Toni, “decorre desta percepção a necessidade de elaborar estratégias e desenhar operações para cenários alternativos e surpresas, muitas vezes, não imagináveis.”
- **Capacidade para lidar com surpresas**: o futuro sempre será incerto e nebuloso, não existe a hipótese de governabilidade absoluta sobre sistemas sociais.
- **Mediação entre o Passado e o Futuro**: “o processo de planejamento estratégico se alimenta da experiência prática e do aprendizado institucional relacionados aos erros cometidos. Portanto, será preciso desenvolver meios de gestão capazes de aprender com os erros do passado e colocar este conhecimento a serviço do planejamento” (DE TONI, 2004).

Os quatro momentos de aplicação do enfoque metodológico básico do PES desenvolvidos por Carlos Matus, abaixo detalhados, devem ser visualizados

como uma espécie de espiral, sem começo nem fim, e sem uma sequência linear estabelecida, conformando-se como uma cadeia contínua:

- **Momento explicativo**: explicar a realidade por problemas também permite o diálogo e a participação com setores populares que afinal sofrem problemas concretos e não “setores” de planejamento, além de facilitar a aproximação entre “técnicos” e “políticos”.
- **Momento Normativo**: os planos normativos normalmente terminam aqui, onde o planejamento situacional apenas começa, para que ações tenham impacto efetivo e real na causa dos problemas há ainda dois passos ou momentos fundamentais, o estratégico e o tático-operacional.
- **Momento Estratégico**: toda estratégia é uma exploração consciente do futuro, ela resulta da situação diferenciada dos vários atores em relação à problemas, oportunidades e ameaças.
- **Momento Tático-Operacional** (sistema de gestão): é o momento de fazer, de decidir as coisas, de finalmente agir sobre a realidade concreta. É quando tudo se decide e por isso do ponto-de-vista do impacto do plano é o momento mais importante. Neste momento é importante debater o sistema de gestão da organização e até que ponto ele está pronto para sustentar o plano e executar as estratégias propostas (CALEMAN et al., 2016).

Diante disso, e seguindo essa linha de entendimento, a equipe, apesar de não ter ingerência administrativa sobre certas decisões que tratam de controle sanitário em portos e aeroportos e fronteiras, pensou no problema dos procedimentos de colheita de amostras dos alimentos importados, realizados sem rotina padronizada e tampouco com critérios de escolha das amostras a serem coletadas, concluindo que desenvolver uma rotina de trabalho baseada em Procedimentos Operacionais Padrão era relevante e factível.

A partir daí, procurou-se mapear o problema e pensar num método sem preocupar-se substantivamente nas variáveis políticas da gestão detentora do poder decisório, centralizada em Brasília. O foco da equipe foi pensar na situação crítica existente nos postos de fiscalização da ANVISA em Santa Catarina no tocante a questão da falta de critérios na colheita de amostras de alimentos importados. E, para isso, estabelecer critérios, metas, objetivos e diretrizes a longo prazo, ou seja, no planejamento como exercício sistemático de controle e monitoramento do problema. A seguir, apresenta-se o detalhamento e cada etapa do

planejamento deste Projeto Aplicativo efetuada pela equipe, para identificação e seleção dos problemas, bem como para análise do jogo social dos atores envolvidos.

4.2 Identificação e priorização dos problemas

Procurou-se identificar os problemas vivenciados pelos componentes da equipe, no exercício de suas atividades de vigilância sanitária nos Postos Portuários e Aeroportuários da ANVISA em Santa Catarina.

A maior dificuldade do grupo foi encontrar um tema para desenvolver o trabalho que ao mesmo tempo tenha certa relevância e seja factível, já que problemas na área de portos, aeroportos e fronteiras da ANVISA não faltam. Por limitação Regimental, as decisões são centralizadas na sede em Brasília e há pouca margem de manobra nos Postos da ANVISA espalhados pelo país.

Como os Postos de trabalho dos componentes da equipe são bem heterogêneos em termos de número de servidores, volume de trabalho e atividades executadas, procurou-se fazer uma leitura de cada realidade para identificar uma fragilidade comum nos três locais de atuação. A partir desta análise, definiu-se que um dos problemas mais importantes enfrentado por todos os Postos envolvidos é a falta de harmonização nos procedimentos de importação de produtos sob vigilância sanitária.

A partir da identificação do problema, aprofundou-se a sua investigação, procurando-se verificar a sua urgência e capacidade de enfrentamento. Por esta análise, concluiu-se que a falta de harmonização dos procedimentos de colheita de amostra de alimentos importados é uma situação crítica nos Postos da ANVISA em Santa Catarina. Apesar de não se tratar do problema mais urgente a ser enfrentado nas unidades objeto deste projeto, é um dos poucos em que a equipe dispõe de governabilidade para intervenção, tornando, segundo a matriz decisória II, o problema com maior prioridade para ser sanado.

4.3 Identificação dos Atores Sociais

Após a seleção do problema, identificou-se e pontuou-se a relevância dos atores sociais envolvidos, seguindo-se a matriz de mapeamento proposta pela organização do curso. O resultado desta etapa é demonstrado na Tabela 3.

Tabela 03 – Matriz de mapeamento dos atores sociais.

PROBLEMA: falta de harmonização dos procedimentos de colheita de amostra de alimentos importados pelos pontos de entrada em Santa Catarina

ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
Postos da ANVISA – Portos, Aeroportos e Fronteiras	Alto	+
Despachante aduaneiro	Médio	+
Importador da mercadoria	Alto	+
Laboratório Central – LACEN/SC	Alto	+
ANVISA – nível central	Alto	+
Outros órgãos intervenientes	Baixo	0
Vigilância sanitária estadual	Baixo	+
Vigilância sanitária municipal	Alto	+
Adquirente da mercadoria	Alto	+
Consumidor	Alto	+

Fonte: atividade do Grupo Afinidade 1 – curso GVISA 2015/2016

A equipe entendeu que, embora nem todos os atores envolvidos confirmem a mesma importância para a realidade apresentada, praticamente todos têm interesse em ver o problema resolvido, pois contribuiria para a racionalização dos processos de trabalho em cada local e, ainda, acelerando a chegada do produto final ao consumidor.

4.4 Construção da árvore explicativa

A árvore explicativa do Problema é demonstrada na Figura 1, sendo decorrente da análise da equipe da relação de causa e efeito para melhor entendimento do problema priorizado.

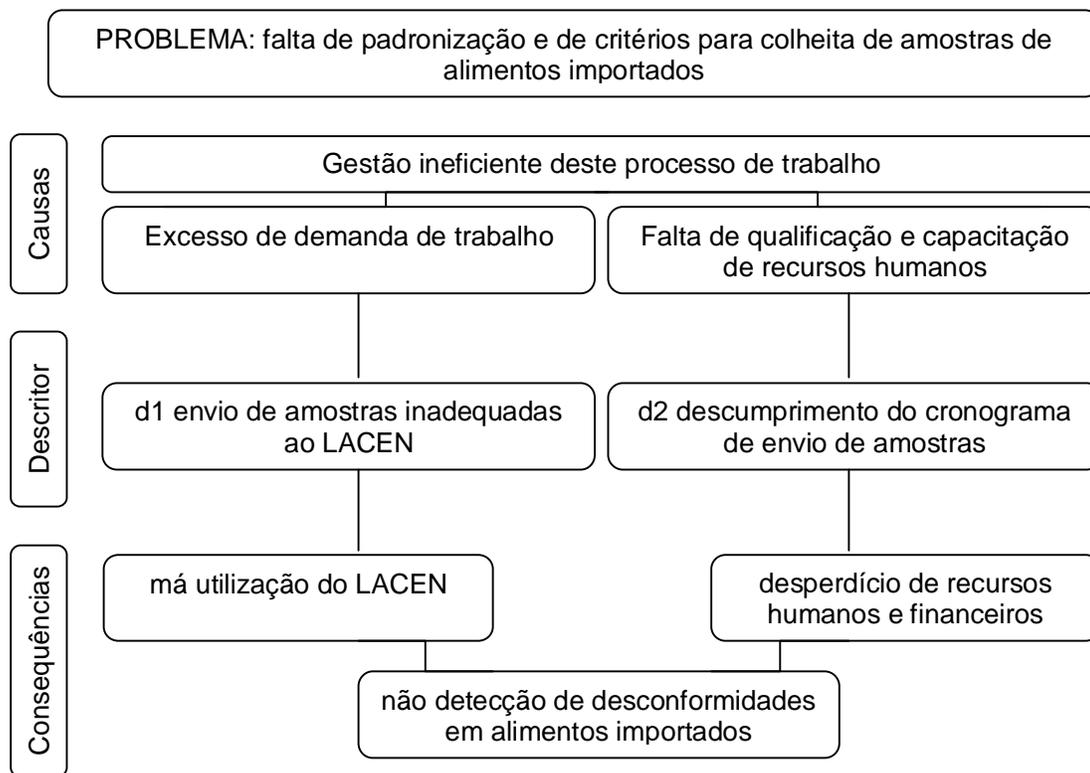


Figura 1 – Árvore explicativa do problema.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

5.1 Construção do plano de ação simplificado

A partir de análise situacional, foi construído um Plano de Ação simplificado, com o objetivo de intervir no problema apontado, contemplando, entre outros aspectos, os resultados esperados, e indicadores para monitoramento dos mesmos. O plano de ação é apresentado no APÊNDICE A.

5.2 Proposta de procedimento operacional padrão

Dentre os Resultados esperados elencados no Plano de Ação, o Projeto Aplicativo apresenta como principal proposta de intervenção a elaboração de proposta de procedimento operacional padrão para Coleta e encaminhamento de amostras de alimentos importados para análise de controle. A proposta elaborada pela equipe é apresentada no APÊNDICE B.

A proposta construída será encaminhada para análise e revisão pelo grupo que compõe o Projeto de Harmonização dos procedimentos de importação e validação pela Gerência de Controle Sanitário de Produtos e Empresas em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GCPAF/ANVISA, visando sua aplicação na rotina de trabalho dos servidores que atuam na fiscalização sanitária de alimentos importados nos pontos de entrada do território nacional.

5.3 Definição de critérios para colheita de amostras de alimentos importados para análise de controle

Inicialmente, o projeto tinha como propósito também a definição de critérios para colheita de amostras de alimentos importados para análise de controle. Todavia, diversos aspectos levaram a equipe a reconsiderar este objetivo:

- A ausência de bibliografia ou de banco de dados que pudessem ser utilizados como norteadores para o estabelecimento deste critérios.
- A escassez de amostras de alimentos importados analisadas pelo LACEN/SC nos últimos anos, em virtude da limitação de recursos financeiros, humanos e logístico da ANVISA, no período, para viabilizar a realização destas análises, tornando a utilização destes dados muito frágil.

– A ausência da realização de colheitas de amostras por unidades da ANVISA localizadas em outras Unidades Federadas, pelas mesmas limitações colocadas no item anterior, impossibilitando o uso de relatos de experiência para a definição destes critérios.

Por este motivo, a proposta inicial foi reformulada e a equipe decidiu encaminhar a pesquisa realizada sobre o tema à GCPAF/ANVISA, como sugestão de pauta para discussão no grupo na ANVISA que está conduzindo o Projeto de Harmonização de procedimentos de importação.

6 GESTÃO DO PLANO

Para acompanhamento do plano proposto no Projeto Aplicativo, optou-se por verificar o cumprimento das atividades propostas dentro dos prazos inicialmente previstos, além de avaliar os indicadores estabelecidos pela equipe no PES simplificado.

Os seguintes indicadores foram criados para fins de monitoramento do plano de intervenção:

- Taxa de amostras devolvidas com algum tipo de pedido de correção por parte do LACEN/SC (calculado pelo número de amostras devolvidas ou com pedido de correção dividido pelo número de amostras coletadas).
- Taxa de amostras reprovadas (número de amostras após análise pelo LACEN/SC dividido pelo número de amostras coletadas).

Para o primeiro indicador, quanto maior a taxa, pior será o desempenho do plano, pois indica que um percentual de amostras coletadas maior está sendo devolvido pelo LACEN/SC, o que demonstra a ineficácia do procedimento operacional padrão proposto pela equipe para uniformização dos procedimentos de colheita de amostras de alimentos importados nos Postos da ANVISA.

Já para o segundo caso, uma taxa maior poderá ser indicativa de uma melhor seleção de produtos para encaminhamento ao LACEN/SC. Isso porque, à medida que se selecionam produtos cuja possibilidade é de se obter resultados insatisfatórios (produtos com maior risco sanitário), maior é a tendência de que o laboratório identifique problemas nestes produtos, o que deverá resultar em uma intervenção, que poderá ser de correção, no caso de rotulagem incorreta por exemplo, ou destinação final (devolução à origem ou destruição) no caso de uma irregularidade do produto em si, evitando assim a entrada no mercado de alimentos em condições sanitárias insatisfatórias.

7 VIABILIDADE

Considerando as atividades teóricas de planejamento desenvolvidas durante os diversos encontros dentro da proposta metodológica, no escopo do Curso de Especialização em Gestão de Vigilância Sanitária, a presente equipe pautou-se nas bases do Termo de Referência 7 – Viabilizando o Plano de Ação, que consta do caderno Projeto Aplicativo proposto pelo curso:

Como nosso plano de ação é resultado de proposições que visam intervir em problemas numa determinada realidade, na qual coexistem diferentes interesses e desejos, é importante compreender o conceito de estratégia. Segundo Matus (1993, p. 11), estratégia é “a arte de lidar com a incerteza, com a imprecisão e a névoa do amanhã”.

[...]

Considerando esse grau de incerteza, viabilidade significa a construção de possibilidades e alternativas que nos permitam produzir mudanças na realidade. Algumas ações, dependendo do contexto, são consideradas mais simples e de maior viabilidade, pois dependem exclusivamente do ator que planeja. Outras, ao contrário, dependem de variáveis que são controladas por outros atores em contextos específicos, e isso pode dificultar a execução de ações que geram conflito.

Para dar início à análise de viabilidade podemos começar respondendo à seguinte questão: Que ações do Plano de Ação são viáveis hoje?

Em relação às operações consideradas conflitivas, algumas podem ser viáveis desde que as oposições a elas possam ser facilmente superadas, embora isso nem sempre aconteça. Diante dessa situação precisamos responder a uma segunda pergunta: Como construir viabilidade às ações conflitivas? Quais estratégias devo desenvolver para isso? (CALEMAN et al., 2016)

Nesse sentido, a equipe autora adotou a estratégia de sair a campo na busca das respostas e condições para implementação da proposta original na prática. Desta forma foram possíveis registros relevantes e significativos para o projeto aplicativo, a partir das constatações dessa iniciativa experimental.

No dia 12/09/2016, a equipe autora teve a grata oportunidade de expor pessoalmente, sobre a dimensão de tal projeto aplicativo, frente a dois diretores da ANVISA. Os diretores encontravam-se de passagem pelo Estado de Santa Catarina, para cumprirem agendas institucionais, ambos da área de Diretoria de Monitoramento e Controle Sanitários – DIMON, área a qual a Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GGPAF é subordinada, sendo o titular Dr. José Carlos Magalhães da Silva Moutinho e seu Adjunto Dr.

Roberto César de Vasconcelos. Na ocasião, os Diretores aproveitaram para visitar *in loco* as unidades de trabalho da ANVISA. Diante de tal oportunidade, foi possível nos valermos dessa visita para tratar sobre o tema desse projeto considerando que a proposta se encontra alinhada com esta área de gestão.

Pois bem, o momento inicial de contato com os dirigentes da ANVISA ocorreu na cidade de Joinville, quando a equipe solicitou uma agenda programada para que todos os integrantes pudessem estar presentes, diante da disponibilidade dos diretores.

Assim então, os representantes dessa equipe encontraram-se no dia 14/09/2016, com o Diretor Adjunto da ANVISA, Dr. Roberto Cesar Vasconcelos, juntamente com a Coordenadora Estadual da ANVISA de Santa Catarina, Dra. Vera Lucia Dal Forno, na sede da Coordenação Estadual da própria ANVISA, em Florianópolis. Tal encontro teve o intuito de aprofundar as linhas gerais do projeto, além de sedimentar a perspectiva de aplicabilidade real da proposta, diante da boa receptividade e acolhimento do conteúdo por parte dos gestores tanto a nível estadual quanto nacional.

O diretor da ANVISA comentou quanto à possibilidade de aplicação do projeto, sugerindo que a presente experiência seja um piloto na coordenação de Santa Catarina e, posteriormente, venha a ser adequada e padronizada a nível nacional, em toda área de fiscalização sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados sujeitos à jurisdição da ANVISA.

Ainda na reunião, indagou-se quanto ao apoio institucional necessário para continuidade do desenvolvimento da proposta. O gestor, então, acenou positivamente para auxiliar no sentido de buscar os recursos necessários para a devida operacionalização em consonância com a gestão local, no estado e dentro do planejamento estratégico da instituição. Naturalmente que se faz necessário o atendimento das normas pré definidas para qualquer projeto inédito dessa natureza, conforme estabelece as diretrizes de toda organização pública.

Após essa importante ação institucional a favor do projeto, a equipe elegeu outro contato de suma importância para êxito da proposição, qual seja o LACEN/SC. Dois membros da equipe reuniram-se na sede do laboratório, em 23/09/2016, com a responsável técnica e coordenadora da área de análises de alimentos, Dra. Eliane Dalcin.

Na ocasião, foram expostos os principais motivos e objetivos definidos para justificar esse projeto aplicativo, de acordo com dados colhidos de relatórios e laudos técnicos emitidos de amostras de materiais enviados nos anos de 2014 e 2015, para demonstrar a falta de padronização e critérios nos procedimentos de colheita de produtos alimentícios importados, e sobretudo para salientar a importância do envolvimento e apoio indispensável do corpo técnico e da gestão do LACEN/SC. A coordenadora Dra. Eliane, mostrou-se bastante receptiva e solicita, haja vista o interesse ser mútuo, aproveitando o momento para tecer comentários pontuais sobre irregularidades constatadas nessa parceira pública, diante da rotina atual de envio de amostras em desconformidade para análise por parte deste laboratório oficial, por parte da área de fiscalização da ANVISA em Santa Catarina. Ainda, apontou as fragilidades encontradas na comunicação do laboratório com a ANVISA, como já detalhado anteriormente neste documento.

No encerramento da reunião no LACEN, os membros da equipe mais uma vez firmaram compromisso diante da gestora, que tão logo o projeto aplicativo fosse finalizado e revisado pelos orientadores do curso de especialização, uma cópia seria encaminhada para ciência do laboratório com intuito de aprimorar e cooperar para melhoria dos resultados. E que também toda a problemática levantada no decorrer desse estudo, seria repassada para ciência da Coordenadora Estadual da ANVISA em Santa Catarina para outras providências pertinentes.

Todo histórico colhido junto ao LACEN/SC foi transmitido para a Coordenadora Estadual da ANVISA em Santa Catarina, com a sugestão de uma futura agenda institucional entre esta e a gestão do LACEN/SC, quando a equipe se disponibilizou a se fazer também presente.

A presente equipe de trabalho espera que o projeto aplicativo possa de fato, ser adotado e contribua para a mudança do quadro atual diante da falta de critérios e padronização de rotina de colheita de amostras de alimentos importados sujeitos ao controle sanitário por parte das unidades da ANVISA em Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Sara Fabiana Bittencourt; FERNANDES, Péricles Macedo. Análise comparativa sobre importação de alimentos entre o Brasil e o Japão. **Vigilância Sanitária em Debate**, [s.l.], v. 1, n. 3, p.129-134, 27 nov. 2014. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.3395/2317-269x.00216>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados. Gerência de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados. **Cartilha: Peticionamento Eletrônico de Importação**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016a. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33844/0/Cartilha+PEI+-+usu%C3%A1rio+externo.pdf/dbe88efd-1d31-40ab-9e67-40bbbae882c9>>. Acesso em: 21 set. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 01, de 06 de dezembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para fins de Vigilância Sanitária de Mercadorias Importadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jan. 2003.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 350, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Vigilância Sanitária de Mercadorias Importadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 jan. 2006.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 61, de 03 de fevereiro de 2016. Aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 fev. 2016b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 81, de 05 de novembro de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para fins de Vigilância Sanitária de Mercadorias Importadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2031, de 23 de setembro de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Secretaria de Comércio Exterior. Portaria n. 23, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre operações de comércio exterior. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 jul. 2011.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n. 986, de 21 de outubro de 1969. Institui normas básicas sobre alimentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 out. 1969.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 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**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jan. 1999.

CALEMAN, Gilson, et al. **Projeto aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância Sanitária e proteção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 179-206.

DE TONI, Jackson. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, jan. 2004. Disponível em: <<http://espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária**. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 326 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/lucchgd/capa.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

PEPE, Vera Lúcia Edais, Noronha, Ana Beatriz Marinho de, Figueiredo, Tatiana Aragão, Souza, Adriana de Alvarenga Linhares de, Oliveira, Catia Veronica dos Santos e Pontes Júnior, Durval Martins. A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3341-3350, nov. 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública. **MCP 01: Manual de Orientação para Coleta de Produtos Sujeitos a Vigilância Sanitária**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://lacen.saude.sc.gov.br/arquivos/MCP01.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

SANTA CATARINA. LACEN/SC. Laboratório Central de Saúde Pública. **Histórico**. Disponível em: <<http://lacen.saude.sc.gov.br/?site=12>>. Acesso em: 21 out. 2016.

SEBASTIAO, Patrícia Cristina Antunes; Lucchese, Geraldo. A visão de distintos atores sobre o controle sanitário da importação de substâncias psicotrópicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3393-3402, nov. 2010.

APÊNDICE A – Plano de Ação Simplificado

PES SIMPLIFICADO						
PROBLEMA: Falta de padronização e critérios para a coleta de amostras de alimentos importados						
NÓ CRÍTICO: Gestão ineficiente deste processo de trabalho						
RESULTADO ESPERADO	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Recursos Necessários	Prazos	Indicadores
Procedimentos para coleta de amostras de alimentos importados padronizados e com critérios definidos.	Buscar referências relacionadas que tratam do risco sanitário de alimentos	Todos da equipe	Não se aplica	Recursos cognitivos	30 dias	1. Número de amostras devolvidas, pelo número de amostras coletadas. 2. Número de amostras reprovadas pelo número de amostras coletadas.
	Buscar experiências e práticas relacionadas a fiscalização sanitária alimentos importados	- Marcos: ANVISA Itajaí - Giulio: ANVISA Joinville, São Francisco, do Sul e SP - Juliana: ANVISA Florianópolis, Sede/SC e RS	Outros servidores da CVPAF/SC	Recursos organizativos	15 dias	
	Solicitar ao LACEN/SC o rol de análises	Equipe por intermédio da CVPAF/SC	LACEN/SC; CVPAF/SC	Recursos organizativos	15 dias	
	Elaborar o POP	Todos da equipe	LACEN/SC	Recursos cognitivos	15 dias	
	Encaminhar o POP para análise e aprovação da GCPAF	Todos da equipe	GCPAF	Recursos organizativos e políticos	30 dias	

APÊNDICE B - Proposta de Procedimento Operacional Padrão para a Coleta e encaminhamento de amostras de alimentos importados

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			Data da Revisão:
	Identificador: POP-CVPAF/SC-001	Versão: 0	Folha: 1/	Data para Revalidação:
Título: Coleta e encaminhamento de amostras de alimentos importados				

Elaboradores:

Data	Nome	Cargo	Assinatura	Rubrica
	Giulio Cesare da Silva Tartaro			
	Juliana Amorim da Silva Mengarda			
	Marcos Fernando Galves da Silva			

Revisores:

Data	Nome	Cargo	Assinatura	Rubrica
	Giulio Cesare da Silva Tartaro			
	Juliana Amorim da Silva Mengarda			
	Marcos Fernando Galves da Silva			

Aprovador:

Data	Nome	Cargo	Assinatura	Rubrica
	Vera Lucia dal Forno	Coordenadora		

1. INTRODUÇÃO

A ANVISA é responsável pelo controle e fiscalização de bens e produtos sob vigilância sanitária importados sendo esta fiscalização exercida de maneira rotineira através de análise documental, inspeção física de cargas e coleta de amostras para análise laboratorial.

2. OBJETIVO

A finalidade deste procedimento é estabelecer e padronizar as atividades relacionadas à coleta e encaminhamento de amostras ao Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina – LACEN/SC, desde a identificação da necessidade, passando pela notificação ao representante do importador, até a chegada da amostra ao setor de recepção do laboratório.

Adicionalmente este documento tem a finalidade de definir as responsabilidades dos vários atores durante as várias etapas do procedimento.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO

Servidores da ANVISA lotados nos postos de Santa Catarina, na Coordenação Estadual e representantes das empresas e dos recintos alfandegados.

4. REFERÊNCIAS

Lei Federal n. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

Lei Federal n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA n. 81, de 5 de Novembro de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Bens e Produtos Importados para fins de Vigilância Sanitária.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública. MCP 01: Manual de Orientação para Coleta de Produtos Sujeitos a Vigilância Sanitária. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://lacen.saude.sc.gov.br/arquivos/MCP01.pdf>>.

5. DEFINIÇÕES

Para efeito deste procedimento, aplicam-se as seguintes definições:

Análise Fiscal: aquela efetuada em bens ou produtos de que tratam este Regulamento, em caráter de rotina, para a apuração de infração ou verificação de sua conformidade com os padrões estabelecidos na legislação sanitária pertinente.

Análise de Controle: aquela cuja colheita da amostra dos bens ou produtos com vistas à importação, ocorre previamente à sua liberação para consumo no território nacional, e destina-se à comprovação ou verificação da sua conformidade com respectivo padrão de identidade e qualidade.

6. SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

LACEN/SC: Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina.

7. ITENS DE CONTROLE

N/A

8. ETAPAS

a) Selecionar o produto para o qual haverá coleta de amostras de acordo com critérios pré-definidos.

Responsáveis: Fiscais

b) Encaminhar e-mail ao LACEN/SC com descrição do produto para que este informe a quantidade necessária para as análises, com cópia ao e-mail corporativo do posto.

Responsáveis: Fiscais

c) Realizar a análise documental do processo de importação e inserir exigência no SISCOMEX para que o importador providencie o protocolo da petição de coleta de amostras (uma por produto), conforme código de assunto definido no sistema de peticionamento eletrônico e que encaminhe e-mail ao endereço pré-determinado solicitando agendamento com sugestão de data de posicionamento para inspeção física e coleta das amostras, após o protocolo da petição no sistema.

Responsáveis: Fiscais

d) Confirmar através do e-mail definido data e horário da inspeção física e coleta de amostras.

Responsáveis: Fiscais e /ou administrativo designado.

e) Encaminhar e-mail ao corporativo do posto informando a data para a chefia Solicitar à Coordenação providencie diárias para o motorista responsável pelo transporte.

Responsáveis: Fiscais e/ou administrativo designado.

f) Providenciar o preparo dos rótulos com as informações mínimas necessárias pré-estabelecidas.

Responsáveis: Fiscais e/ou administrativos designados.

g) Providenciar o preparo dos termos de coleta de amostras (um para cada produto).

Responsáveis: Fiscais e/ou administrativos designados.

h) Após conferir se os produtos estão de acordo com a informação documental e com os rótulos preparados, coletar as amostras em triplicata (prova, contraprova e testemunho), lacrar da maneira possível que poderá ser com fita adesiva com o logotipo da ANVISA, ou dentro de saco plástico duro, lacrado com nó e/ou fita da ANVISA ou outro meio que garanta a inviolabilidade. Realizar o mesmo procedimento nos três jogos de coleta.

Responsáveis: Fiscais

*Caso haja divergência das informações prévias retiradas dos documentos e aquelas constantes nos rótulos confeccionados, cancelar o procedimento, reagendar a coleta, registrar o fato no SISCOMEX com exigência e seguir a partir do item "d".

** Caso o nome constante no produto não esteja de acordo com o Termo de coleta, corrigir este último para que não haja confusão.

i) Entregar um jogo de amostras (contraprova) ao representante legal do importador após conferir se o mesmo consta em procuração a ser arquivada no posto junto aos termos de coleta.

Responsáveis: Fiscais

j) Fazer com que o representante legal compareça ao posto para assinatura das vias dos termos de coleta e reter cópia de procuração e documento pessoal.

Responsáveis: Fiscais

k) Anexar ao Termo de coleta cópia do Certificado de Análise apresentado junto ao processo no VICOMEX.

Responsáveis: Fiscais

l) Solicitar via e-mail corporativo à chefia a confecção do ofício de encaminhamento dos termos e amostras ao LACEN/SC.

Responsáveis: Fiscais

m) Entregar os dois jogos de amostras (prova e testemunho) ao motorista que deverá, sempre que possível, encaminhá-las diretamente ao LACEN/SC.

Responsáveis: Fiscais

n) Transportar as amostras ao setor de recepção do LACEN/SC, colher as devidas assinaturas e entregar os documentos assinados ao fiscal responsável no posto.

Responsáveis: Motoristas

o) Digitalizar os termos e anexá-los ao dossiê do VICOMEX relacionado ao processo de importação específico.

Responsáveis: Fiscais

p) Monitorar e aguardar o retorno dos laudos, caso o prazo ultrapasse 30 dias, solicitar via e-mail o encaminhamento de questionamento ao LACEN/SC.

Responsáveis: Fiscais

q) Digitalizar e anexar os laudos no VICOMEX.

Responsáveis: Fiscais

r) Receber e avaliar o resultado das análises tomar as medidas necessárias no caso de resultados fora das especificações.

Responsáveis: Fiscais

s) Caso o resultado seja satisfatório, apenas proceder ao arquivamento dos laudos físicos.

Responsáveis: Fiscais

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

Pessoal treinado para a realização das etapas
Computadores para os devidos encaminhamentos
Impressora para emissão dos documentos necessários
Fita adesiva
Saco plástico resistente

Recursos financeiros para pagamento dos deslocamentos dos motoristas
Automóveis para o transporte
Freezer e refrigerador para acondicionamento de amostras de produtos congelados ou refrigerados

10. CUIDADOS ESPECIAIS

Deve-se ter atenção adicional nos casos de amostras de produtos que exigem condições de temperatura especiais, tanto na coleta, como no acondicionamento e transporte das amostras.

11. ANEXOS

N/A

12. HISTÓRICO

Revisão	Item	Alteração
0		

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa
Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária
Especializandas: Débora Brum

Hayde Baniski

Izabella Borges

Marcela Broza

Michele Vieira Ebone

Michele Marcon Telles Prado

Simone Stolt

Elaboração do Sistema Integrado de
Comunicação em Vigilância Sanitária
(COMUNICAVISA)

Florianópolis
2016

1. CONTEXTO

1.1 Estrutura do Sistema de Vigilância em Saúde

A Diretoria de Vigilância Sanitária é o órgão da Secretaria de Estado da Saúde que coordena as ações de vigilância sanitária no Estado de Santa Catarina. Possui a missão de promover e proteger a saúde da população por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização. Atua em um conjunto de ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente da população e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Com a criação do SUS, feita pela Constituição Federal e posteriormente implementada por meio da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e da Lei nº 8.142, de 1990, as ações de Vigilância em Saúde passaram a ser organizadas por redes de serviços regionalizadas, hierarquizadas e descentralizadas, com direção única em cada esfera de governo, conforme definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;”

Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Vigilância em Saúde no âmbito da União, cabendo à Secretaria de Vigilância em Saúde a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Desta forma, é de competência das Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas. Assim como subseqüentemente, às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do

componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária.

1.2 Comunicação entre os Entes do Sistema de Vigilância Sanitária

Tendo em vista que as ações são descentralizadas e regionalizadas, a comunicação é fundamental para que as ações e procedimentos sejam harmonizados entre os entes do Sistema de Vigilância Sanitária.

Conforme Cardoso (2006), a informação e a comunicação são instrumentos e processos poderosos para a realização das potencialidades estratégicas e para a ampliação e integração das estruturas organizacionais.

Dos elementos que permeiam o ambiente organizacional, a comunicação é o elo entre estrutura, pessoas e processos de trabalho e a própria base de manutenção e reforço da cultura organizacional (HENGST; SOL, 2001). É por meio da comunicação que ocorre a transferência e a disseminação das normas de conduta, dos valores, da missão e dos objetivos organizacionais.

Atualmente, pode-se observar a existência de ruídos na comunicação entre os entes estadual e municipal de Vigilância Sanitária, através de ofícios sem resposta, demandas não atendidas, necessidade de repetição da mesma informação, além do desconhecimento de alguns instrumentos de trabalho.

Para Torquato (2010), o insucesso do ato comunicativo deriva da falta de consonância entre os elementos que compõem o processo comunicativo. Necessário, portanto, averiguar cada componente do sistema de comunicação com o objetivo de identificar os níveis de ruídos, verificar em que estágio ocorre a estagnação e que elemento é responsável pela ineficácia.

Características da organização pública dificultam a gestão do conhecimento e, conseqüentemente, a comunicação organizacional. Burocratismo, paternalismo, autoritarismo/centralização, aversão aos empreendedores, reformismo e corporativismo são obstáculo à mudança e proteção à tecnocracia. A mudança necessária requer esforço individual e coletivo, além de vontade política (CARBONE, 2000). Vale lembrar a descontinuidade administrativa e a alta rotatividade de gestores como

elementos prejudiciais à gestão do conhecimento nas organizações, em especial no contexto da administração pública brasileira (BATISTA, 2012).

Em especial nos serviços de saúde, observa-se uma predominância de relações verticais e hierárquicas, o que propicia a concentração de informações e constitui-se em entrave à circulação da informação (RANGEL, 2009). Faz-se necessária a criação de mecanismos ou ambientes de diálogos sistemáticos e, sobretudo, de superação desse entrave.

2. PROCESSO DE ESCOLHA DO PROBLEMA

O processo de escolha do problema se deu através do levantamento dos problemas observados e enfrentados pela equipe no ambiente de trabalho na Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVS). Os membros da equipe elencaram os problemas abaixo relacionados:

- Inexistência de um setor específico para desenvolvimento de recursos humanos;
- Insuficiência de pessoal qualificado em todas as áreas da DIVS/SC;
- Desmotivação dos profissionais (salário, condições de trabalho, diárias, não pagamento de horas em viagem), gerando baixa produtividade;
- Dificuldade de comunicação eficiente, interna e entre os entes do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária;
- Planejamento e monitoramento das ações de pactuação;
- Tramitação de documentos entre as gerências sem padronização e rastreamento;
- Demora no atendimento das demandas por falta de logística;
- Análise insuficiente dos resultados das ações da DIVS (indicadores) para futuro planejamento.

Dessa forma, os problemas listados foram agrupados em três macroproblemas:

- Inexistência de um setor específico para desenvolvimento de recursos humanos;

- Inexistência de um sistema ágil e integrado de comunicação entre os entes do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária;
- Dificuldades na gestão do planejamento.

Para priorização dos macroproblemas encontrados, foi utilizada a Matriz Decisória I (Tabela 1):

Problema	Valor	Interesse	Nota
Dificuldades na gestão do planejamento	ALTO	+	10
Inexistência de um sistema ágil e integrado de comunicação	ALTO	+	10
Inexistência de um setor específico para desenvolvimento de recursos humanos	MÉDIO	+	8

Tabela 1: Matriz Decisória

Os macroproblemas referentes à comunicação e ao planejamento receberam a mesma pontuação. Como critério de desempate, a equipe optou pelo problema mais factível e viável de implantação através do Projeto Aplicativo, sendo este a “inexistência de um sistema ágil e integrado de comunicação”. Além disso, observamos que a falta de comunicação impacta também no planejamento, pois as informações não são difundidas a todos os entes de forma padronizada e eficiente.

A equipe considerou que a resolução do macroproblema de comunicação, auxiliaria também na resolução dos demais problemas, por exemplo, resultados mais eficientes nos processos de trabalho e motivação de pessoal, pois, conforme Genelot (*apud* CARDOSO, 2006), “é necessário pensar na comunicação e na informação como instrumentos de gestão que criam e

desenvolvem uma cultura organizacional na qual todos se sintam envolvidos e de alguma forma participantes”.

Atualmente, a comunicação se dá por meio do site, de ofícios, telefone e e-mail, sendo considerada, muitas vezes, ineficiente, pois muitos assuntos poderiam ser resolvidos com maior agilidade, menos burocracia e sem custo para a DIVS/SES.

Portanto, observamos que a comunicação ineficiente vem causando os seguintes impactos negativos:

- Atraso na chegada da informação para as equipes técnicas com a consequente demora na tomada das ações sanitárias, possibilitando a ocorrência de agravos à saúde;
- Utilização de legislação desatualizada pelos entes do sistema;
- Normas elaboradas que não contemplam a realidade, pela falta de contribuição dos entes do sistema quando da elaboração destas;
- Falta de participação dos entes do sistema nos processos de monitoramento da DIVS;
- Demora no retorno das demandas solicitadas aos entes do sistema estadual de VISA;
- Desperdício de recursos (financeiro, humano);
- Retrabalho;
- Excesso de burocracia.

Pode-se destacar que o problema escolhido também foi elencado como desafio no ciclo de debates “Desafios e tendências no campo da Vigilância Sanitária de produtos e serviços: qual a vigilância sanitária que a sociedade precisa?”. O Eixo 1 “Visa e Regulação no mundo contemporâneo” do relatório do fórum nacional aborda a existência de falha no compartilhamento das ações de Visa, na tecnologia de informações e de bancos de dados e na interoperabilidade entre os sistemas de informação existentes (inexistência de um sistema de informação nacional) (ANVISA, 2016).

3. ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS

Através da Matriz de Mapeamento dos Atores Sociais, a equipe elencou os atores envolvidos na implantação do projeto e também seus respectivos valores e interesses na melhoria da comunicação entre os entes de vigilância sanitária.

Ator Social	Valor	Interesse
VISAs Regionais	ALTO	+
Setor Regulado	MÉDIO	-
Núcleo de Comunicação (DIVS)	ALTO	+
Núcleo de Tecnologia da Informação (DIVS)	ALTO	+
Sociedade	ALTO	+
Direção (DIVS)	ALTO	+
Área Técnica (DIVS)	ALTO	+
Áreas Administrativas (DIVS)	ALTO	+

Tabela 2: Atores Sociais

4. ÁRVORE EXPLICATIVA

Após a definição do macroproblema e dos atores sociais envolvidos, a equipe elaborou a árvore explicativa (figura 1), com os descritores que melhor descrevem e mensuram o problema priorizado e suas respectivas causas e consequências.

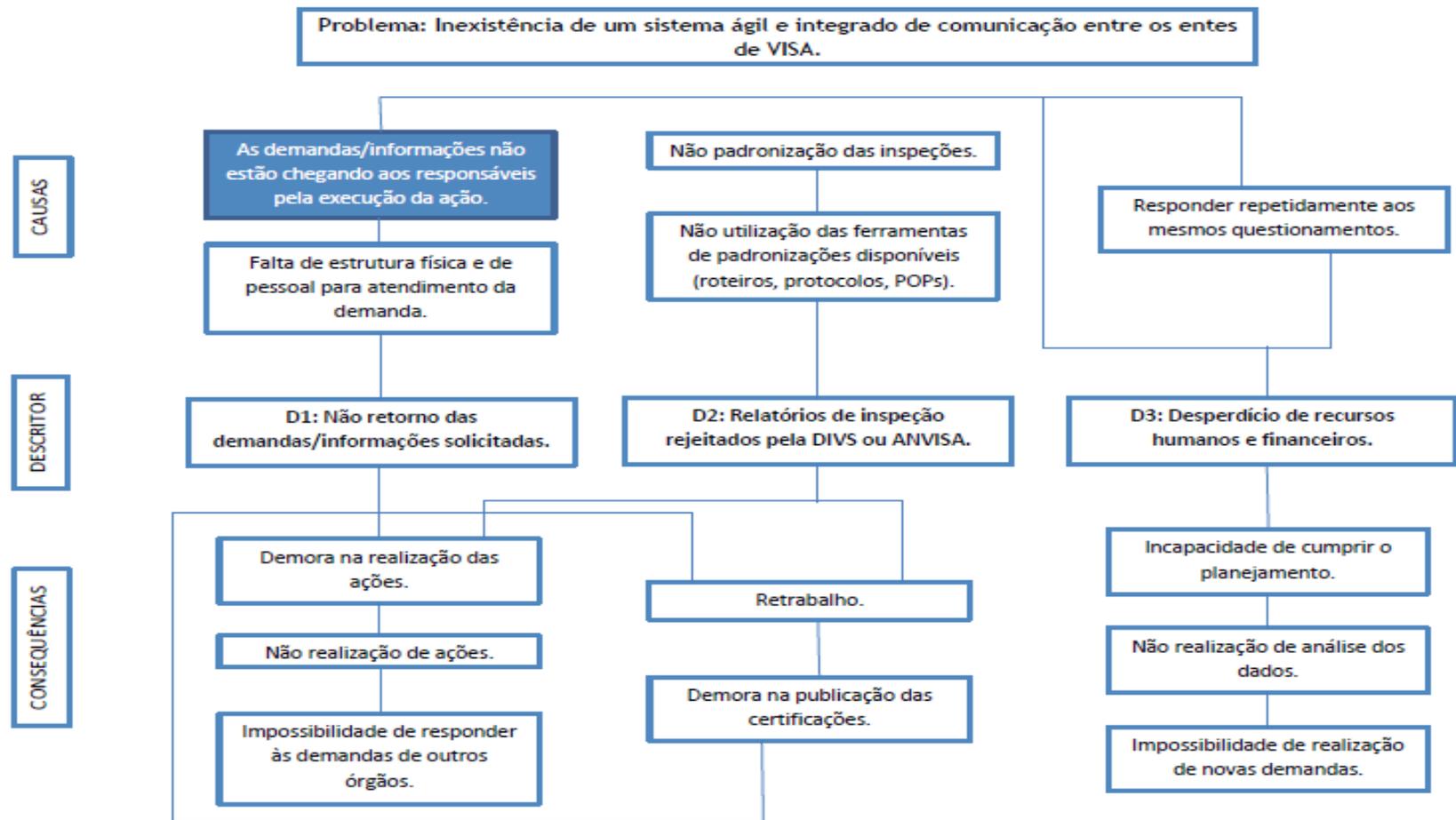


Figura 1: Árvore Explicativa

A partir da construção da árvore explicativa, a equipe estabeleceu o nó crítico, a ação para solucioná-lo e a sua governabilidade para tanto:

Nó Crítico: As demandas/informações não chegam aos responsáveis pela execução da ação.

Ação: otimizar o fluxo de informações de forma que estas cheguem aos responsáveis pela execução das ações através da criação de um sistema integrado de comunicação.

Governabilidade: alta, pois a criação do sistema já foi autorizada pela Direção da DIVS/SC.

5. PLANILHA 5W3H

A partir da definição do nó crítico, a equipe utilizou a planilha 5W3H (figura 2) para esquematizar as ações necessárias para intervenção no problema.

Plano de Ação 5W3H

Espaço do problema: Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

Macroproblema: Inexistência de um sistema integrado de comunicação entre os entes de vigilância sanitária

Nó Crítico: As demandas/ações não chegam aos responsáveis para execução da ação

What? O que?	Why? Por que?	Who? Quem?	When? Quando?	Where? Onde?	How? Como?	How much? Quanto custa?	How measure? Como medir?
Criar um sistema de comunicação	Porque há dificuldades na comunicação	NTI e equipe PA	Dezembro de 2016	DIVS	Através de reuniões para criação e desenvolvimento do sistema na plataforma Pharos	Não haverá custo adicional	—
Divulgar	Para promover adesão ao sistema	DIVS	primeiro trimestre de 2017	Na DIVS e Regionais	No site da DIVS e através de reuniões	Não haverá custo adicional	Quantidade de acessos registrados/quantidade de usuários totais em um ano

Operacionalizar	Para otimizar a comunicação	DIVS	contínuo	Na plataforma Pharos	Através da manipulação do sistema, inserindo as informações necessárias.	Não haverá custo adicional	Número de setores alimentando o sistema/Número de setores da DIVS
Monitorar	Para avaliar a eficiência do sistema	DIVS - cada setor avaliará a adesão e melhora da comunicação da sua área	Contínuo	Na plataforma Pharos	Através de relatórios gerados pelo sistema, avaliando a resposta às demandas e quantidade de acessos à plataforma.	Não haverá custo adicional	Quantidade de demandas atendidas/quantidades de demandas solicitadas de janeiro a junho de 2016 e 2017 na GESAM (riscos ambientais) e GEIMP (produtos para saúde).

Figura 2: Plano de Ação 5W3H

6. MOTIVAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Com base nas ações propostas na planilha 5W3H, a equipe elaborou uma matriz de análise da motivação dos atores sociais.

OPERAÇÕES OU AÇÕES E DEMANDAS DE OPERAÇÕES OU DEMANDAS DE AÇÃO					
Atores	Operações ou ações e demandas de operações ou demandas de ação				
	Criar um sistema de comunicação	Capacitar os técnicos da DIVS no uso do sistema de comunicação	Divulgar o sistema de comunicação	Operacionalizar o sistema de comunicação	Monitorar o sistema de comunicação
VISAS Regionais	0	0	+A	+A	0
Setor regulado	0	0	0	0	0
NUCOM	0	0	+A	0	0
NTI	-A	+A	0	+A	+B
Sociedade	0	0	0	0	0
Direção (DIVS/SC)	+A	+A	+A	+A	+A
Área técnica (DIVS/SC)	+A	+A	+A	+A	+A
Áreas administrativas (DIVS/SC)	+A	+A	+A	+A	+A

Tabela 3: Operações ou ações e demandas de operações ou demandas de ação

A equipe observou que a maior parte das ações é de consenso entre os atores. Constatou-se também que não há ações conflitivas no Plano. Percebeu-se que os atores sociais sociedade e setor regulado não são atores sociais do projeto, mas serão beneficiados pela melhoria do processo de trabalho advindo do sistema de comunicação.

7. ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE

Com base nas ações conflitivas, a equipe elaborou a matriz de análise das estratégias de viabilidade, conforme tabela 4.

ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE				
Ações conflitivas do plano de ação	Recursos necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégia para aumentar a viabilidade
Criar um	Equipe técnica	Recursos que	Todos os	Promover

sistema de comunicação	para definição das necessidades para o sistema.	temos: Equipe técnica para definição das necessidades para o sistema (recurso técnico), equipe técnica de informática para construção do sistema (recurso técnico), apoio da alta direção (recurso político).	recursos possuem alta viabilidade, menos a disponibilidade de tempo que possui média viabilidade.	reunião entre as partes interessadas (grupo PA e NTI)
	Equipe técnica de informática para construção do sistema			
	Disponibilidade de tempo dos técnicos envolvidos na criação			
	Disponibilidade de tempo do NTI	Recursos que não temos:		
	Suporte tecnológico necessário Apoio da alta direção	disponibilidade de tempo dos técnicos e do NTI (recursos organizacionais), suporte tecnológico.		

Tabela 4: **Estratégias de viabilidade**

A equipe teve certa dificuldade de elaborar essa matriz, pois não foi identificada nenhuma ação que fosse claramente conflitiva. Com isso, foi selecionada a ação que se julgou ser a mais complexa para analisar, a criação de um sistema de comunicação.

9. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A equipe elaborou um cronograma de acompanhamento da implementação das ações, ilustrando o avanço das diferentes etapas do projeto.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO									
	4° trim. 2016	1° trim. 2017	2° trim. 2017	3° trim. 2017	4° trim. 2017	1° trim. 2018	2° trim. 2018	3° trim. 2018	4° trim. 2018
Nó crítico: As demandas/ações não chegam aos responsáveis para execução da ação	22/09 a 01/02/2018 (sistema funcionando bem)								
Ação 1.a - Criar um sistema de comunicação	22/09/2016 a 22/02/2017								
Ação 1.b - Capacitar os técnicos da DIVS no uso do sistema	09/03 a 31/03								

de comunicação	
Ação 1.c - Divulgar o sistema de comunicação	Abril, Maio e Junho de 2017
Ação 1.d - Operacionalizar o sistema de comunicação	Março/2017 a --
Ação 1.e - Monitorar o sistema de comunicação	Julho/2017 a --

Tabela 5: Cronograma de implantação

O grupo definiu um cronograma até o ano 2018, prazo que foi considerado necessário para que o sistema de comunicação esteja funcionando bem. As ações 1.d e 1.e serão contínuas e, portanto, não possuem um prazo de término definido.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A equipe concluiu que a melhor forma de amenizar os impactos negativos causados pela ineficiência da comunicação seria através da criação de um sistema, integrando a comunicação interna e entre a DIVS e as Agências de Saúde do estado. Desta forma, foi delineada nossa proposta de Projeto Aplicativo: a criação do Sistema Integrado de Comunicação em Vigilância Sanitária, cuja sigla será COMUNICAVISA.

6.1 Objetivos do Projeto

Objetivo Principal: unificar o processo de comunicação, garantindo que a informação chegue a todos, de forma padronizada, ágil, transparente e segura; para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Objetivos Secundários:

- Criar um Sistema Integrado de Comunicação online que será disponibilizado via Pharos;

- Aproximar os entes do sistema estadual de VISA através da comunicação ágil (online);
- Otimizar os recursos humanos, financeiros, minimizando o retrabalho;
- Agilizar os processos de trabalho;
- Integrar e fortalecer as ações das equipes de VISA;
- Tornar mais eficiente o cumprimento das demandas;
- Melhorar o acompanhamento dos resultados das ações.

6.2 Conteúdo da Plataforma

O Sistema de Comunicação será online, como um módulo adicional do Sistema Pharos, e será desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação da Diretoria de Vigilância Sanitária, sem custos adicionais. Atualmente o Sistema Pharos é utilizado para elaboração de Relatórios de inspeção, lavratura de Autos de intimação e infração, bem como para gerenciamento das denúncias recebidas via site da DIVS. Acreditamos que o módulo de Comunicação também irá motivar os entes a utilizarem com mais frequência o sistema Pharos.

A plataforma será de acesso restrito aos entes da Vigilância Sanitária estadual e conterá:

- Publicações em DOE: são publicadas resoluções de interdição ou apreensão e inutilização de produtos irregulares que, muitas vezes, apresentam riscos ao consumidor. Essas publicações são atualmente colocadas no site da DIVS e também enviadas por email.
- Cronograma de coletas de produtos: o cronograma é definido no início do ano, mas pode sofrer alterações, assim é importante estar disponível e sempre atualizado para ser consultado antes da efetivação da coleta.
- Cronograma de viagem (das regionais para aprovação pelo Núcleo de Planejamento/NUAFI): haverá um campo para inclusão dos cronogramas de viagens das regionais, com um acesso restrito para o Núcleo de

Planejamento/NUAFI aprovar ou indicar as devidas alterações; para o Núcleo Administrativo e Financeiro/NUAFI consultar para encaminhar as solicitações de diárias para pagamento de acordo com as viagens aprovadas e indicar que a solicitação foi encaminhada; e de caráter consultivo para os demais setores, principalmente para as áreas técnicas da DIVS poderem organizar, de maneira mais eficiente, as demandas que dependam do seu deslocamento aos municípios.

- Procedimentos Operacionais Padrão: os procedimentos operacionais padrão (POPs) que se aplicarem às atividades desenvolvidas pelas Agências de Desenvolvimento Regional serão disponibilizados na plataforma. Estes procedimentos servirão para nortear e padronizar os processos de trabalho das Agências.
- Informações do sobreaviso: uma dificuldade atual é manter atualizado os contatos de sobreaviso, feito atualmente por email no início de cada mês. Além disso, é um espaço para compartilhar atendimentos já realizados, contribuindo na tomada de decisão de futuros atendimentos.
- Informes de capacitações: é importante a divulgação das capacitações apenas para os fiscais, evitando assim que o setor regulado compareça sem ser convidado. Além disso, será um espaço para divulgação das capacitações online (via plataforma moodle) e para as capacitações dos POP's.
- Fórum e Chat: esse espaço será utilizado para sanar dúvidas e trocar experiências com maior agilidade e padronização, sendo que todos terão acesso as respostas ao mesmo tempo. Atualmente esse serviço é realizado por email e telefone, sendo que pelo fórum, por exemplo, poderia estar disponível de uma única vez para todos os fiscais.
- Legislações: seria um espaço para manter apenas as legislações atualizadas e colocar em consulta as legislações em elaboração pela DIVS.

- Contatos atualizados: espaço para os contatos (e-mail e telefone), de forma que o próprio funcionário será responsável por inserir os seus dados, sem depender de outros setores para isso, com o intuito de manter esses dados prontamente atualizados.
- Notícias para ação de VISA: Divulgação de notícias específicas para ações de VISA, de interesse exclusivo dos entes de VISA, como por exemplo, divulgação de ações em conjunto como o POA, de operação especial com polícia rodoviária, defesa civil, etc, ou quando algum produto é condenado por um laudo de análise de outro estado e há necessidade de interdição ou apreensão para inutilização.
- Solicitações de inspeção: Frequentemente, precisamos da participação de uma Vigilância Sanitária das Agências de Desenvolvimento Regional nas ações fiscalização, ou ainda em alguma outra inspeção que foi solicitada pela Anvisa ou Ministério Público. Atualmente, tais solicitações de inspeções são realizadas por ofício. Se feita pela plataforma será muito mais ágil, pois muitas vezes o ofício demora a chegar até o fiscal que irá realizar. Essa ferramenta é muito importante, pois dará agilidade ao serviço e mais segurança sanitária a população, visto que muitas vezes essas inspeções são solicitadas devido a denúncias ou por produtos irregulares identificados nos programas de monitoramento.

7. GESTÃO DO PROJETO APLICATIVO

7.1 Equipe necessária

Desenvolvimento: a equipe responsável pelo projeto aplicativo ficará responsável pelo direcionamento da equipe de tecnologia da informação da DIVS que irá desenvolver o módulo.

Alimentação do sistema: inicialmente serão realizadas reuniões com os gerentes e chefes de divisão da DIVS a fim de apresentar o novo módulo e

eleger os responsáveis pela atualização e acompanhamento em tempo real do sistema. Todas as divisões deverão ter, no mínimo, um responsável a fim de manter o sistema em funcionamento. Esse técnico será responsável por verificar, em sua área, se as informações disponibilizadas estão atualizadas, bem como ficará responsável em responder as demandas vindas pelo chat e fórum.

7.2 Custos

O sistema será desenvolvido como um módulo do Sistema já existente, o Pharos, pela equipe de tecnologia da informação da DIVS, sendo assim não trará custos adicionais a Diretoria.

7.3 Prazos

O prazo para que o Sistema esteja em funcionamento será o primeiro trimestre de 2017.

8. CONTINUIDADE DO PROJETO APLICATIVO

O projeto também tem como objetivo integrar a comunicação, estendendo o Sistema para as VISAS municipais. Entendemos que a adesão desses atores também configurará um desafio a ser superado. Segundo Hedler *et. al*, 2015 (*apud* LAURINDO *et. al*, 2001), a importância do papel das pessoas na dinâmica de disseminação, criação e compartilhamento de informação é perceptível, entretanto, ainda que os sistemas de TI tenham avançado, esses recursos são passivos, pois cabe ao usuário a gestão dos processos e das informações e conhecimentos que utilizam.

9. DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS

Dificuldade:

- Dependência de outros atores para implantação do sistema;

- Alinhamento das agendas de todos os membros da equipe e atores envolvidos.

Facilidade:

- Empenho da equipe, pois há consenso de que o projeto beneficiará o trabalho de todos;
- Aval e apoio da Direção da DIVS/SC.

10. MONITORAMENTO DA EFICÁCIA DO SISTEMA

A eficácia e adesão ao Comunicavisa será medida através do monitoramento da resposta dada pelas Agências de Desenvolvimento Regional (ADRs) às demandas originadas na DIVS/SC. De forma a realizar um comparativo, foram levantadas as demandas sem retorno, de janeiro a outubro de 2016, das seguintes áreas:

Qualidade da Água	
Monitoramento do Sisagua	4/35
Inspeção em Estação de Tratamento de Água	1/35
Controle Mensal do Estoque de Hipoclorito de Sódio	8/35

Das 35 ADRs, quatro realizaram monitoramento do Sisagua, uma enviou relatório de inspeção em estação de tratamento de água e oito enviaram o controle mensal do estoque de hipoclorito de sódio.

Produtos para Saúde	
Relatórios de Inspeção rejeitados	4/16

Dos dezesseis relatórios de BPF em indústrias de produtos para saúde realizados, quatro não foram aceitos pela Anvisa, por estarem fora do padrão estipulado.

Qualidade de Alimentos

Denúncias encaminhadas pela Anvisa à Divisão de Alimentos da DIVS/SC e que não obteve resposta das ADRs	3
Denúncias gerais encaminhadas às ADRs e que não obtiveram resposta	4
Coletas de alimentos programadas	62/272

Das denúncias relacionadas a alimentos que não obtiveram resposta, três originaram na Anvisa e quatro tiveram origem na DIVS/SC.

No Programa de Estadual de Monitoramento da Qualidade Sanitária de Alimentos (PEMQSA), das 272 coletas de alimentos programadas, 62 não foram realizadas.

A eficácia do Comunicavisa será mensurada através do comparativo dessas mesmas demandas no mesmo período de 2017.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ciclo de Debates em Vigilância Sanitária: desafios e tendências. **RELATÓRIO do FÓRUM NACIONAL**. 1ª edição. 2016.

BATISTA, F. F. **Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão**. [S. l.: s. n], 2012.

BRASIL, 1990. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

CALEMAN, Gilson *et al.* **Projeto Aplicativo: Termos de Referência**. Apostila do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária oferecido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2016.

CARBONE, P. P. Cultura organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p.133-144, mar. /abr. 2000.

CARDOSO, Onésimo de Oliveira. Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 40, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000600010>. Acesso em: 09 mar. 2016.

HEDLER, H. C., et. al. Barreiras à comunicação organizacional: um estudo em uma organização pública do governo do Distrito Federal. **Revista de Estudos da Comunicação**, Curitiba, v. 16, n. 40, p. 165-181, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/comunicacao?dd99=pdf&dd1=15764>>. Acesso em: 12 set. 2016.

HENGST, M. den; SOL, H. G. **The impact of information and communication technology on interorganizational coordination: guidelines from theory**. Informing Science. v. 4, n. 3, 2001.

RANGEL, M. L. S. Comunicação em Vigilância Sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 153-170. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6221/1/VIGILANCIA%20SANITARI A.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

TORQUATO, F. G. **Cultura, poder, comunicação e imagem: fundamentos da nova empresa**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 1986.

AURÉLIA PETRY
CAMILA KAPLAN DE QUADROS
CRISTIANE PEDRINI QUADROS
DIEGO HEDEL GASPAR
FERNANDA DE MENDONÇA

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO INTERMUNICIPAL PARA PADRONIZAÇÃO DAS
AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS

Florianópolis
2016

AURÉLIA PETRY
CAMILA KAPLAN DE QUADROS
CRISTIANE PEDRINI QUADROS
DIEGO HEDEL GASPAR
FERNANDA DE MENDONÇA

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO INTERMUNICIPAL PARA PADRONIZAÇÃO DAS
AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS

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

Orientador: Thiago Apolinário Michelin.

Florianópolis
2016

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Contexto.....	5
1.2 Objeto	6
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo Geral	6
2.2 Objetivos Específicos	7
3. REFERENCIAL TEÓRICO	7
4. PERCURSO METODOLÓGICO	10
4.1 Aplicação da pesquisa.....	14
5. PLANO DE INTERVENÇÃO	17
5.1 Análise de viabilidade do plano de ação.....	20
5.2 Gestão e monitoramento do plano de ação	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
APÊNDICE 1	27
APÊNDICE 2	29

1. INTRODUÇÃO

O Projeto Aplicativo constitui-se de uma atividade curricular multidisciplinar com foco na construção de uma intervenção na realidade. Ele envolve todos os participantes de um grupo afinidade, e contempla a seleção, pactuação e caracterização de um problema para a construção de uma proposta de intervenção. Um dos objetivos da intervenção deve ser a melhoria dos processos gestão do risco à saúde, gestão do trabalho em vigilância sanitária e educação na vigilância sanitária (RAMOS *et al*, 2015).

O Grupo afinidade 5 foi composto por fiscais de vigilância sanitária e vigilância em saúde dos municípios de Florianópolis e São José. Os desconfortos e inquietudes apontados como situação inicial, bem como os desejos de mudança muito se assemelharam, facilitando para a identificação do problema a ser priorizado: a baixa padronização das ações de Vigilância Sanitária.

Por compreender um conjunto de ações extremamente diversificado, a Vigilância Sanitária exige conhecimentos amplos para permitir sua efetiva execução. Esses conhecimentos estão sedimentados naquilo que toda instituição tem de mais precioso – o saber construído pelas pessoas que a compõem (BRASIL, 2005).

Segundo Merhy (1997), o trabalho em saúde é rico em possibilidades de criação, produzido social e culturalmente, e por essas características necessita do comprometimento de seus atores para que as práticas e os serviços oferecidos à população sejam modificados. E para que essa transformação ocorra, necessita-se de bases para o planejamento e gestão de recursos humanos, com enfoque em sua estrutura, processo e relações de trabalho, entre outras condições.

No que concerne à questão da capacitação dos trabalhadores em Vigilância Sanitária, é importante lembrar que, em função da complexidade dos processos produtivos e tecnológicos envolvidos nas diversas áreas que atuam, estes profissionais precisam estar permanentemente atualizados, conjugando novos conhecimentos técnicos com experiência acumulada (BRASIL, 2005).

Assim, planeja-se com este projeto aplicativo criar estratégias de gestão que possibilitem a padronização das ações de vigilância sanitária, através da implantação de grupo de trabalho intermunicipal. O território constituído para o desenvolvimento do projeto foi a Região Metropolitana de Florianópolis.

O foco do Projeto Aplicativo está alinhado às áreas de competência propostas no curso, em especial à gestão do trabalho em Vigilância Sanitária. A educação na Vigilância Sanitária também está contemplada, pois a implantação de grupos de trabalho visando à padronização das ações contribuirá para a sistematização do conhecimento em Vigilância Sanitária.

1.1 Contexto

O desenvolvimento do projeto aplicativo dar-se-á na integração das vigilâncias sanitárias dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Florianópolis criada pela Lei Complementar Estadual n.º 162, de 1998, sendo posteriormente extinta e reinstituída pela Lei Complementar Estadual n.º 495, de 2010 e redefinida pela Lei Complementar n.º 636, de 2014.

A Região Metropolitana de Florianópolis é composta pelos municípios de Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José, São Pedro de Alcântara e Governador Celso Ramos. Nesses municípios a população vive integrada, interage e há uma forte interação dos setores produtivos e de serviços - boa parte deles sujeitos à vigilância sanitária.



Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Florianópolis (Fonte: Site ALESC).

Considerando que é papel da vigilância sanitária realizar um extenso conjunto de atividades no sentido de combater, prevenir, eliminar e diminuir os riscos à saúde e que tudo isso está interligado a problemas sanitários advindos do meio ambiente, bem como com o ambiente de trabalho, de produção, da circulação de bens e serviços e prestação de serviços relacionados à saúde, percebe-se a complexidade das ações típicas do fiscal de vigilância em saúde ou de

vigilância sanitária. Por isso, faz-se necessário que as ações fiscais sejam executadas de forma harmônica - resguardando tanto os direitos do setor regulado, como o fiscal no exercício da sua função.

Importante lembrar que a Administração Pública é regida por princípios que norteiam as suas ações, são eles: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência. Logicamente toda ação fiscal é pautada na lei e deve seguir todos os princípios do Direito Administrativo, mas mesmo a lei permite interpretações e entendimentos divergentes em muitas situações. Particularmente no caso da fiscalização, vale destacar que o exercício do poder de polícia prevê a discricionariedade - onde o agente possui alternativas a serem adotadas, devendo optar pela alternativa que mais se aproxime do interesse público, e não de qualquer outro interesse.

Diante da percepção da equipe afinidade, corroborada por pesquisa realizada junto aos fiscais dos municípios de Florianópolis, São José e junto ao setor regulado, percebeu-se a divergência de entendimento dos fiscais mesmo em áreas de atuação semelhantes. Pergunta-se, então, como minimizar os impactos negativos advindos da falta de padronização das ações fiscais?

Entende-se que a criação de um grupo de trabalho intermunicipal, contemplando as vigilâncias sanitárias dos municípios da Região Metropolitana de Florianópolis, juntamente com outros atores sociais que tenham interesse ou sejam impactados pelas ações fiscais pode mitigar as consequências negativas da falta de padronização em tais ações.

1.2 Objeto

Como objeto podemos eleger o problema priorizado na matriz decisória I que foi a baixa padronização das ações de Vigilância Sanitária.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Padronizar as ações fiscalizatórias empreendidas pela Vigilância Sanitária no âmbito da Região Metropolitana de Florianópolis.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a percepção dos fiscais de Vigilância Sanitária em relação à padronização das ações de VISA e à influência na execução de suas ações.
2. Verificar o entendimento do setor regulado acerca das ações de VISA e o possível impacto dessa questão em seus estabelecimentos.
3. Propor um sistema de discussão de assuntos abrangidos nas ações de VISA que propicie a padronização das ações entre os fiscais.
4. Harmonizar os ritos e procedimentos regionais, principalmente para a execução de ações de VISA pelas instâncias municipais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Di Pietro (2006, *apud* Pestana, 2008) conceitua a Administração Pública como a “expressão linguística emblemática que busca representar as atividades que o Estado realiza, com evidência nos domínios do Poder Executivo, para o conseguimento dos interesses públicos, as quais podem ser agrupadas em atividades de fomento, polícia administrativa e serviço público”. A organização deste estudo enquadra-se em duas dessas atividades: polícia administrativa e serviço público. A primeira trata de editar normas de polícia embasadas em enunciados jurídicos de gênese prescritiva, que restringem a liberdade e propriedade dos indivíduos, no caso da Vigilância em Saúde, sobre a propriedade dos cidadãos. E a atividade de serviço público diz respeito às atividades prestadas pelo Estado sob regime de Direito Público, com objetivo de atender aos cidadãos, em conformidade com os valores coletivos prescritos no ordenamento jurídico.

A vigilância sanitária compreende um conjunto de instituições do setor saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos processos produtivos; no seu leque de atuação incluem-se ações como normalização, regulação e fiscalização de produtos e serviços relacionados à saúde e definidos, no processo social, sob vigilância sanitária. Tendo em vista a amplitude de sua área de abrangência e de atuação, bem como a complexidade da determinação dos processos saúde-doença e das relações sociais produção-consumo, as intervenções nesse espaço tendem a ter um caráter multidisciplinar e intersetorial (FERRARO, AHA *et al*, 2009, p. 2201).

“Embora a área de abrangência da vigilância sanitária tenha sido ampliada ao longo dos anos, a legislação sanitária brasileira, bem como a estrutura organizacional dos órgãos de

atuação na área, não acompanhou esse avanço” (DUARTE, 1990, p.64). Percebe-se, pelas características dos serviços prestados, que a força motriz do processo de trabalho da vigilância sanitária são os seus técnicos. Contraditoriamente, de um modo geral, os trabalhadores dos “serviços de saúde no Brasil vivenciam uma expectativa na formulação de uma política pública que lhes garantam direitos previstos em leis, no âmbito da formação, do ordenamento das funções, cargos e salários” (DUARTE e TEIXEIRA, 2000, p.5).

Sobre a questão dos recursos humanos, um estudo realizado NESCON/UFMG no ano 2000 apontou os principais problemas indicados pelos dirigentes de vigilâncias sanitárias municipais, destacando-se: a falta de qualificação do pessoal e de autonomia administrativa; a insuficiência de recursos financeiros; a interferência política nas questões; o desconhecimento da legislação e a insuficiência de recursos humanos (LUCCHESI, 2000).

A esse respeito, Lucchese (2001) também aduz que os estados e municípios concebidos como unidades de uma comunidade nacional influenciam uns aos outros no controle que uma unidade faz, ou deixa de fazer, refletindo de forma imediata ou mediata nas outras unidades. Em outras palavras, que se, por exemplo, um município apresenta deficiências nas ações de Vigilância Sanitária, atingirá negativamente as outras unidades. Logo, “os problemas sanitários de uma localidade podem produzir efeitos externos negativos sobre outras localidades, independentemente de qualquer ação ou desígnio destas” (HOCHMAN, 1998, p.161).

A baixa implantação de rotinas nas atividades essenciais, a baixa existência de roteiros de inspeção e a não elaboração de relatórios de inspeção colocam em questionamento a qualificação das ações e demonstram a falta de padronização das atividades, como aponta outro estudo realizado em 2004 no Rio de Janeiro (COHEN *et al*, 2004).

Segundo a ANVISA (2001)

De modo geral, os processos de capacitação profissional são fragmentados, insuficientes, desconectados dos serviços e processos de trabalho dos agentes da Vigilância Sanitária[...]. Algumas experiências baseadas na estratégia de multiplicadores têm se mostrado pouco adequadas. Outro aspecto a ser considerado é o modesto destaque conferido a alguns temas nos processos de formação e capacitação, a exemplo da temática Proteção da Saúde do Trabalhador e Gestão em Vigilância Sanitária.

Entende-se que, nas atividades da Vigilância Sanitária, o perfil dos recursos humanos deve ser um ponto a ser discutido, porque é uma atividade essencial dentre as várias desenvolvidas no âmbito do SUS. Devido à complexidade das ações desenvolvidas, desde o caráter social, conceitos tecnológicos e, principalmente, na aplicação das diretrizes legais, esses trabalhadores são essenciais, e demandados de maior conhecimento frente às novas tecnologias, de mais habilidade, capacidade individual e experiência (LUCCHESI, 2006).

Neste sentido, considerando a vigilância sanitária na sua especificidade, particularidade e complexidade das ações desenvolvidas, não há dúvida que esta atividade deve ser calcada, também, em ações dialógicas com a sociedade, num processo que possibilite ver o homem capaz de alterar a sua realidade. Portanto, estas características evidenciam que o trabalho em saúde exige propostas de formação profissional comprometidas com capacidades muito além do saber fazer, um saber técnico científico articulado com a experiência e a cultura, para atender a um modelo de atenção que almeja a universalização e a integralidade. Sobretudo, é necessário contextualizar a saúde como política e acumulação social, que se expressa em um estado de bem-estar ou numa sociedade-de-bem-estar, decorrente da dinâmica socioambiental concretizada num território-processo (ANVISA, 2005; BENINI, 2009).

A proposta de mudança da realidade se baseia no modelo de gestão pública conceituado como novo serviço público, neste modelo os cidadãos têm papel de cidadãos, mas exercendo o seu papel participativo, fomentador de mudança. Denhardt e Denhardt (2003) propõem que eles repartam a autoridade, amortizem o controle e que acreditem na eficácia da cooperação. E essa sensibilização deve partir dos dois lados, pela mobilização da sociedade e pela flexibilização do poder público em ouvir as demandas. Sete princípios-chave para o Novo Serviço Público: servir cidadãos, não a consumidores; visar o interesse público, contribuir para a construção de uma noção coletiva, compartilhada de interesse público; dar precedência à cidadania e ao serviço público sobre o empreendedorismo; pensar estrategicamente, agir democraticamente, onde as políticas e programas que atendem às necessidades públicas podem ser realizados de maneira mais efetiva e responsável por meio de esforços coletivos e processos colaborativos; reconhecer que a *accountability* não é simples; servir em vez de dirigir, tentar ajudar os cidadãos a satisfazerem seus interesses compartilhados; dar valor às pessoas, não apenas à produtividade (DENHARDT e DENHARDT, 2003, p.34).

Conceituou-se a proposta inserida neste modelo de gestão, visto que para consolidar os problemas identificados pela equipe foi através de um instrumento de pesquisa - questionário, considerada a opinião do setor regulado, ou seja, uma amostra da população atendida pelos serviços da Vigilância Sanitária - e, porque o projeto demanda em sua maior parte de recursos humanos.

O desenvolvimento do projeto aplicativo proposto baseia-se no conceito de redes de cooperação Inter organizacional, porquanto estes “têm a capacidade de facilitar a realização de ações conjuntas e a transação de recursos para alcançar objetivos organizacionais” (BALESTRIN, 2010, p.4). Sob mesma ótica, descreve-se que as redes de cooperação são constituídas por três níveis, o do indivíduo que faz parte do grupo, o grupo que está inserido nas

organizações e as organizações que formam as redes. Cabendo salientar que a sinergia entre os níveis formadores das redes é fator determinante para a obtenção de êxito no projeto.

O propósito de escolher aplicar o trabalho com a formação de uma rede de trabalho é que nas redes os objetivos pré-definidos no grupo unem pessoas e instituições que pactuam a tentativa de sanear integradamente os problemas sociais, como enfatiza Junqueira (2000). As redes surgem do compartilhamento de metas entre seres sociais autônomos, que conduzem sua ação de forma em que a autonomia e as diferenças dos membros sejam respeitadas.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A elaboração do projeto aplicativo (PA) visa integrar teoria e prática em acordo com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem utilizadas durante o curso. É importante destacar que projeto aplicativo é diferente de projeto de pesquisa e de monografia, pois o “projeto aplicativo prioriza a sistematização de uma intervenção em uma realidade concreta” (CALEMAN *et al*, 2016, p. 17). Busca-se construir um PA viável e factível de maneira que possa realmente ser aplicado na gestão da vigilância sanitária e que possa transformar a realidade, contribuindo para o aprimoramento do trabalho.

Os fundamentos do planejamento estratégico situacional serviram de base para a elaboração do PA. Foram realizadas diversas oficinas de trabalho em equipe, onde se utilizaram, além dos conhecimentos prévios individuais, diferentes instrumentos e ferramentas que permitiram o desenvolvimento do pensamento estratégico, conforme pode ser visto no quadro 1.

<i>Oficina de Trabalho</i>	<i>Ferramentas</i>
OT Leitura de realidade – análise situacional	Situação Inicial (Si) e Situação Objetivo (So)
OT Identificando problemas	Técnica da Visualização Móvel
OT Priorizando problemas	Matriz Decisória
OT Identificando atores sociais	Identificação de Atores Sociais
OT Explicando o problema priorizado	Árvore Explicativa de Problemas
OT Construindo o plano de intervenção	Matrizes do Plano de Ação
OT de Viabilidade	Matrizes de Viabilidade
OT Gestão do Plano	Matrizes de Monitoramento e de Orçamento

Quadro 1: Relação de ferramentas e oficinas de trabalho, IEP/HSL. (CALEMAN *et al*, 2016, p. 18).

Primeiramente as discussões com o grupo afinidade serviram para fazer uma leitura reflexiva da realidade em que os participantes estão envolvidos. Ou seja, definiu-se a Situação Inicial (SI) para então pensar a transformação da realidade chegando à Situação Objetivo (SO). Como resultado de tais discussões, percebeu-se a necessidade de aprimoramento dos conhecimentos e educação continuada a fim de melhorar os serviços de vigilância sanitária.

Em seguida, com base na análise situacional, foram identificados os problemas que poderiam ser trabalhados no PA. A princípio foram identificados dois problemas principais, quais sejam: baixa capacitação dos fiscais de vigilância em saúde/sanitária e falta de padronização das ações de fiscalização sanitária.

No entanto, sabe-se que para planejar é primordial estabelecer prioridades levando em conta a urgência e a capacidade de enfrentamento do problema. Utilizando a ferramenta “matriz decisória” como forma de apoiar a tomada de decisão, foram priorizados os problemas. Como bem apontam *Caleman et al* (2016, p. 24), as matrizes decisórias “são úteis para apoiar a tomada de decisão, no sentido de trazerem uma certa objetividade no tratamento de dimensões atravessadas pela subjetividade”.

Considerando que a capacitação se dá através de cursos e treinamentos, teoricamente oferecidos pela própria instituição ou por órgãos que compõem o sistema de vigilância sanitária nas esferas federal, estadual e municipal, bem como que a capacitação exige algumas formalidades legais, viu-se um fator limitante para seguir com o projeto nesta linha. Pensando na padronização dos procedimentos dos fiscais - sem desconsiderar o poder discricionário e a interpretação legal - o PA foi desenhado para ser implantado na região da Grande Florianópolis, visto que há uma ligação muito direta entre os municípios conurbados.

Seguindo a mesma linha de trabalho, através de matriz de mapeamento, foram identificados os atores sociais que possam contribuir para a execução do projeto aplicativo. Os atores sociais são pessoas ou forças sociais que controlam algum tipo de jogo social para alcançar objetivos comuns, com diferentes intenções de acordo com suas perspectivas, valores, ideologias e interesses - por isso é importante pensar não só em quem podem ser esses atores, mas também se o seu interesse no problema é positivo ou negativo (*CALEMAN et al*, 2016).

Depois de vencidas as etapas iniciais, chegou o momento de ir mais a fundo e estabelecer uma visão geral da situação levantada e que se pretende transformar. Pois, quando se pretende atuar em uma realidade concreta e mudar os resultados considerados insatisfatórios, é preciso aprofundar o conhecimento dos problemas priorizados e “formular um conjunto de prováveis explicações para a ocorrência desses problemas, segundo suas perspectivas” (*CALEMAN et al*, 2016, p. 29). Para tanto construiu-se um fluxograma relacionando as causas e consequências a

fim de identificar potenciais obstáculos e oportunidades para a intervenção. Esse fluxograma resulta em uma explicação situacional conhecida como árvore explicativa ou árvore do problema, a qual tem cunho analítico-causal e não hierárquico (CALEMAN *et al*, 2016).

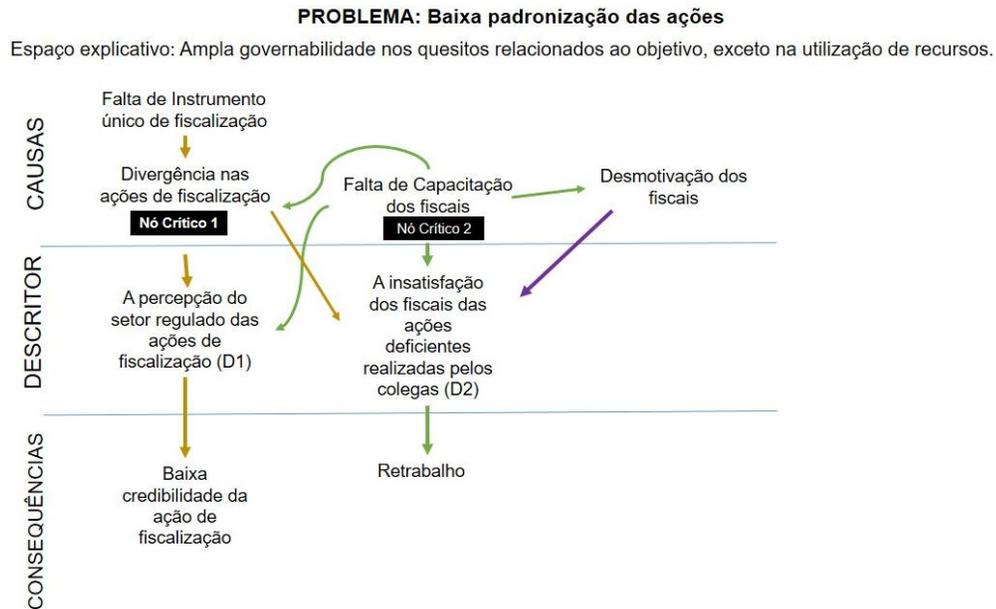


Figura 1 - árvore de problemas.

Ainda que seja uma excelente ferramenta, “a árvore explicativa pode ser complementada por outros estudos, sempre que esses venham aduzir informações que ampliem a abordagem da problemática em análise, visando evitar uma redução demasiadamente simplificada da realidade” (CALEMAN *et al*, 2016, p. 30). Há uma grande diversidade de classificação de pesquisa e o tipo a ser escolhido depende basicamente da dúvida que se quer responder, da natureza do objeto, do objetivo da pesquisa e da metodologia que será utilizada (ZANELLA, 2009). No caso em análise, o grupo de trabalho identificou a necessidade de verificar se a percepção dos colegas fiscais é a mesma levantada na situação inicial da realidade aqui abordada. Adicionalmente, o setor regulado (alvo das fiscalizações sanitárias) não poderia ficar de fora da pesquisa. Assim, procedeu-se a aplicação de questionários aos dois grupos mencionados anteriormente. Destaca-se a importância da pesquisa de campo para esse projeto, tanto que o assunto merece um subcapítulo a parte no qual são expostos o percurso metodológico e o detalhamento da pesquisa.

Após o resultado do problema identificado para o PA ter sido referendado pelos resultados da pesquisa aplicada (questionários), chegou a hora de listar os nós críticos identificados na árvore explicativa para então desenhar o plano de intervenção utilizando como ferramenta as matrizes do plano de ação. Nesse sentido Caleman *et al* (2016, p. 34) destacam que “mais

importantes do que a ferramenta utilizada, é a observação de que a ferramenta escolhida está ajudando a organizar a intervenção”.

A partir dos nós críticos estabelecidos, o ator desenha os meios que entende necessários para alterar a situação atual até convertê-la em uma situação objetivo que se propõe a alcançar, num determinado tempo. Estes meios podem ser compromissos de ação do próprio ator que planeja alterar as causas que estão dentro do seu espaço de governabilidade ou demandas de ação dirigidas a outros atores sociais com maior governabilidade. (CALEMAN et al, 2016 p. 33).

Em toda pesquisa é necessário um levantamento de dados de várias fontes, quaisquer que sejam os métodos ou técnicas empregadas (MARCONI; LAKATOS, 2010). Os resultados obtidos através do uso de ferramentas de análise situacional e do emprego de questionários foram correlacionados com as informações obtidas na pesquisa bibliográfica que fundamenta e valida as bases teóricas de cada uma das variáveis constantes no problema.

Na pesquisa bibliográfica para compor a revisão de literatura e para cumprir parcialmente os objetivos específicos propostos, as bases de dados utilizadas como fonte de informação foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que contém outras bases de dados como, por exemplo, a *Scientific Electronic Library Online* – Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SciELO), onde foram encontrados periódicos científicos com artigos de interesse para esse trabalho. Seguindo os mesmos procedimentos, utilizou-se diretamente o sítio eletrônico da SciELO, além de livros e material de Projetos de Apoio ao SUS.

Vencidas as etapas iniciais, faz-se necessário construir o plano de intervenção com objetivo de modificar a situação problemática, estabelecendo “ações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados” (CALEMAN et al, 2016, p. 34). Para elaboração do plano de intervenção se construiu a planilha do plano de ação utilizando a ferramenta 5W3H (*what, why, who, when, where, how, howmuch e howmeasure*).

Depois de superados o momento explicativo - seleção de problemas e análise situacional - e o momento normativo - elaboração do plano de ação - chegou-se ao momento estratégico - análise de viabilidade do plano de ação. Importante destacar o que afirmam Caleman et al (2016, p. 38) “os problemas selecionados para a elaboração de Projetos Aplicativos são pouco estruturados e os diferentes atores sociais envolvidos podem ter interesses ou desejos diversos, que se refletem em ações e comportamentos difíceis de serem totalmente previstos”. Ou seja, há um elevado grau de incertezas que devem ser pensadas quando da construção de possibilidades e alternativas para mudar a realidade. Deve-se ter em mente que os diferentes atores sociais têm seus próprios interesses e isto pode interferir na execução do PA.

Dada a incipiência do PA, não é possível chegar à etapa de gestão do plano, pois esta só se concretizará com a efetivação do mesmo. Porém, é necessário ter consciência que

A gestão de um plano estratégico é um dos principais momentos do planejamento. Trata-se do momento tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita. Nesta etapa ocorre a condução do plano, seu monitoramento, a identificação das dificuldades e as correções necessárias a serem efetivadas nas operações propostas. (CALEMAN *et al*, 2016, p. 42)

Finalizando o PA, construiu-se um cronograma de acompanhamento da implementação das ações utilizando o diagrama de Gantt - baseado na resolução das ações e nós críticos, conforme estabelecido pela equipe de trabalho proponente, onde o início do espaço de discussões e demais atividades previstas no projeto ocorrerão em março de 2017 e o término previsto para avaliação e possíveis adequações dos objetivos iniciais, caso sejam alcançados em até dezembro de 2018.

Atividades	2016					2017										2018													
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Identificação do problema	x	x																											
Estruturação do projeto		x	x																										
Envio de convite aos participantes						x	x																						
Espaços de discussão								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elaboração de instrumento único								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Monitoramento do projeto																	x	x											
Avaliação																										x		x	

Tabela 1 – Cronograma de execução das ações.

4.1 Aplicação da pesquisa

Para poder mensurar a percepção dos fiscais de Vigilância em Saúde/Sanitária, bem como do setor regulado, foram utilizados os métodos qualitativo e quantitativo. Esse último, no pensamento de Gonçalves e Meirelles (2004, p. 62), “Aplica-se nos casos em que se busca identificar o grau de conhecimento, as opiniões, impressões, seus hábitos, comportamentos, seja em relação a um produto, sua comunicação, serviço ou instituição”. E, como instrumento de coleta de dados, foram aplicados questionários com questões abertas e fechadas (ver Apêndice 1 e 2).

O questionário é um conjunto de questões previamente elaboradas pelo pesquisador e apresenta a vantagem de poder ser aplicado a um grande número de pessoas, em uma ampla área geográfica e que pode ser enviado por diferentes meios de comunicação (ZANELLA, 2009).

Tanto o questionário aplicado aos fiscais, quanto ao setor regulado foram elaborados na ferramenta “formulários do Google Drive” e encaminhados por meio digital (e-mail) a fim de evitar

constrangimentos aos respondentes. Para o primeiro grupo o envio foi feito diretamente ao endereço eletrônico de cada participante. Já para o segundo grupo, o envio se deu diretamente para o endereço eletrônico cadastrado nos processos de concessão/renovação de Alvará Sanitário ou através de escritórios de contabilidade que se comprometeram em encaminhar o formulário aos seus clientes regulados pela vigilância sanitária. Os formulários permaneceram disponíveis para preenchimento por parte dos fiscais entre os dias 22 de julho de 2016 e 12 de setembro de 2016. Enquanto que o questionário para o setor regulado continuará disponível até que se alcance uma amostra significativa, que se pretende até o início da implementação do PA.

Em relação aos questionários, no caso do setor regulado, cujo universo de pesquisa (conjunto de elementos que possuem características que serão objeto de estudo) é bastante extenso, houve baixa participação de respondentes, o que resultou em uma amostragem bem limitada. Já no caso dos fiscais, 42% participaram da pesquisa. Como asseveram Marconi e Lakatos (2010) o problema da amostragem é escolher uma parte de maneira que seja representativa do todo de forma que se possam inferir resultados representativos. Assim, mesmo utilizando uma amostragem do tipo não probabilística acidental (ou por conveniência) – onde os elementos são selecionados conforme a conveniência do pesquisador – houve a preocupação em eleger uma amostra que representasse o todo. Os fatos aqui relatados se constituem em limitadores da pesquisa e, conseqüentemente podem se constituir em limitadores para obtenção de dados fidedignos. Cabe, ainda, destacar que a aplicação do questionário aos fiscais foi realizada somente nos municípios de Florianópolis e São José e não em toda a Região Metropolitana de Florianópolis.

A análise de dados pode ser feita através de estatística descritiva, análise de conteúdo, análise de discurso, entre outras técnicas (ZANELLA, 2009). Para a elaboração do PA, a informação buscada não está nos dados apurados e, sim, no que eles nos permitem analisar. Alguns dados obtidos são apresentados no corpo do PA por meio de gráfico elaborado através das informações apuradas pelo questionário cujos resultados foram calculados estatisticamente, outros sintetizados e ainda outros detalhados através da transcrição de respostas abertas.

Foram 32 respostas de fiscais, representando 42% do universo ao qual a pesquisa foi aplicada. Ao compilar os dados obtidos no questionário aplicado aos fiscais, percebeu-se que mais de 80% dos respondentes afirmou perceber diferenças significativas na atuação dos colegas fiscais e que tais diferenças interferem na qualidade dos serviços prestados pela vigilância sanitária. Perguntados sobre a frequência com que isso ocorre, responderam que “às vezes” (63,3%) e “quase sempre” (26,7%) e que na grande maioria das vezes a vistoria anterior havia

sido realizada por outro fiscal ou por outra equipe de fiscais. Estas respostas, por si só, já deixam um alerta para o fato de que algo errado possa estar acontecendo.

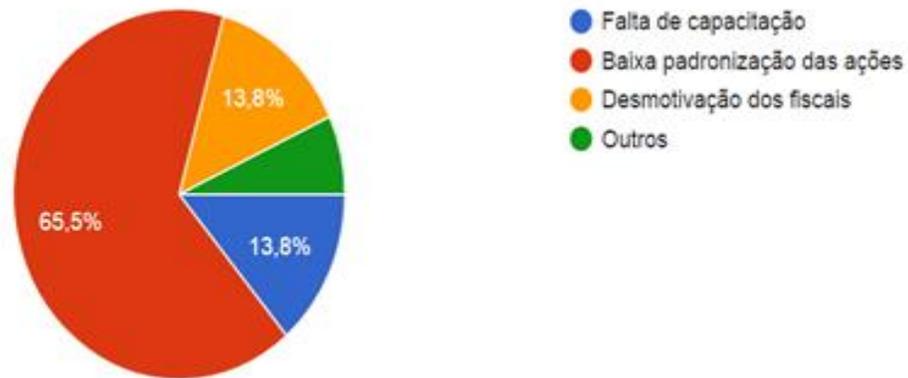


Gráfico 1 - Percentual dos problemas identificados pelos fiscais de vigilância sanitária.

Importa destacar que alguns colegas identificaram as três causas conjuntamente, mas que nenhum colega apontou outra causa que não aquelas que haviam sido relacionadas. Outro fato que merece ser mencionado é que mais de 90% dos colegas afirma receber reclamações dos regulados em relação às divergências na fiscalização.

Os dados levantados neste estudo apontam para resultados semelhantes aos obtidos no estado do Rio de Janeiro organizado por Cohen (2004), onde se identificou a falta de rotinas implantadas, de roteiros e relatórios de inspeção como motivos para questionamentos acerca da qualificação e da padronização nas atividades de fiscalização sanitária.

Novamente deve-se lembrar que está se tratando da Região Metropolitana da Grande Florianópolis e que os municípios que a compõem são integrados, em maior ou menor grau, havendo, inclusive conurbação entre aqueles geograficamente mais próximos. Assim, ratifica-se o que diz a literatura acerca da influência das ações não ficarem restritas ao município no qual se faz a atuação principal, mas se estende a toda a região e ultrapassa até mesmo as suas fronteiras (HACHMAN, 1998; LUCHESE, 2000; LUCHESE, 2001).

Para buscar novas ideias, complementares às da equipe afinidade, perguntou-se abertamente o que os colegas sugeririam para solucionar os problemas levantados anteriormente. As respostas obtidas foram todas muito parecidas e apontaram para a qualificação e valorização profissional, mais uma vez correspondendo ao que se encontra na literatura (DUARTE e TEIXEIRA, 2000); FERRARO, AHA *et al*, 2009). Para exemplificar, veja-se o que foi

dito por alguns dos fiscais como sugestão para melhoria: “Chefia mais organizada e comprometida com a VISA; Divisão das áreas de fiscalização e elaboração de roteiros de inspeção para padronizar as fiscalizações; Valorização profissional; Exigência de participação de no mínimo um curso anual de capacitação de cada fiscal.”; “Cursos periódicos de atualização e padronização das ações. Fiscalização em duplas em locais grandes ou de maior complexidade - o que uma pessoa não percebe, a outra percebe”; “Realizar capacitações periódicas e melhorar a integração entre os fiscais, para que consequentemente as ações sejam padronizadas.” e “divisão por áreas, maior comprometimento da chefia, capacitações práticas”.

Em relação à pesquisa junto ao setor regulado, foi extremamente baixa a amostragem diante do universo de pesquisa (apenas 35 participantes) - por este motivo, optou-se por manter a pesquisa até o início do processo de implementação do PA. Acredita-se que, apesar de não haver identificação, possa ter havido algum tipo de constrangimento em participar da pesquisa e responder com honestidade ao questionário, especialmente às questões abertas. Quase 90% dos respondentes afirmou já ter sido vistoriado por diferentes equipes e pouco mais de 50% afirmaram ter percebido diferenças significativas entre uma atuação e outra, destes, apenas 30% consideraram que as diferenças influenciam negativamente no funcionamento do estabelecimento. Contraditoriamente, a maioria daqueles que responderam às questões abertas sugerem que se mantenham as mesmas equipes nas vistorias e atribuem as diferenças essencialmente à formação e postura dos profissionais.

5. PLANO DE INTERVENÇÃO

Desde o início das atividades no grupo afinidade 5 havia convergência para que a ação proposta despontasse acerca das ações de fiscalização sanitária e sobre a falta de interligação destas ações entre municípios contíguos. Com isso, foram desenvolvidas diversas oficinas, conforme percurso metodológico descrito neste projeto, para a identificação dos problemas e sua priorização e delimitação da área de intervenção do projeto.

A essência do projeto consiste em esboçar um espaço de trabalho em redes, onde os fiscais de Vigilância Sanitária dos municípios da grande Florianópolis pudessem, conjuntamente, discutir os temas e as realidades encontradas nas suas ações de fiscalização visando a padronização das ações e consequente melhoria do serviço.

No espaço de discussão será realizado o estudo do aparato legal e das experiências vivenciadas pelos integrantes do grupo, objetiva-se estabelecer padrões mínimos a serem adotados nas vistorias dos estabelecimentos abrangidos pela área/tema abordado na discussão do encontro, criando um instrumento único de fiscalização, ou seja, um roteiro de inspeção.

O intuito é que estes roteiros sejam utilizados como padrão mínimo em todos os municípios que aderirem ao projeto e tornar esse instrumento reconhecido legalmente no seu âmbito de aplicação.

Com o exercício do plano de ação, que 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 (CALEMAN *et al*, 2016), levando-se em conta os cenários alternativos construímos o plano de ação simplificado indicado na tabela 1.

ESPAÇO DO PROBLEMA: BAIXA PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES							
O QUE FAZER?	PORQUÊ FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA?	QUAL INDICADOR?
Espaço de discussões	Pela troca de experiências e conhecimentos	Os fiscais da região metropolitana de Florianópolis	A cada bimestre	Nas sedes das VISA's	Encontros com temas pré-definidos ao longo do ano onde o produto será compartilhado com a equipe	O tempo dos fiscais, insumos para café e água nos encontros e eventualmente a presença de especialistas.	Resolução da solução problema proposta; Diminuição do número de reclamações; Padronização dos roteiros de inspeção.
Criar um instrumento único de fiscalização nos municípios da região metropolitana de Florianópolis	Harmonizar as ações de fiscalização	Os técnicos participantes das discussões	Bimestral (em paralelo aos encontros)	Nos encontros do PA	A partir das discussões dos encontros	Recursos humanos	Roteiros elaborados

Formalizar a utilização de um instrumento único de fiscalização para os municípios da região metropolitana de Florianópolis	Para a padronização das ações	Gestores e técnicos	No início da implantação do PA	Região metropolitana de Florianópolis	Por meio de legislação municipal	Vontade política e recursos humanos	Criação de instrumentos legais
---	-------------------------------	---------------------	--------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Tabela 2: Plano de ação.

Na proposta do espaço de discussões pretende-se viabilizar um encontro de fiscais dos municípios abrangidos que atuem em determinada área pré-definida, bimestralmente, de acordo com o tema proposto para o encontro, com o propósito do saneamento das dúvidas relacionadas com a atividade em questão e do estabelecimento dos padrões mínimos a serem exigidos nas ações de fiscalização sanitária para pôr fim elaborar um instrumento único (roteiro de inspeção) de balizamento das verificações e exigências em inspeções sanitárias. Os recursos necessários para a execução dessa atividade são a disponibilidade de um local para o encontro, a anuência das chefias para que os fiscais participem desse encontro, a disponibilização de meio de transporte para os fiscais se deslocarem de suas sedes ao local disponibilizado, o eventual subsídio de um especialista na área tema escolhida - que, a princípio, se deve buscar parcerias com representantes da sociedade civil e vigilância sanitária estadual para que essa participação não acarrete em custos ao projeto - e o custeio de insumos para a realização das atividades, como papel, água, café, material, entre outros.

Almejamos que o instrumento único de fiscalização seja referendado pela legislação sanitária, abarcando o problema identificado neste projeto e reforçando a sua adesão pelos fiscais. Para que essa ação se concretize é primordial o apoio dos gestores das VISA's dos municípios abrangidos e do corpo político a fim de que esse instrumento seja incluído na legislação municipal. A concentração de esforços para a viabilidade dessa ação deve ocorrer no início da implantação deste projeto aplicativo.

O produto principal dessa proposta de projeto aplicativo é o instrumento único de fiscalização sanitária ou roteiro de inspeção a ser aplicado durante as inspeções sanitárias dos municípios abrangidos, construído coletivamente pelos fiscais participantes, eventualmente

contando com a participação de especialistas na área escolhida e em paralelo à realização dos espaços de discussões bimestralmente.

E o produto secundário do projeto aplicativo é a capacitação dos fiscais por meio da troca de experiência e discussão de situações práticas a partir do embasamento teórico de cada participante. Choo (2003, p.37) cita que “A construção do conhecimento é conseguida quando se reconhece o relacionamento sinérgico entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito [...], e quando são elaborados processos sociais capazes de criar novos conhecimentos por meio da conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito”. Trazendo o conceito de conhecimento tácito que é aquele pessoal, difícil de ser externalizado, baseado em intuições e know-how subjetivo e o conhecimento explícito como o conhecimento formal de fácil transmissão entre os indivíduos. Chianca, Marino e Schiesari (2001) destacam que

A aprendizagem do adulto no contexto organizacional ou em outros sistemas sociais só é possível através de um processo contínuo de ação e reflexão. A reflexão ocupa um papel fundamental: provocar mudanças nas ações dos indivíduos. Este é especificamente o papel da avaliação: construir momentos reflexivos que permitam aos indivíduos a análise da realidade e dos fatos, para daí direcionarem suas ações, aprendendo pela experiência.

A partir dessa definição aspiramos que o espaço de discussão sirva também como um processo social para a formação de conhecimento.

5.1 Análise de viabilidade do plano de ação

Na confecção do plano de ação simplificado julgamos como viável a execução das ações propostas, conhecendo as realidades dos entes participantes e os recursos disponíveis para alinhar e aprimorar o processo de trabalho das fiscalizações sanitárias dos municípios participantes. Para chegarmos neste consenso, fez-se necessária a análise dos cenários, que consistem em uma cena ou contexto que definem as condições e pressupostos em que se situa o plano, prevendo os eventos que estão fora do controle do ator e correspondendo às possibilidades futuras de conformação do contexto que envolve o plano, a partir da elaboração da matriz de análise de estratégias (CALEMAN *et al*, 2016).

Para esta análise, partimos das ações consideradas conflitivas, buscando a viabilização do projeto, levando-se em conta os recursos necessários e quem os detém. Na matriz desenvolvida, a viabilidade classifica-se como alta, média ou baixa, dependendo da disponibilidade dos recursos disponíveis.

ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE				
AÇÕES CONFLITIVAS DO PA	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS QUE TEMOS E NÃO TEMOS	VIABILIDADE	ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR A VIABILIDADE
<p>Espaço de discussões(A1)</p> <p>Conflitiva</p>	<p>Recursos humanos, local para os encontros e recursos financeiros.</p>	<p>Temos: Recursos humanos e local.</p> <p>Não temos: Recursos financeiros</p>	ALTA	<p>Sensibilização dos gestores e fiscais para a execução dos encontros.</p> <p>Buscar parcerias junto ao setor público para a captação de recursos.</p>
<p>Criar um instrumento único de fiscalização nos municípios da região metropolitana de Florianópolis(A2)</p> <p>Conflitiva</p>	<p>Recursos humanos e local para os encontros.</p>	<p>Temos: Recursos humanos e local.</p>	ALTA	<p>Buscar parcerias com os conselhos de classe e com os representantes da sociedade para a elaboração conjunta de instrumentos de fiscalização, bem como para realização de educação para o setor regulado</p>
<p>Formalizar a utilização de um instrumento único de fiscalização para os municípios da região metropolitana de Florianópolis (A3)</p>	<p>Recursos humanos</p>	<p>Temos: Recursos humanos e local.</p>	BAIXA	<p>Conscientização dos gestores e políticos quanto à necessidade de se harmonizar as ações de fiscalização</p>

Apresenta consenso				
-----------------------	--	--	--	--

Tabela 3: Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas.

Após a confecção da matriz, pudemos vislumbrar que o projeto em questão pouco depende de recursos financeiros, o que reforça a sua viabilidade, visto que o grupo não possui governabilidade sobre tais recursos. E sua força motriz é a disponibilidade e o interesse dos gestores das VISA's dos municípios da grande Florianópolis e dos fiscais participantes, devendo a equipe ser responsável por identificar os recursos humanos e materiais disponíveis, agregar os diferentes atores sociais e moldar como os encontros devem ocorrer.

Acredita-se que as ações aqui propostas são viáveis, dado o interesse positivo dos atores sociais diretamente envolvidos no PA. E, ainda que hajam atores opositores, aqueles que apoiam as ações propostas “conseguem superar a oposição dos que a elas resistem” (CALEMAN *et al*, 20016, p. 38).

5.2 Gestão e monitoramento do plano de ação

As atividades e ações propostas serão avaliadas através da técnica de Delphi, que segundo Wright e Giovinazzo (2000) é um dos instrumentos mais utilizados na prática de estudos prospectivos, baseando-se na consulta de técnicos na área de interesse (especialistas), visando à obtenção de respostas que ajuízem a opinião desse grupo a respeito dos temas de interesse.

Essa consulta será efetivada por meio de questionários no mesmo modelo em que foram aplicados com os fiscais para a validação do problema elencado com o intuito de verificar o saneamento da situação inicial e após a conclusão da aplicação dos questionários com o setor regulado e a compilação dos dados, verificar através de nova pesquisa se os dados apurados foram modificados, ou seja, averiguar se as ações de fiscalização ainda são percebidas como diferentes em seus padrões mínimos de cobrança.

Vale ressaltar, que segundo Cardoso et al (2005, p.67), esta técnica de monitoramento realizado através de questionários “propiciam a reflexão individual e coletiva sobre os temas tratados, [...] contribuindo para a integração e a sinergia de ideias e visões entre os especialistas e conseqüentemente dos setores, organizações e visões que estes normalmente representam.”

Para fazer o monitoramento das ações do plano será eleito um integrante do grupo como responsável pelas atividades de controle e avaliação das ações do projeto, e todos os demais integrantes participarão da aplicação da nova pesquisa e análise dos resultados. Acompanhar o andamento das ações e os resultados alcançados é essencial para produzir os ajustes

necessários. “Esse processo promove um sistema de alta responsabilidade abrangendo todos os envolvidos” (CALEMAN et al, 2016, p. 43). Para a execução das ações de gestão do projeto não há previsão de recursos financeiros. As ações de monitoramento do projeto somente poderão serem executadas após a adesão das VISA's elencadas no projeto, a ocorrência dos encontros, a elaboração de instrumento único de fiscalização (roteiro de inspeção) e aplicação dos mesmos.

Nogueira (2002) ressalta que em processos de monitoramento e avaliação é necessário levar em conta a impossibilidade de um desenho experimental, ou seja, o sistema de referência não pode ser rígido e deve estar sujeito à subjetividade dos atores envolvidos. Caleman *et al* (2016) asseveram que a gestão do plano é um dos principais momentos do planejamento e sugerem a utilização do diagrama de Gantt para elaboração do cronograma de acompanhamento da implementação das ações. Esta ferramenta permite visualizar impactos positivos e negativos nos prazos e custos do projeto, possibilitando fazer ajustes precoces dos desvios, além de aumentar as chances do cumprimento dos prazos e do uso correto dos recursos alocados.

A incorporação da prática do monitoramento e avaliação nas rotinas de trabalhos da Vigilância Sanitária é fundamental para a criação de um ambiente sustentável da gestão pública. Esse procedimento permitirá a revisão e o redesenho constante das peças necessárias para incrementar o resultado deste presente projeto aplicativo, atendendo aos requisitos da eficiência e eficácia da gestão pública, além de fomentar um aprendizado interno e externo contínuo, fortalecendo um senso crítico, visando à melhoria da gestão na área de Vigilância Sanitária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto aplicativo foi proposto com o objetivo de padronizar as ações fiscalizatórias empreendidas pela Vigilância Sanitária no âmbito da Região Metropolitana de Florianópolis, no intuito de minimizar as adversidades encontradas pelos fiscais de vigilância sanitária frente à repercussão da baixa padronização das ações no desenvolvimento do seu trabalho - que pelos dados coletados, não são poucas - e melhorar a percepção da VISA pelo setor regulado.

Não é possível, à data de conclusão deste trabalho, apontar se os objetivos foram alcançados. O entendimento do setor regulado acerca das ações de VISA, e o possível impacto em seus estabelecimentos serão avaliados através da continuidade da aplicação dos questionários, tendo em vista a amostragem ter sido baixa no primeiro momento da mensuração de dados.

O plano se desenvolver-se-á com a implantação do grupo de discussões, onde perscrutando as normas legais e permutando experiências, deverão ser estabelecidos os padrões mínimos a serem adotados nas ações fiscalizatórias e elaborados os roteiros de inspeção. Com o acontecimento do grupo de discussões almejamos ainda sanear o desejo expresso nas pesquisas com os fiscais de vigilância sanitária e vigilância em saúde, que é a construção coletiva de conhecimento nos temas propostos. O projeto objetiva ainda a formalização desses roteiros como instrumento único de fiscalização para os municípios que aderirem ao projeto.

Certamente tem-se à frente um desafio, e o esforço de todos os atores envolvidos é condição primordial para que os objetivos sejam alcançados. Espera-se, contudo, que seja apenas um ponto de partida para uma maior integração entre as vigilâncias sanitárias da região Metropolitana de Florianópolis, e que com a harmonização das ações a vigilância sanitária possa ser vislumbrada com maior credibilidade pelo setor regulado, e pela sociedade como uma parceira na promoção e proteção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório Final. -- Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/relatorio_final.pdf>. Acesso em 10/09/2016.

_____. **Comitê de Políticas de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária**. Texto de fundamentação teórica para a Oficina nº. 29 do VI Congresso Nacional da Rede Unida - Vigilância Sanitária: a formação profissional em pauta. P. 14 Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/index.htm>>. Acesso em 26. Out. 2016.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Censo Visa 2004 / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76 p. (Série G Estatística e Informação em Saúde; v. 1). Acesso em 25. Out. 2016

BALESTRIN, Alsones. **O campo de estudo sobre redes de cooperação interorganizacional no Brasil**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

BENINI, Ailton. **Perfil dos recursos humanos das vigilâncias sanitárias municipais da 14ª regional de saúde**. Disponível em: > www.escoladegestao.pr.gov.br < Acesso em: 26 out. 2016.

CALEMAN, Gilson. (et al.) **Projeto aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

CARDOSO, Luiz R. de A. (et al) **Prospecção de futuro e Método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional**. 2005.

COHEN, Mirian M; OLIVEIRA, Maria de L; TOMAZELLI, Moura J. G. **Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena**. Estado do Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/07.pdf>>. Acesso em 10/09/2016.

CHIANCA, T.; MARINO, E.; SCHIESARI, L. **Desenvolvendo a cultura de avaliação em organizações da sociedade civil**. Coleção Gestão e Sustentabilidade. São Paulo: I. Fonte/Editora Global; 2001.

CHOO, ChunWei. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. Senac São Paulo, 2003.

DENHARDT, Robert B.; DENHARDT, Jane Vinzant. **The New PublicService: Serving, notsteering**. New York: M.E.Sharpe, 2003.

DUARTE, I. G. **Do serviço sanitário ao Centro de Vigilância Sanitária**: contribuição para o estudo da vigilância sanitária. Dissertação de mestrado, São Paulo: EAESP/Fundação Getulio Vargas. 1990.

DUARTE, Ana J. C., TEIXEIRA, Márcia de O. **Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária**. Disponível em: > <http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viiienpec/pdfs/1157.pdf> < Acesso em: 08 abr. 2016.

FERRARO, AHA. (et al.) **Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal**. Cad. de Saúde Pública, 2009; 25(10):2201-2217.

GONÇALVES, Carlos A.; MEIRELLES, Anthero de M. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo: Altas, 2004.

HOCHMAN, G., 1998. **A Era do Saneamento**. São Paulo: Hucitec/Anpocs.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde**. Revista de Administração Pública, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina de A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. Ed. – 5. Reimp. - São Paulo: Atlas, 2010.

LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. Tese de Doutorado.

_____. **A vigilância sanitária no sistema único de saúde**. Disponível em: > http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf < Acesso em: 07 abr. 2016.

_____. **Globalização e Regulação Sanitária: os Rumos da Vigilância Sanitária no Brasil** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 2001. Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p 1-245, 2001. Disponível em Acesso em 01/09/2016.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)**. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

NOGUEIRA, Vera M. R. **Avaliação e Monitoramento de Políticas e Programas Sociais - revendo conceitos básicos**. Katályzis, v. n.2 jul./dez. 2002 Florianópolis SC p.141-152

PESTANA, Márcio. **Direito Administrativo Brasileiro**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

RAMOS, Leila. (et al.) **Gestão da vigilância sanitária: caderno do curso**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015.

SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado do Planejamento**. Disponível em: ><http://www.spg.sc.gov.br/index.php/acoes/18-regionais>< Acesso em 07 set. 2016.

_____. **Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina**. Disponível em: ><http://agenciaal.alesc.sc.gov.br>< Acesso em: 19 out. 2016.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI – **Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54- 65, 2000.

ZANELLA, Liane C. H. **Metodologia de pesquisa e estudo em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; (Brasília):CAPES:UAB, 2009.

APÊNDICE 1

APÊNDICE 1 - Questionário aplicado aos fiscais.

Percepção dos fiscais frente às ações de Vigilância Sanitária

Pesquisa da Pós Graduação de Gestão de Vigilância Sanitária.

No seu dia a dia de fiscalização você percebe diferenças significativas na atuação dos colegas fiscais?

Sim

Não

Se sim, você considera que essas diferenças interferem na qualidade do serviço prestado pela vigilância?

Sim

Não

Isso ocorre com qual frequência?

Nunca

Às vezes

Sempre

Quase sempre

Essas ações anteriores foram realizadas por:

Você

Outros fiscais

O que você identifica como causa dessa situação?

Falta de capacitação

Baixa padronização das ações

Desmotivação dos fiscais

Outros

Se marcou a opção "outros", favor discriminar:

Sua resposta

O que você sugere para solucionar este problema?

Sua resposta

Você já recebeu alguma reclamação/crítica do setor regulado referente a esse problema?

Sim

Não

Se sim, qual a frequência?

Às vezes

Sempre

Quase sempre

APÊNDICE 2

Questionário aplicado aos estabelecimentos regulados pela Vigilância Sanitária dos municípios de Florianópolis e São José.

Percepção do setor regulado frente às ações de Vigilância Sanitária

Pesquisa com fins acadêmicos para Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária.

Você já foi fiscalizado por diferentes equipes de fiscais?

Sim

Não

Se sim, você percebeu diferenças significativas entre essas fiscalizações?

Sim

Não

Se sim, cite exemplos:

Sua resposta

A que você atribui esses fatos?

Sua resposta

Como você percebe que esse fato influencia para o funcionamento do seu estabelecimento?

Não influencia

Muito negativamente

Negativamente

Positivamente

Muito positivamente

Sugestões ou críticas para a melhoria do serviço de fiscalização:

Sua resposta

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ALINE ZABEL MORAES GONÇALVES

ANDREA DE ARAÚJO MELLO MARTINS

CLARICE DE SOUZA DUARTE

KATIANE SECCO

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DAS GERÊNCIAS DE SAÚDE DE ARARANGUÁ,
BRUSQUE E LAGUNA.**

FLORIANÓPOLIS

2016

ALINE ZABEL MORAES GONÇALVES
ANDREA DE ARAÚJO MELLO MARTINS
CLARICE DE SOUZA DUARTE
KATIANE SECCO

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DAS GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DE
ARARANGUÁ, BRUSQUE E LAGUNA.**

**Síntese estrutural do Projeto Aplicativo
apresentado ao Curso de
Especialização em Gestão da Vigilância
Sanitária.**

Orientadores: Prof. Arthur Amorin

Prof. Thiago Apolinário Michelin

FLORIANÓPOLIS

2016

SUMÁRIO

1. CONTEXTO.....	4
2. OBJETO.....	5
3. OBJETIVO GERAL	5
4. OBJETIVO ESPECIFICO.	5
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	15
5.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	19
5.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS.....	20
5.4 EXPLICANDO OS PROBLEMAS.....	21
5.5 INTERVINDO NOS PROBLEMAS.....	22
5.6 VIABILIZANDO O PLANO DE AÇÃO.....	24
5.7 GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	25
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1. CONTEXTO

O nosso projeto aplicativo foi pensado diante das realidades das Vigilâncias Sanitárias das Gerências Regionais de Saúde dos municípios de: Araranguá, Brusque e Laguna.

As Gerências Regionais de Saúde (GERSA) fazem parte do organograma estrutural das Agências de Desenvolvimento Regional (ADR), porém são vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde – SES.

As ADR são órgãos públicos vinculados ao Gabinete do Governador do Estado. É o órgão descentralizado da Administração Direta responsável por induzir e motivar o engajamento, a integração e a participação da sociedade organizada para, de forma planejada, implementar e executar políticas públicas e viabilizar instrumentos de desenvolvimento econômico sustentável para a geração de novas oportunidades de trabalho e renda, promovendo a equidade entre as pessoas e regiões.

Às ADR compete: representar o Poder Executivo nas suas respectivas regiões; elaborar o Plano de Desenvolvimento Regional; Articular suas ações promovendo a integração dos diversos setores da Administração Pública Estadual; Promover a compatibilização do planejamento e das necessidades regionais com as metas do Estado; Executar os programas, projetos e ações governamentais para a consecução de obras e serviços públicos na região de abrangência ou coordenar a sua execução; Realizar reuniões periódicas com o Conselho de Desenvolvimento Regional para discutir, propor e planejar assuntos de interesse da região de abrangência; Apoiar os Municípios na execução de programas, projetos e ações, com vistas ao desenvolvimento sustentável regional e municipal; Apoiar a sociedade civil organizada por meio de convênios, acordos ou instrumentos congêneres; Coordenar e elaborar a implementação do Plano Estratégico de Desenvolvimento Regional, integrando esforços do Estado, dos Municípios, da sociedade civil organizada e da iniciativa privada; Promover estudos para a instituição de consórcios, bem como de regras de funcionamento desses em âmbito regional; Participação da elaboração de programas de pesquisa na área educacional da rede pública do Estado e acompanhar a sua execução, de forma articulada com a Secretaria do Estado da Educação (SED); Sistematizar e emitir relatórios periódicos de acompanhamento e controle de alunos, escolas e profissionais do magistério, de construção e reforma de prédios escolares e da aplicação de recursos

financeiros destinados à educação, de forma articulada com a SED; Realizar estudos e levantamentos socioeconômicos com o objetivo de mapear as áreas demandantes de habitação popular, de forma articulada e em conjunto com a Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação (SST) e a Companhia de Habitação do Estado de Santa Catarina (COHAB).

As ADR são dirigidas por Secretários Executivos. Elas podem ter estrutura diferenciada de cargos, dependendo da necessidade de cada região. Atualmente, temos 35 Agências de Desenvolvimento Regional no Estado de Santa Catarina, com sede e municípios de abrangência definidos.

Figura 1. Organograma da ADR de Brusque



Fonte: <http://www.adrs.sc.gov.br/adrbusque/organograma>

A 16ª Gerência de Saúde de Brusque conta com serviços de: Atenção Básica, Medicamentos Judiciais, Tratamento Fora do Domicílio – TFD e Vigilância Sanitária. Na VISA temos 6 profissionais atuantes sendo estes: 02 enfermeiras, 02 farmacêuticos, 02 profissionais de nível médio.

Figura 2. Municípios da área de abrangência ADR Brusque

MUNICÍPIOS DA ADR

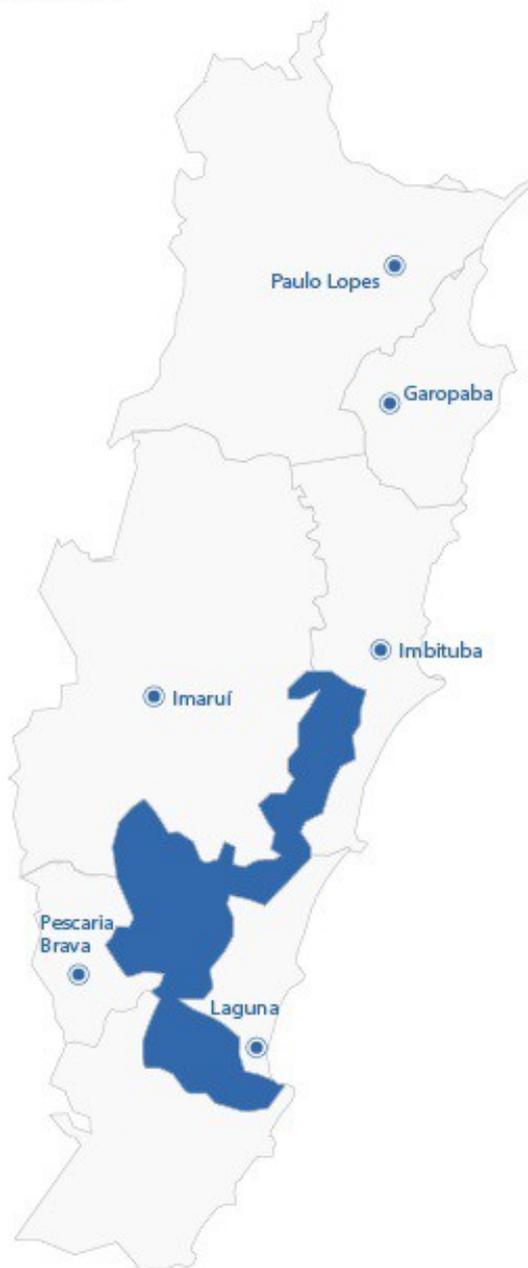


Fonte: <http://www.adrs.sc.gov.br/adrsaomigueldoeste/municipios-da-adr>

A 18ª Gerência de Saúde de Laguna conta com serviços de: Atenção Básica, Medicamentos Judiciais, Tratamento Fora do Domicílio – TFD, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica. Na VISA temos uma equipe formada por 07 profissionais, dentre os quais destacam-se: 04 fiscais, sendo 01 enfermeiras, 03 profissionais de nível médio, 01 estagiário, 01 motorista, 01 auxiliar administrativo.

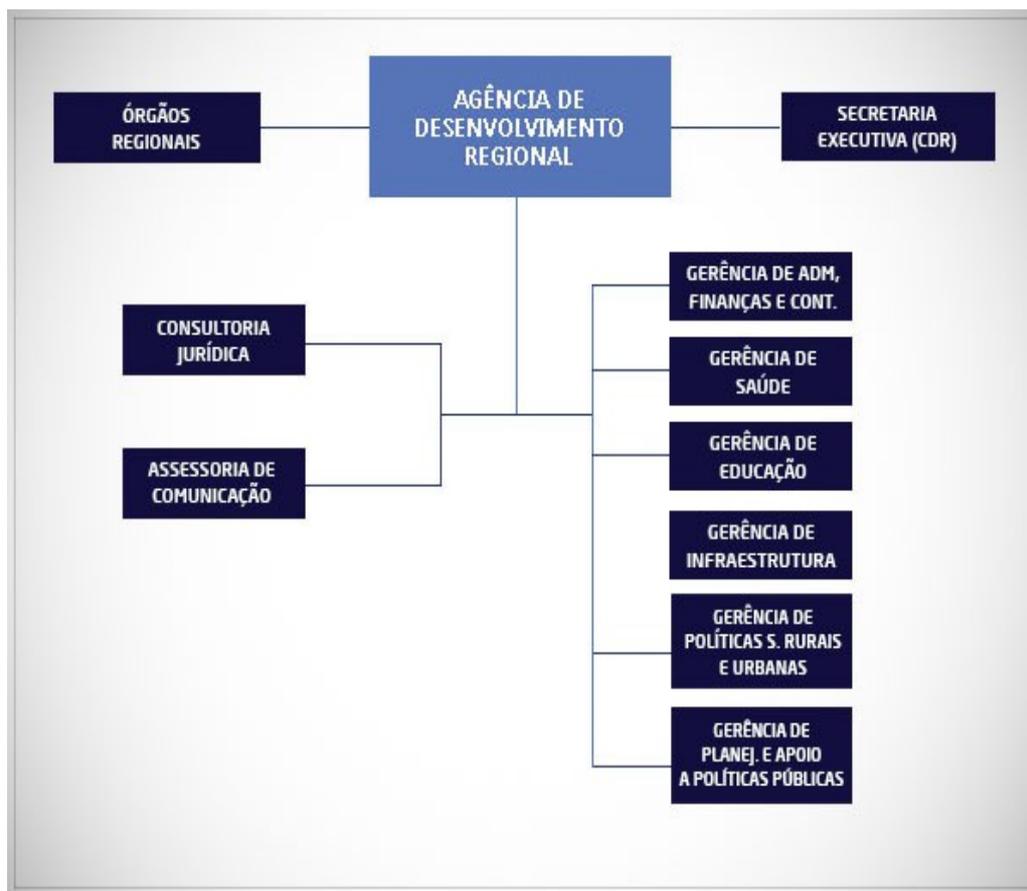
Figura 3. Municípios da área de abrangência ADR Laguna

MUNICÍPIOS DA ADR



Fonte: <http://www.adrs.sc.gov.br/adrlaguna/municipios-da-adr>

Figura 4. Organograma da ADR de Laguna

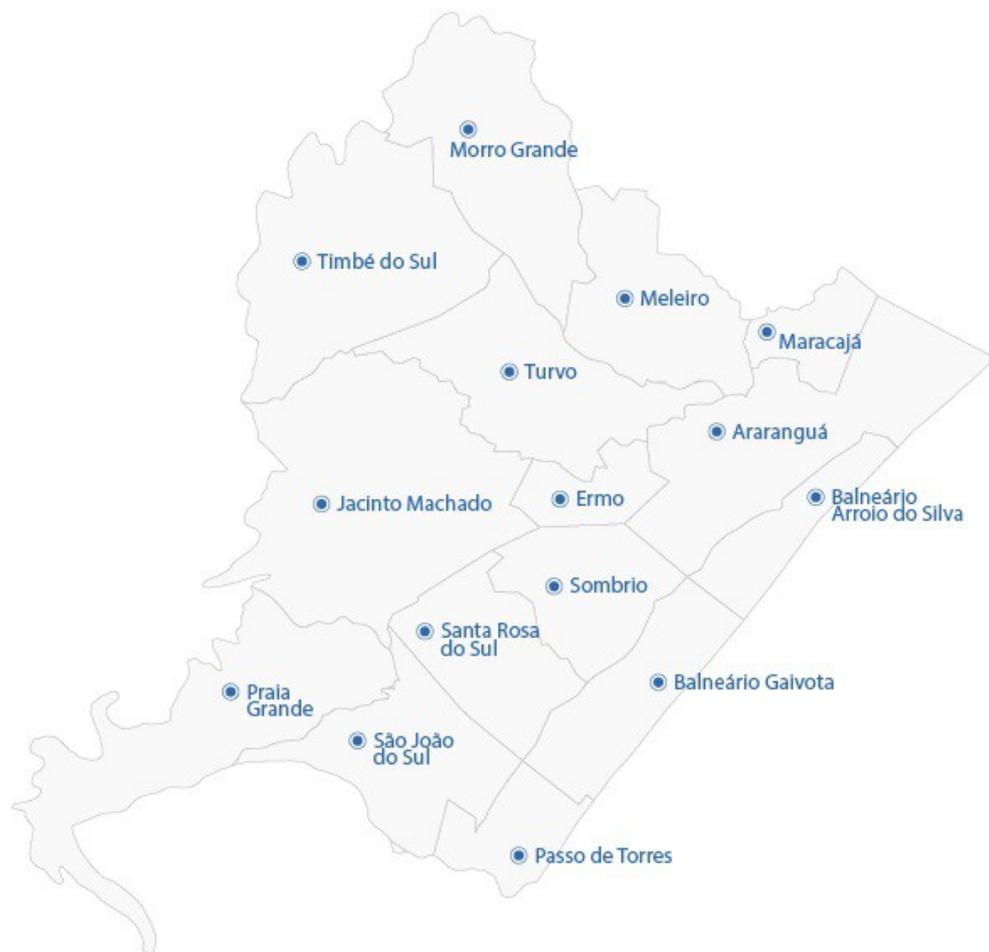


Fonte: <http://www.adrs.sc.gov.br/adrlaguna/organograma>

A 21ª Gerência de Saúde de Araranguá conta com serviços de: Atenção Básica, Medicamentos Judiciais, Tratamento Fora do Domicílio – TFD e Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle e Avaliação. Na VISA temos 04 profissionais atuantes sendo estes: 01 enfermeira, 01 farmacêutico, 01 técnica de enfermagem e 01 técnico-administrativo.

Figura 5. Municípios da área de abrangência ADR Araranguá

MUNICÍPIOS DA ADR



Fonte: <http://www.adrs.sc.gov.br/adrarangua/municipios-da-adr>

Figura 6. Organograma da ADR de Araranguá



Fonte: <http://www.adrs.sc.gov.br/adrararangua/organograma>

O processo de escolha do tema para desenvolvimento deste projeto é procedente das discussões e dinâmicas realizadas pelas integrantes deste grupo de trabalho no decorrer do curso, onde foi possível identificar que as dificuldades apontadas eram semelhantes. Estas giravam em torno de um mesmo problema, a necessidade da reorganização do processo de trabalho.

Identificamos que no dia a dia de trabalho das VISAS destas regionais, há uma necessidade de padronização das atividades e de organização das rotinas internas do setor (ausência de POPs); poucas capacitações e treinamentos dos fiscais para áreas específicas; não são realizadas reuniões de equipe nem planejamento para operacionalização das ações; falta de proximidade com as vigilâncias municipais e também não há em nenhuma das gerências a realização de julgamento dos processos administrativos. Acredita-se que também

a falta destas ações contribui para o acúmulo de processos para obtenção do alvará sanitário conforme evidenciamos pelos seguintes dados:

- Número de processos realizados no período de janeiro a outubro 2016;

Araranguá	Brusque	Laguna
18	220	86

- Números de processos acumulados janeiro a outubro 2016;

Araranguá	Brusque	Laguna
15	110	40

- Número de processos administrativos (decorrentes auto de infração) abertos janeiro a outubro 2016;

Araranguá	Brusque	Laguna
8	0	7

Diante desta realidade, faz-se necessário repensar o processo de trabalho das VISAS das Gerencias Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina, para que tenhamos mais qualidade e maior efetividade das ações, com equipes mais coesas e responsáveis, engajadas no processo de prevenção e promoção da saúde.

2. OBJETO

A partir dos macroproblemas identificados o macro problema priorizado foi **Inexistência do processo de trabalho.**

OBJETIVO GERAL:

Propor alternativas para reorganização do serviço em Vigilância Sanitária.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- *Analisar as rotinas de trabalho com vistas a desenvolver um modelo de padronização dos serviços de vigilância sanitária.*

- *Capacitar equipe para aprimoramento na prestação dos serviços.*
- *Estimular a criação de rotinas atualizadas no serviço de vigilância sanitária.*

4. FUNDAMENTAÇÃO

4.1 Processo de Trabalho em Vigilância Sanitária

As ações de prevenção e proteção da saúde são de caráter público e indelegável ao privado, premissa ideológica da construção do Sistema Único de Saúde e traduzida por dispositivo constitucional: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Um dos meios para desempenhar este papel constitucional é a vigilância sanitária, função típica do Estado, para a busca da proteção à saúde.

Considerando ser esta uma área que tem por objetivo a intervenção nos riscos de agravos à saúde da população, sendo caracterizada por um conjunto de ações preventivas e promotoras de saúde pública, é de fundamental importância consolidar seu funcionamento nos estados e municípios, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, de encontro também a formas organizacionais internas de seu trabalho que contribua para o desempenho das atividades desenvolvidas por seus profissionais.

Como parte importante no quesito de prevenção aos agravos a saúde da população, destaca-se o trabalho da vigilância sanitária. Esse setor da área de saúde precisa ser destacado em virtude de seu âmbito de atuação. A complexidade e dinamicidade de suas ações têm sido apontadas como grandes desafios para os gestores, pois demandam articulação de um amplo conjunto de conhecimentos, competências e habilidades para coordenar um projeto de intervenção que de fato possa proteger e promover a saúde da população, indo de encontro também a um processo de trabalho factível, de forma organizada e planejada por seus profissionais.

Entender a natureza, o objeto e o processo de trabalho da vigilância sanitária possibilita ao gestor assumir efetivamente um poderoso instrumento para as estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, com exercício de sua responsabilidade sanitária.

Souza e Costa (2009) destacam que à luz das dimensões técnicas, política, social e ética, é que devem ser compreendidos o trabalho da vigilância sanitária e os instrumentos

necessários à sua realização. Dado que os objetos da vigilância sanitária são objetos complexos e exigem a integração de saberes de diversos campos disciplinares e o tratamento das dimensões éticas, políticas e institucionais para sua intervenção, a organização do trabalho deve se basear nos princípios da (inter) complementaridade e interdependência dos processos e dos meios de trabalho e assentar-se no trabalho em equipe e na multiprofissionalidade.

Os autores reforçam ainda que o trabalho coletivo da vigilância sanitária resulta, portanto, de diversas ações, com distintas tecnologias de intervenção e numerosos agentes com seus saberes especializados e atitudes ético-políticas, que vão conformando, na prática dos serviços de vigilância sanitária, um modelo de organização coletiva de trabalho, visando efetivar a proteção da saúde, direito social e dever do Estado.

Para Lucena (2015), o processo de descentralização também é apontado como componente das ações em Vigilância Sanitária, sendo o mesmo, pontuado por alguns processos, dos quais se destacam: estrutura institucionais e competências que forma definidas na Lei nº9.782/1999, através da qual os componentes e dinâmica do sistema não foram explicitamente definidos. Quanto às estratégias de pactuação, através da NOB 01/1996 houve a indução a descentralização de ações. Entre os anos de 2000 a 2006 foram definidas metas organizativas para estados e municípios (Termo de Ajustes de Metas) e a partir de 2007 foi estabelecido o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária. A relação entre as esferas mostrou-se centralizadora até a década de 1990. Após 1990, o modelo de descentralização com desequilíbrio de relação entre os entes federados: esfera estadual predominante.

De acordo com Brasil 2007, para o efetivo funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a estruturação dos serviços de vigilância sanitária nas três esferas de governo tem sido um constante desafio para a área. Alguns pontos do diagnóstico da área são destacados a seguir e merecem maior reflexão para que sejam superados:

- A organização gerencial da vigilância sanitária – tem se dado de formas variadas e com diferentes graus de autonomia administrativa e financeira nas esferas de governo componentes do SUS. Nos estados e no Distrito Federal frequentemente são estruturas ligadas à administração direta e, não raro, associada a outras áreas como a Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador. O modelo de organização gerencial dos estados tem sido reproduzido nos municípios, com tendência de agrupamento com outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde.

- Recursos orçamentários e financeiros da vigilância sanitária – o qual muitas das vezes não é gerenciado de forma eficiente.
- Organização dos serviços estaduais de vigilância sanitária no território – grandes diferenças podem ser observadas, muitas vezes em função das disparidades econômicas, administrativas e sociais entre os estados. Um dos exemplos é que nem todos os estados possuem estruturas regionais de saúde e, naqueles onde funcionam, nem todas as regionais existentes contam com equipes de vigilância sanitária para atender regularmente às demandas dos municípios, no caso de ações que ainda são executadas pelas equipes estaduais de fiscalização.
- Estrutura dos serviços – apesar dos avanços mais recentes, de modo geral, os serviços de vigilância sanitária estaduais apresentam graves problemas estruturais que, aliados aos baixos recursos orçamentários e, muitas vezes, por pressões políticas de toda ordem, resultam em grandes dificuldades para cumprimento de suas funções e competências dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Como maiores entraves podem ser apontados: insuficiência de recursos humanos especializados e falta de acesso à educação permanente, espaço físico insuficiente e inadequado, deficiência de equipamentos, de transporte e de recursos para as fiscalizações, insuficiência de sistema de informações e baixo índice de informatização, organização administrativa deficiente, códigos sanitários estaduais desatualizados.
- Suporte laboratorial – nem todos os estados contam com laboratórios centrais bem equipados, e praticamente todos enfrentam sérios problemas com a falta de padrões, de métodos analíticos, de equipamentos e de pessoal qualificado. Isso impede a realização de análises que poderiam ser resolvidas no âmbito do Estado, como aquelas necessárias para controle de medicamentos, sobrecarregando o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS).
- Apoio jurídico – além de exigir um amplo conhecimento técnico sobre os diversos riscos à saúde, as ações de vigilância sanitária envolvem um grande conhecimento de leis e normas e demandam um apoio jurídico sistemático. Os serviços estaduais de vigilância sanitária não contam, no entanto, com assessoria jurídica específica e somente algumas delas dispõem de advogados lotados em seu quadro de servidores regulares.
- Recursos humanos – este é um ponto crítico das vigilâncias estaduais. A formação dos profissionais que integram o quadro de pessoal da área é muito diversificada. Além das profissões típicas da saúde, são necessários outros profissionais, tais como: químicos, físicos,

arquitetos, engenheiros, advogados, geógrafos, entre outros. Na maior parte das vezes, esses cargos não fazem parte do quadro da Secretaria Estadual de Saúde, dificultando sua inclusão nos concursos e sua lotação nos serviços de vigilância sanitária.

Em função desse cenário, continua sendo de competência do Estado a execução da maioria das ações de vigilância sanitária o que pode comprometer o efetivo desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Como instância gestora do sistema de saúde no âmbito do Estado, cabe à Secretaria Estadual de Saúde a responsabilidade de prover a estrutura de funcionamento do Serviço Estadual de Vigilância Sanitária para que cumpra as competências definidas pela Lei n. 8.080/90 e desenvolva os processos de trabalho pertinentes: inspeção, monitoramento, normatização, ações laboratoriais, pesquisa e produção de conhecimento científico e tecnológico.

Todos os esforços tem um objetivo central que é o de fortalecer e qualificar cada vez mais a atuação desta área, neste sentido, sabe-se que o caminho a ser percorrido é longo, mas se estiver focado no aprimoramento das práticas de trabalho e na construção de um efetivo sistema de proteção e promoção da saúde, com certeza irá consolidar sobremaneira a contribuição da vigilância sanitária para o setor de saúde.

Considerando a possibilidade de se planejar possíveis estratégias para organizar um processo de trabalho, considerando as diversidades apresentadas pelo serviço em vigilância sanitária, bem como das limitações ora apresentadas, sugere-se um momento de reflexão acerca de possíveis atuações. Neste sentido, como estratégia de aprimoramento do processo de trabalho surge o planejamento estratégico em saúde, do qual detalharemos um pouco mais no capítulo seguinte.

4.2 Planejamento Estratégico

O processo de planejamento diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança futura.

Carlos Matus define planejamento como “ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos: enquanto pessoas e organizações”.

O planejamento se inicia à medida que se determinam **objetivos** a serem alcançados, se definem **estratégias e políticas de ação** e se detalham **planos** para conseguir alcançar os objetivos, se estabelece uma seqüência de decisões que incluem a revisão dos objetivos propostos alimentando um novo ciclo de planificação.

O planejamento estratégico é uma ferramenta de trabalho através da qual, busca-se realizar um plano com várias estratégias em relação aos problemas encontrados numa determinada localidade, com o intuito de promover resolutividade para os mesmos. É através da elaboração do planejamento estratégico que se pode promover a interação do profissional enfermeiro com a comunidade, na busca constante de estratégias e melhorias necessárias para alcançar os objetivos almejados e garantir uma maior efetividade das suas ações. Conforme Felisbino e Nunes (2000), o planejamento pode ser compreendido como um dispositivo que visa à mudança. Dentro desse aspecto, é importante destacar que o planejamento estratégico é um processo dinâmico e flexível e que não cessa nunca.

O planejamento é um processo que se inicia com a definição de objetivos claros, para que então possam ser traçadas estratégias e planos detalhados a fim de atingi-los. Dessa forma, observa-se que os Instrumentos de Gestão em Saúde estão intimamente relacionados ao ato de planejar, e por isso, é fundamental que sejam observadas algumas características do processo de planejamento: continuidade e permanência - o planejamento é realizado continuamente e não se esgota na simples montagem de um plano; temporalidade - previsão, relação entre o que se pretende realizar e o tempo disponível para tanto; racionalidade nas tomadas de decisões - o planejamento funcionando como um meio para orientar o processo decisório; caráter sistêmico - deve-se planejar pensando na unidade como um todo, sem omitir relações internas e externas; e técnica de alocação eficiente de recursos - de forma antecipada e decidida.

A importância do planejamento para os governos e as organizações. O autor Carlos Matus¹ encontra-se um pensamento que sintetiza sua relevância e, por isso, a escolha de citá-lo: "Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for".

Planejamento é papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Daí a percepção de que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Para Mintzberg², consiste

em formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras.

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente.

Na segunda metade da década de 70, e principalmente na década de 80 a planificação normativa é substituída pelo enfoque estratégico. Três foram as vertentes: a do pensamento estratégico de Mario Testa; a de planificação situacional de Carlos Matus e a da administração estratégica opasiana do SPT/2000 (FELISBINO; NUNES, 2000).

O pensamento estratégico de Mário Testa foi sintetizado por Giovanella (1992 apud FELISBINO; NUNES, 2000, p. 35) da seguinte forma:

O diagnóstico em Saúde refere-se à caracterização de uma situação; é como uma investigação científica inicia-se por uma análise da realidade, aonde esta vai sendo esmiuçada em seus componentes significativos. Analisados esses componentes, a realidade é reconstituída num momento integrador, num momento de síntese. [...] O diagnóstico para o planejamento estratégico em saúde será de três tipos: administrativos, estratégicos e ideológicos:

- o diagnóstico administrativo é o diagnóstico das ações que se realizam nas instituições setoriais, visando resolver os problemas de saúde;
- o estratégico é o diagnóstico das forças sociais relacionadas ao setor e seus diferentes interesses, bem como dos conflitos que surgem a partir das contradições existentes entre essas forças;
- o diagnóstico ideológico é o diagnóstico das compreensões dos grupos sociais acerca da saúde e da sociedade: consciência sanitária e social.

Outra vertente do enfoque estratégico é representada pela planificação situacional de Carlos Matus, onde o mesmo propõe que o enfoque metodológico está constituído por quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. De acordo com o proposto por Matus, Felisbino e Nunes (2000, p. 38) citam que:

- o momento explicativo é o momento onde se realiza a explicação dos problemas, a partir do conceito de situação, da teoria social e da utilização do fluxograma;
- o momento normativo corresponde à definição do “deve ser” do plano;
- o momento estratégico corresponde ao “pode ser” e ao “como fazer” dos planos incluindo a análise de viabilidade;
- o momento tático-operacional corresponde ao momento de implementação das operações ou ações.

E a última vertente é a da administração estratégica opasiana do SPT/2000, que segue os preceitos da Escola de Medelin, que reconhece a historicidade, a complexidade, a fragmentação, a incerteza e o conflito como características inerentes ao processo social. Sua base está na identificação de grupos humanos em relação às desigualdades econômicas. (FELISBINO; NUNES, 2000).

4.3 Caminhos do desenvolvimento para o planeamento estratégico

Para que se possam alcançar os objetivos almejados, o planeamento estratégico é composto por etapas seqüenciais. Felisbino e Nunes (2000) destacam que o planeamento é um meio para chegar-se à imagem – objetivo desejado para uma determinada realidade de saúde. Planejar é prever e organizar as ações para corrigir os problemas de saúde, analisar, estabelecer crítica e avaliar as ações depois de executadas, fazendo a sua permanente adequação as necessidades que se apresentam ao longo do caminho. Para tanto, propõe-se um método de planeamento estratégico, embasado nos conceitos do referencial teórico proposto e nos autores anteriormente citados, como a seguir descrito:

5.3.1 Primeiro momento: diagnóstico de saúde

O primeiro momento trata-se do diagnóstico de saúde, que caracteriza a situação de saúde do sistema para qual se deseja planejar. Para que se possa realizar o diagnóstico de saúde,

através da análise situacional do local de atuação, propõe-se que sejam efetuadas coletas de diversos dados da realidade do município sendo estes:

- a) demográficos: área geográfica e suas características físicas, com demarcação gráfica, tamanho da população/serviços a ser alvo do trabalho, distribuição geográfica, localização/serviços;
- b) sócio-econômicos: tipo de atividades/serviços predominantes;
- c) epidemiológicos: análise dos indicadores de saúde de interesse para área de atuação;
- d) recursos humanos da área da saúde: quantidade, formação, desenvolvimento e capacitação, tipo de seleção, contratação, distribuição, regime de trabalho e remuneração;
- e) recursos materiais: componentes do sistema local, disponibilidade financeira, quantos e quais equipamentos disponíveis, regimes administrativos dos recursos municipais, recursos tecnológicos e capacidade instalada;
- f) organização e gerenciamento: oferta de serviços para atendimento a demanda, formas de organização, serviços com demanda reprimida de atendimentos, prioridades a serem elecandas, conhecimento do território de atuação.

5.3.2 Segundo momento: delimitação dos problemas

O segundo momento do planejamento estratégico é caracterizado através da delimitação dos problemas. Nesse aspecto, esse momento contempla a terceira etapa do planejamento, onde serão elencados os problemas.

É importante ressaltar que os problemas devem ser priorizados, pois mesmos devem ser contemplados e resolvidos individualmente. Para tanto, na escolha dos problemas a serem priorizados, deve-se levar em conta a gravidade, importância para equipe, governo, etc., e a governabilidade sobre os mesmos.

Cabe ressaltar que o momento explicativo ou determinação dos problemas não cessa nunca, uma vez que a realidade de determinada localidade não é estática. Os problemas devem ser acompanhados e constantemente analisados, uma vez que são mutáveis.

5.3.3 Terceiro momento: determinação das ações de saúde

O terceiro momento contempla a determinação das ações, ou estratégias, que devem auxiliar e viabilizar a concretização dos objetivos a serem almejados. Esse momento refere-se ao desenho de como deve ser a realidade e de como deve ser alcançada.

Para tanto é importante interrogar: para onde se quer ir? Este questionamento deve ser feito a partir da situação inicial, estabelecendo uma trajetória e incluindo uma série de operações que permitam chegar à situação - objetivo desejada.

5.3.4 Quarto momento: execução e operacionalização das ações

O quarto momento caracteriza-se pela execução/operacionalização das ações. Nesse momento, deve-se identificar os envolvidos na realização da execução operacional das ações e buscar aliados para implementar o plano de ação. A viabilidade do plano consiste em ter poder suficiente para executá-lo, e além disso, principalmente, em ter a vontade de usá-lo. Assim sendo, é feita uma análise do grau de apoio ou rejeição dos diversos grupos em relação ao plano.

Ainda no quarto momento, destaca-se uma sexta etapa, designada de momento tático-operacional, ou seja, momento de operacionalização das ações que devem incidir em mudanças situacionais. A visualização desse momento pode ser elaborada através de planilhas, prevendo quais as operações a serem executadas, quem é o responsável, quando deverá ser feito e como será avaliada.

5.3.5 Quinto momento: avaliação do sistema

O quinto momento refere-se à avaliação do sistema. Portanto, compreende a elaboração de um sistema de informações, que permita avaliar indicadores. Posteriormente, esses indicadores devem fornecer o suporte necessário para o planejamento, bem como às avaliações das ações de saúde futuras.

É importante nesse momento a realização de reuniões com grupos organizados da comunidade em cada território-área específico, para que os mesmos possam opinar sobre o andamento das ações de saúde de sua localidade e propor sugestões para novas ações.

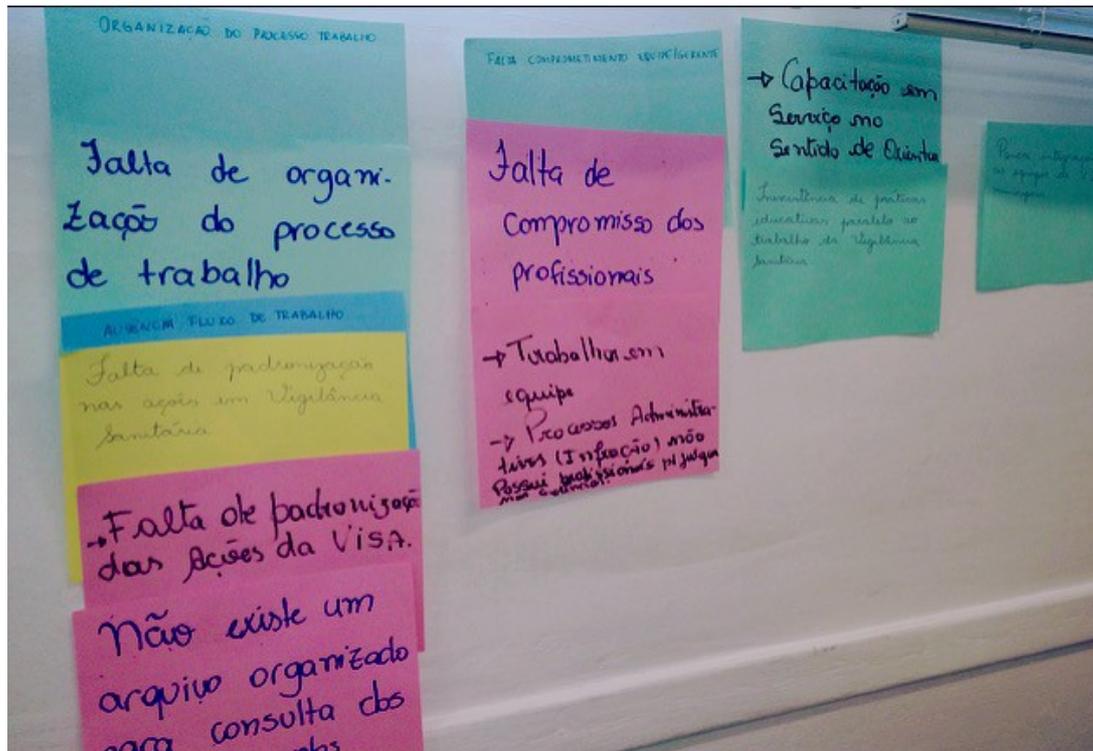
5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Identificação dos problemas

No primeiro momento cada participante do grupo afinidade levantou os desconfortos/inquietudes em relação à sua realidade, elegendo 3 problemas considerados mais relevantes no seu ambiente de trabalho, para direcionar o projeto aplicativo:

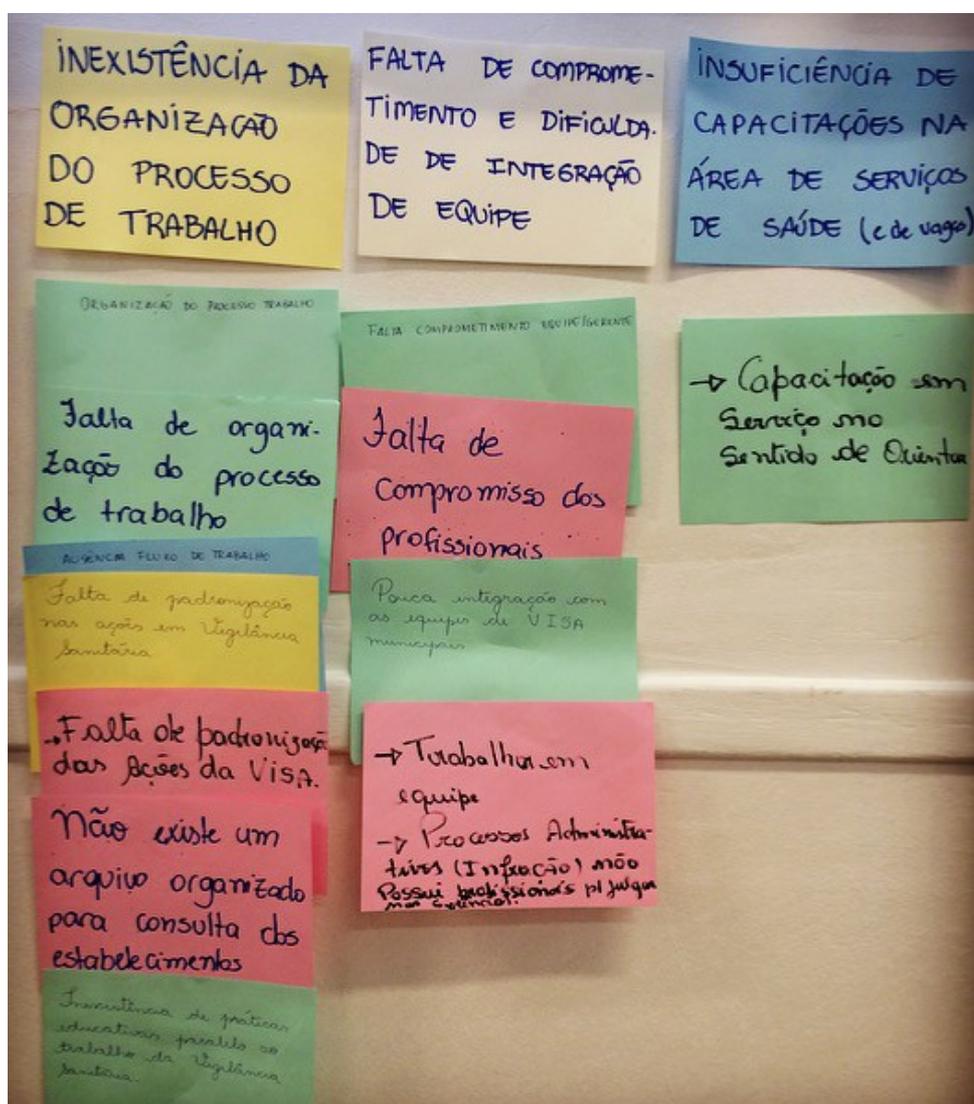
<ul style="list-style-type: none">• Falta de organização do processo de trabalho;• Falta de comprometimento dos profissionais;• Ausência de um arquivo organizado para consulta dos estabelecimentos fiscalizados;
<ul style="list-style-type: none">• Organização do processo de trabalho;• Ausência do fluxo de trabalho;• Falta de comprometimento da equipe;
<ul style="list-style-type: none">• Falta de padronização das ações da VISA;• Processos administrativos (Infração - não possui profissionais para julgar nas gerências);• Capacitação em serviço no sentido de orientar;
<ul style="list-style-type: none">• Falta de padronização nas ações em Vigilância Sanitária;• Inexistência de práticas educativas paralelo ao trabalho da VISA;• Pouca integração com as equipes da VISA municipal;

No segundo momento houve a discussão dos problemas, cada participante esclareceu suas idéias individuais, sendo posteriormente realizada a análise de pertinência e o agrupamento das idéias afins:



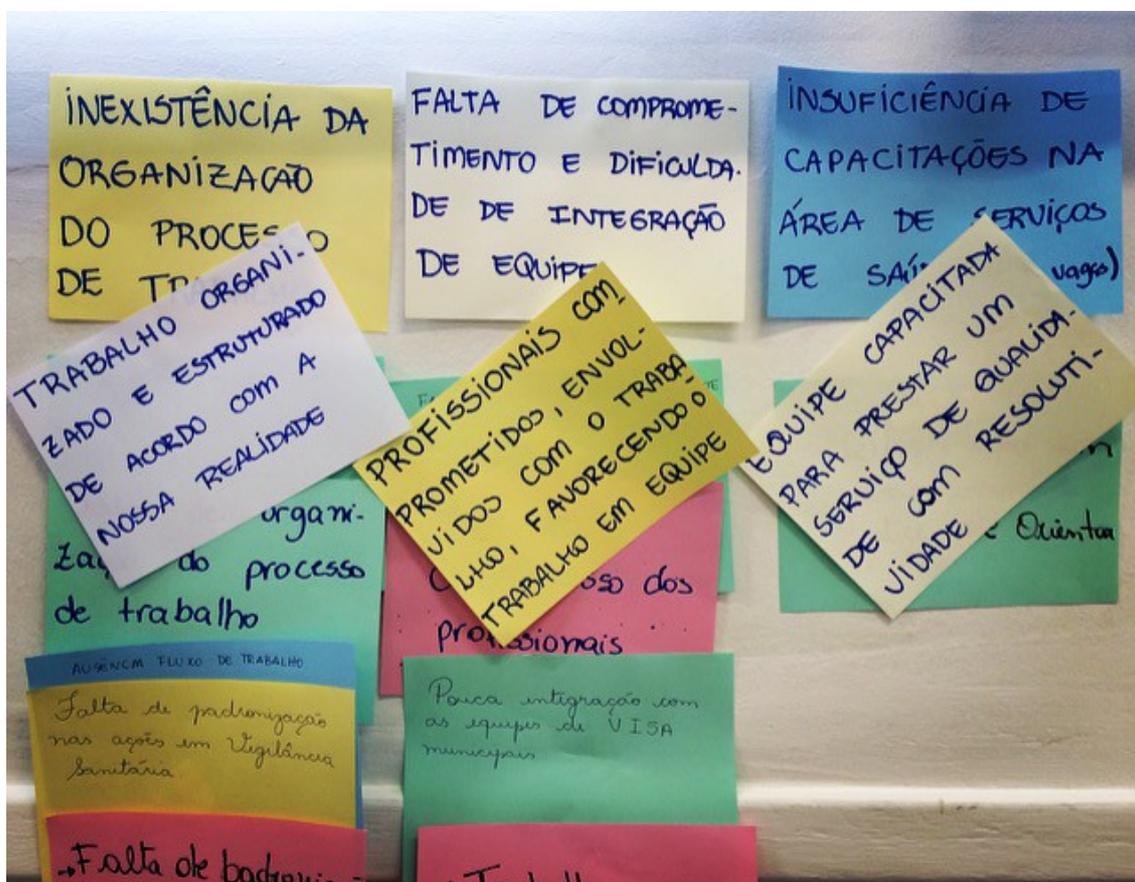
No terceiro momento, o grupo identificou o problema que mais destacou as idéias de cada agrupamento, elegendo assim os **macroproblemas**:

- Inexistência da organização do processo de trabalho;
- Falta de comprometimento e dificuldade de integração da equipe
- Insuficiência de capacitações na área de serviços de saúde



No quarto momento, após a identificação dos macroproblemas, o grupo refletiu sobre os objetivos que desejam alcançar com o desenvolvimento do projeto aplicativo:

- *Trabalho organizado e estruturado de acordo com a nossa realidade;*
- *Profissionais comprometidos, envolvidos com o trabalho, favorecendo o trabalho em equipe;*
- *Equipe capacitada para prestar um serviço de qualidade com resolutividade;*



5.2 Priorização dos problemas

A matriz decisória I foi escolhida pelo grupo como forma de apoiar a tomada de decisão para priorização dos problemas.

Esta matriz focaliza o valor que o ator que planeja atribui ao problema e seu interesse em solucioná-lo. Para cada problema foram atribuídos valores segundo os critérios: baixo (+); médio (++) e alto (+++).

Na coluna 1 foram listados os 3 macroproblemas. Na coluna 2 cada participante do grupo utilizou os critérios listados acima para atribuir o valor. Na coluna 3 foi avaliado o interesse de todos os atores levando em conta o mesmo critério.

Em seguida foi realizada a somatória de pontos que resultou em uma nota (0 a 10) com o objetivo de priorizar o problema. No entanto nos deparamos com dois problemas apresentando a mesma pontuação. O grupo refletiu sobre os mesmos e concluiu que um complementava o outro, determinando assim um problema principal: ***“Inexistência do Processo de Trabalho.”***

PROBLEMA	VALOR	INTERESSE	NOTA (0 a 10)
FALTA DE COMPROMETIMENTO E DIFICULDADE DE INTEGRAÇÃO DA EQUIPE	+++ +++ +++ +++	+ + + +	10
Insuficiência de capacitações na área de serviços de saúde (nr de vagas)	++ ++ ++ ++	+ + + +	8
Inexistência da Organização do Processo de trabalho	+++ +++ +++ +++	+ + + +	10

5.3 Identificação dos atores sociais

Com o objetivo de compreender melhor o contexto do problema, fez-se necessário identificar os atores que possam contribuir para a geração ou manutenção do mesmo.

Frente ao problema identificado, os atores envolvidos na Organização do Processo de Trabalho da Vigilância Sanitária em nossas Gerências Regionais de Saúde são: o Gerente de Saúde e a Equipe de Vigilância Sanitária.

Neste primeiro momento, por se tratar da organização do processo de trabalho interno não se faz necessário envolver outros atores, como também, outros setores.

Com esta dinâmica concluímos que o projeto aplicativo terá uma aceitação parcial pelos Gerentes de Saúde e uma boa aceitação por parte da Equipe Visa.



No decorrer do desenvolvimento do Projeto Aplicativo houve uma mudança administrativa na Gerência Regional de Saúde de Brusque, com a entrada do novo Gerente o grupo passou a contar com valor alto e interesse positivo;

5.4 Explicando problemas

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. Favorecer a descrição/caracterização de problemas e a elaboração de um fluxograma relacionando as causas e consequências relativas ao problema priorizado.

Nesse momento o grupo elaborou uma árvore explicativa, construindo então um fluxograma relacionando as causas e consequências, identificando assim potenciais obstáculos e oportunidades de intervenção.

Esta construção foi realizada em cinco movimentos:

1º Movimento: Descrevendo o problema;

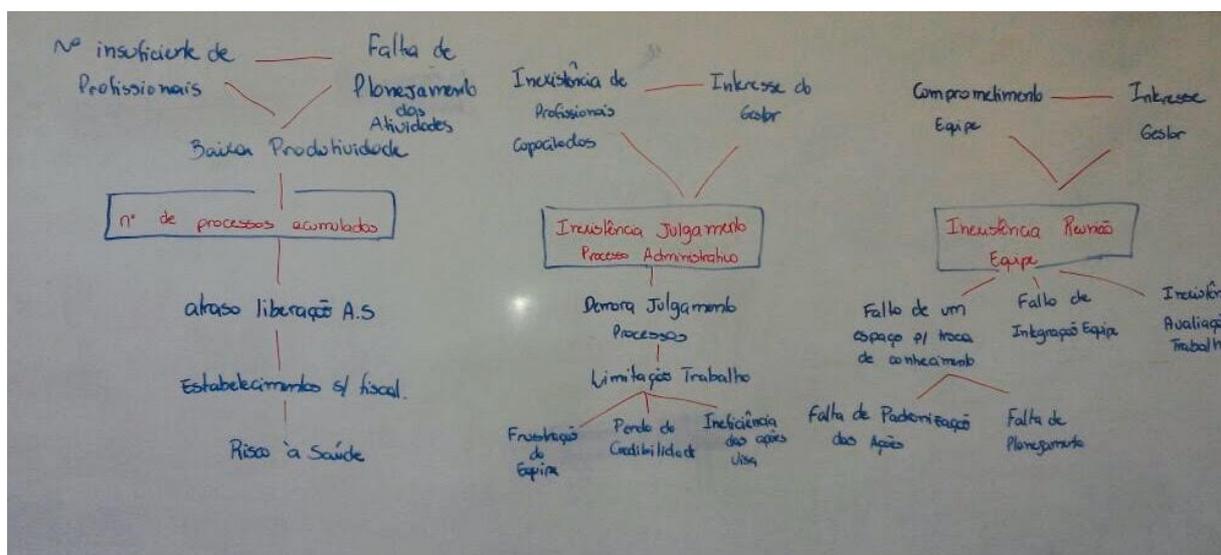
2º Movimento: Identificando as causas que determinam o problema;

3º Movimento: Identificando as consequências do problema;

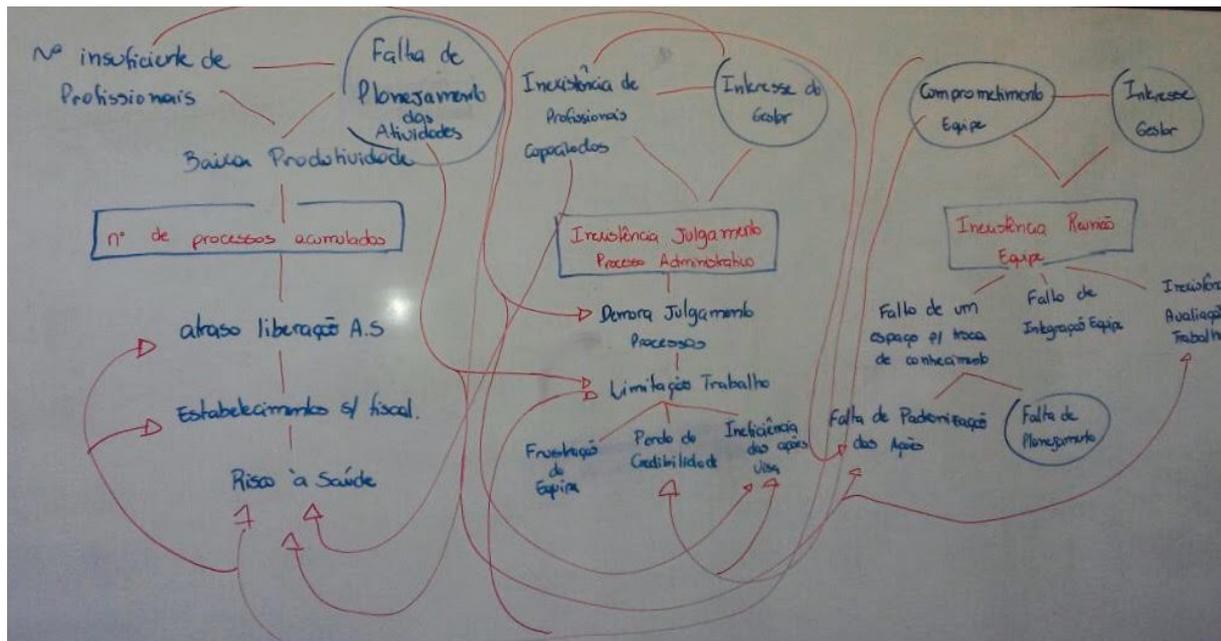
4º Movimento: Relacionando descritores causas e consequências;

5º Movimento: Identificando o nó crítico;

A partir do problema priorizado ***Inexistência da Organização do Processo de Trabalho***, foram identificados então 3 descritores que melhor descrevem e mensuram o problema: número de processos acumulados, inexistência de julgamentos de processos administrativos, inexistência de reunião de equipe. E posteriormente as causas e consequências do problema.



Após a construção da árvore explicativa realizamos a identificação e seleção de causas-chaves, que devem ser alvos de intervenção no plano de ação, chamadas de nós críticos. Para identificar estes nós, foram verificadas quais as causas que apresentam maior número de relações com outras, através de ligações. Com isso, foram identificados dois nós críticos: **falta de planejamento das atividades e falta de comprometimento da equipe;**



5.5 Intervindo no problema:

Com os nós críticos devidamente identificados, partimos para a construção do plano de ação, utilizando a ferramenta II – Planilha 5W3H.

A Planilha 5W3H permite mapear as atividades: estabelecendo o que deve ser feito (What) e porque (Why), quem o fará (Who), em que período do tempo (When), em que área da instituição (Where). Esta planilha também apresenta como a atividade será desenvolvida (How) e quando possível o seu custo (How much). Para acompanhar os resultados deve-se estabelecer pelo menos um indicador por ação planejada (How measure). Segue abaixo a planilha construída:

O QUE FAZER	POR QUE FAZER	QUEM VAI FAZER	QUANDO FAZER	ONDE FAZER	COMO FAZER	QUANTO CUSTA	QUAL O INDICADOR
Construir um Planejamento em Vigilancia Santaria	Para tornar o processo de trabalho mais eficiente e produtivo	Especializando e equipe de VISA	Novembro de 2016 a novembro de 2017	GERSAS de Araranguá, Brusque e Laguna	1) Oficina de sensibilização com a equipe; 2) Ver atividade 3) Oficinas com a equipe para construção das etapas do planejamento; 3)	Coffee break; materiais didáticos; recursos áudio visuais; profissional da área de gestão de pessoas/psicologia/administração.	- Adesão as atividades propostas; - Aumento da produtividade (nº de inspeções e processos acumulados); - Execução do plano de ação proposto; - Melhora da integração entre a equipe.
Promover o envolvimento da equipe com o trabalho em VISA	Contribuir com melhorias na qualidade e eficiência do trabalho realizado em VISA	Especializando e equipe de VISA	Novembro 2016 a março 2017	GERSAS de Araranguá, Brusque e Laguna	1) Estimular a construção coletiva do planejamento em VISA; 2) Identificar o potencial pessoal de cada integrante da equipe; 3) Desenvolver estratégias para	Coffee break; material didático; recursos áudio visuais.	- Percepções da equipe; - Participação nas diferentes metodologias de avaliação; - Melhora da produtividade.

					promover o reconhecimento/valorização do trabalho de cada profissional; 4) Estabelecer metas de trabalho para a equipe.		
Pouco envolvimento do gestor	O grupo não tem governabilidade sobre ele						

5.6 Viabilizando o plano de ação:

A análise de viabilidade do plano de ação corresponde ao Momento Estratégico, e visa favorecer o desenvolvimento do pensamento estratégico por meio da busca de recursos e construção de alternativas que tornem as intervenções possíveis.

Matriz de análise de motivação dos atores, segundo ação do plano:

Ações Atores	A1 Oficina de sensibilização da equipe VISA	A2 Oficina para construção das etapas do planejamento	A3 Instituir reunião periódica de equipe	A4 Estimular a construção coletiva do planejamento	A5 Identificar o Potencial de cada integrante da Equipe	A6 Metas de trabalho para equipe
Equipe VISA	+A	+M	0B	+M	+A	-B
Gerente de Saúde	+A	+A	+A	+A	+M	+A
VISA Estadual	+B	+A	+B	+A	+B	+A

Nesta etapa apresentamos dificuldade em classificar o interesse e o valor das ações de alguns atores devido ao pouco contato com os mesmos;

Conforme análise da tabela acima, identificamos duas ações - **A3** e **A6** que não foram consenso, sendo classificadas como conflitivas.

Matriz de análise das estratégias de viabilidade segundo ações conflitivas:

Ações Conflitivas do Plano de Ação	Recursos Necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
A3 Instituir reunião periódica de equipe	Técnico Organizacional	+ -	+	
A6 Metas de trabalho para equipe	Técnico Organizacional	+ -	+	

5.7 Gestão do Plano de Ação:

Nesta etapa realizamos a classificação das ações/atividades com o intuito de acompanhar a execução dos planos de ação das mesmas focando no monitoramento e no processo de avaliação.

Matriz de Gestão do Plano:

	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
A1 Oficina de sensibilização da equipe VISA	A	M	i iii	Curta	Técnico Organizacional	1
A2 Oficina para construção das etapas do planejamento	A	A	i	Média	Técnico Organizacional	4
A3 Instituir reunião periódica de	A	A	i	Longa (continua)	Técnico Organizacional	3

equipe						
A4 Estimular a construção coletiva do planejamento	A	A	i iii	Média	Técnico Organizacional	2
A5 Identificar o Potencial de cada integrante da Equipe	A	M	i	Curto	Técnico Organizacional	1 e 2
A6 Metas de trabalho para equipe	A	M	i	Longa (continua)	Técnico Organizacional	5

Cronograma de acompanhamento da implementação do plano de ação:

NC1	<i>A1</i>	Fevereiro/17 – 1ª quinzena	1 encontro de aprox. 4 horas
	<i>A2</i>	Março-Maio/17	4 encontros (1 a cada 15 dias)
	<i>A3</i>	Março-Agosto/17 – 1ª sexta-feira do mês	
NC2	<i>A4</i>	Fevereiro/17 – 2ª quinzena	1 encontro de aprox. 4 horas
	<i>A5</i>	Durante os encontros 1 e 2	
	<i>A6</i>	Maio/17	Durante o encontro de reunião de equipe

6. P LANO DE INTERVENÇÃO

Com base nos **Nós Críticos** acima descritos, foram planejadas as seguintes ações:

- Oficina de sensibilização da equipe VISA

- Oficina para construção das etapas do planejamento
- Instituir reunião periódica de equipe
- Estimular a construção coletiva do planejamento
- Identificar o Potencial de cada integrante da Equipe
- Metas de trabalho para equipe

Ao construir a matriz de gestão evidenciamos que o plano de ações apresenta uma alta viabilidade, com impacto variando de médio a alto dependendo da ação. Com relação à participação de atores, a mesma faz-se necessária, contamos com a colaboração de gerentes e atores internos (equipe VISA), assim como atores internos articulados com atores externos (diretoria e profissional com experiência em trabalho motivacional).

As ações foram planejadas para serem executadas dentro de um período de 6 meses e posteriormente serem avaliadas. Ressaltamos que para as ações propostas não será necessário recursos econômicos, apenas recursos técnico e organizacional.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 132 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II)

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.

FELISBINO, J. E.; NUNES, E. P. Saúde da família: planejando e programando a saúde nos municípios. Tubarão: UNISUL, 2000.

LUCENA. Regina Célia Borges. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. Rev. Adm. Pública - Rio de Janeiro, set./out. 2015.

SETA, Marismary Horsth, REIS Lenice G. da Costa, PEPE Vera Lúcia Edais. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. Qualificação de Gestores do SUS.

SOUZA, Gisélia Santana; COSTA Ediná Alves. Trabalho em vigilância sanitária: conceitos teóricos para a reflexão sobre as práticas. Salvador, 2009.

SERVO, M. L. S. Pensamento estratégico: uma possibilidade para a sistematização da supervisão em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 39-59. 2001.

KURCGANT, Paulina (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 185 p.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.

MINTZBERG H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2004.

ANAKARLA RAMOS

DANIELLE ALVES

ELIANE NAVARRO

MOEMA ALMEIDA

RODRIGO GOMES

**PORTAL WEB: UMA OPÇÃO PARA OTIMIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE JOÃO PESSOA**

JOÃO PESSOA

2016

ANAKARLA RAMOS

DANIELLE ALVES

ELIANE NAVARRO

MOEMA ALMEIDA

RODRIGO GOMES

**PORTAL WEB: UMA OPÇÃO PARA OTIMIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE JOÃO PESSOA**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa do Curso de Especialização em Gestão de Vigilância Sanitária como pré-requisito para a conclusão do curso.

JOÃO PESSOA

2016

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	9
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4. FUNDAMENTAÇÃO.....	12
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	25
7. CONCLUSÃO.....	29
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

RESUMO

O Projeto Aplicativo (P.A.) “Portal Web: Uma opção para otimização dos serviços de Vigilância Sanitária de João Pessoa” visa otimizar a relação Vigilância Sanitária e usuários na abertura do processo sanitário. O mesmo é uma proposta do Curso de Gestão em Vigilância Sanitária do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês - IEP HSL a qual sugere modificações no processo de trabalho como: diminuir a superlotação no setor cadastro, o tempo de espera na sala de atendimento e o deslocamento desnecessário do usuário à Gerência de Vigilância Sanitária de João Pessoa. Para a construção do P.A. foi utilizada a metodologia da problematização com foco no Planejamento Estratégico Situacional, onde foram trabalhados quatro movimentos: a identificação individual da situação inicial, a identificação dos problemas através da análise das ideias individuais, a apresentação dos macroproblemas e o desejo de mudança. O P.A. permitirá o uso de estratégias tecnológicas de informação e comunicação afim de proporcionar ao usuário SUS, comodidade, facilidade e acesso rápido às informações de que necessita para dar início ao seu processo de licenciamento sanitário. Tal ferramenta é um instrumento de gestão e de valorização as premissas do SUS e de respeito aos seus usuários.

APRESENTAÇÃO

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária surgiu em 1990 com a lei Orgânica de Saúde, a qual dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS. Com sua implementação a saúde passa a ser um direito constitucional a todos os cidadãos brasileiros além de assegurar a equidade e a integralidade em todas as suas ações. A vigilância sanitária como um dos campos de atuação do SUS é um órgão regulador ao qual monitora, controla estabelecimentos que oferecem risco à saúde, além de intervir nos problemas sanitários.

A Gerência de Vigilância Sanitária - GVS de João Pessoa para atender a sua atribuição, recepciona usuários SUS que desejam se legalizar sanitariamente, obter informações e tirar dúvidas junto aos fiscais de vigilância sanitária. Considerando que o licenciamento sanitário de um estabelecimento representa o padrão de qualidade em infra-estrutura e higiênico-sanitária de um serviço, atualmente, o mesmo é pré-requisito para regulação junto ao SUS, aos convênios privados, licitações públicas, comércio de medicamentos em distribuidoras, entre outras. Associado a esta demanda, a vigilância sanitária atende as denúncias (por Ouvidorias do Município e do Estado, Ministério Público, disque-denúncia e presencial). Tal situação vem aumentando as buscas por informações no setor Cadastro da Vigilância Sanitária, provocando os problemas evidenciados: superlotação na sala de atendimento; tempo de espera prolongado em recepção; deslocamento desnecessário do contribuinte, além de contar com algumas fragilidades do próprio serviço como a ausência de qualificação dos recursos humanos e falta de insumos.

Com a finalidade de melhorar o serviço e sanar os problemas, a equipe afinidade REMAD do Curso de Gestão em Vigilância Sanitária do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês - IEP HSL propõe a aplicação do Projeto Aplicativo (P.A.). “Portal Web: Uma opção para otimização dos serviços de Vigilância Sanitária de João Pessoa”. A implantação do portal encontrará grande receptividade por parte dos gestores e dos usuários, por conter

informações educativas e esclarecedoras nos mais diversos seguimentos relacionados à vigilância sanitária.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei 8.080/1990, a vigilância sanitária é 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, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse à saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a Vigilância sanitária é uma das mais antigas práticas de Saúde Pública do mundo moderno e suas ações estão historicamente associadas ao processo de regulação, monitoramento e fiscalização de produtos e serviços, com a finalidade de prevenir e reduzir os riscos à saúde individual e coletiva (COSTA, 2008).

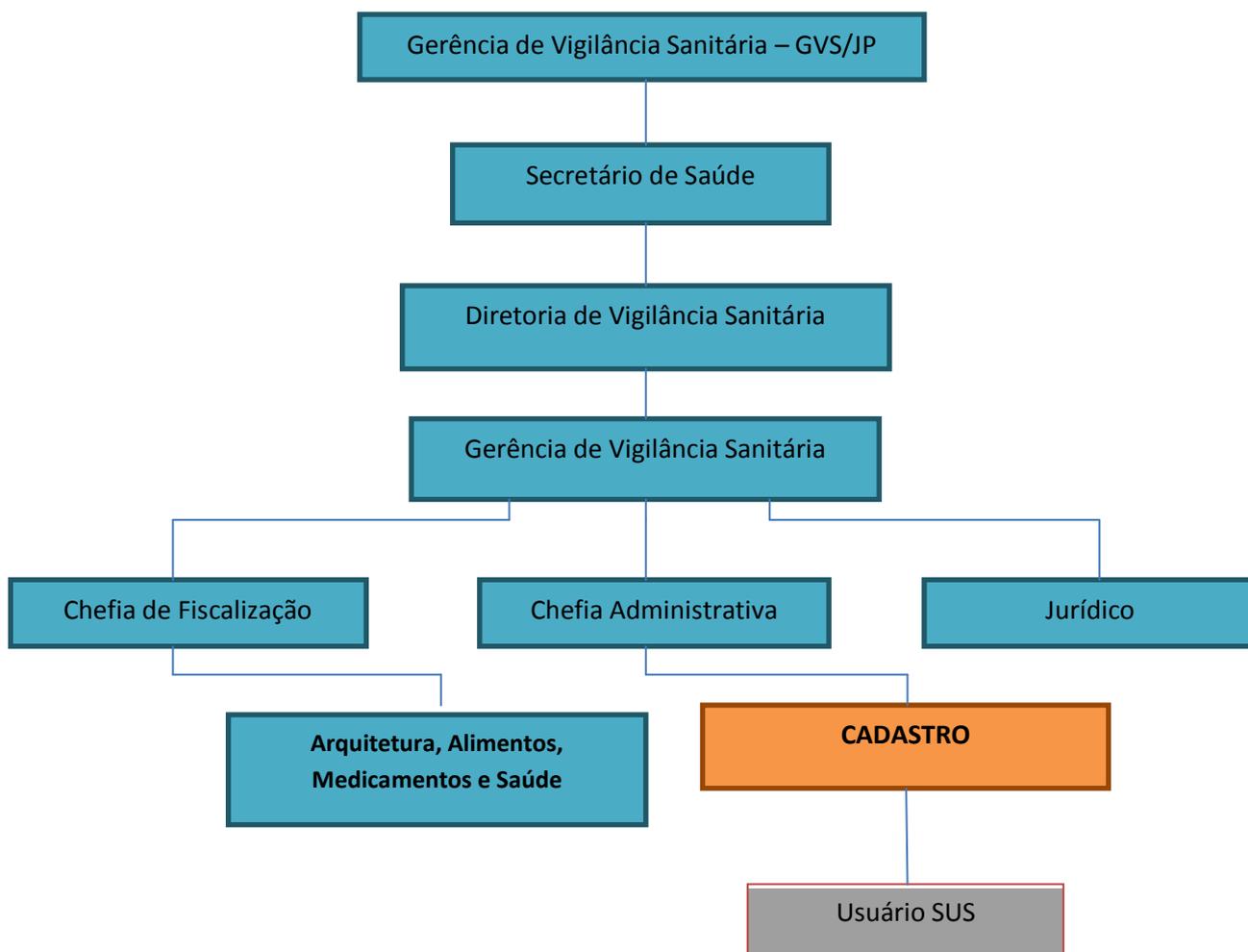
O conjunto de ações de vigilância sanitária abrange elementos de estruturação para o funcionamento dos serviços, tais como instalações físicas, equipamentos, sistema de informações, marco legal, capacitação de equipe técnica, instalação de serviço de acolhimento de denúncias. Em vista disso, as ações de Vigilância Sanitária caracterizam-se por procedimentos de orientação, cadastramento, inspeção, investigação, notificação, controle e monitoramento. (MELO; SILVA, 2013)

De acordo com o mesmo autor a primeira ação é o cadastramento dos estabelecimentos de produtos e serviços de saúde, realizado pelo setor e que envolve a organização dos dados de todos os estabelecimentos de saúde, de interesse à saúde e dos locais passíveis à atuação da Vigilância Sanitária, bem como, dos serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 8.080/90.

Neste contexto, a Vigilância Municipal de João Pessoa foi o cenário escolhido, uma vez que, a equipe afinidade, por fazer parte da rotina do processo de trabalho, conseguiu apontar os problemas e obstáculos que

causam interferência na qualidade final dos serviços prestados, ressaltando àqueles vividos diretamente pelos usuários do SUS.

Figura 1: Organograma da Vigilância Sanitária do Município de João Pessoa



FONTE: Modelo Caderno PA. (CALLEMAN, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Surgiu através do Curso em Gestão da Vigilância Sanitária, a oportunidade de elaborar um projeto aplicativo, estratégia educacional utilizada nas iniciativas educacionais do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, como ferramenta de intervenção numa dada realidade (situação problema), com o objetivo de propor transformação e mudanças na situação encontrada.

Dessa forma pretende-se com o Projeto Aplicativo, melhorar e viabilizar o processo de licenciamento sanitário, criando estratégias tecnológicas de informação e comunicação pela VISA, utilizando um Portal Web, que possibilite ao usuário SUS, ter comodidade, facilidade e acesso rápido às informações de que necessita para dar início ao seu processo de licenciamento sanitário.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O município de João Pessoa, capital da Paraíba é o principal centro financeiro econômico do Estado. Conta hoje com uma população estimada em 801.718 (oitocentos e um mil e setecentos e dezoito) habitantes, sendo a quinta cidade mais populosa da região nordeste e a 14ª do Brasil e sua região metropolitana, formada por João Pessoa e mais onze municípios, tem uma população de 1.253.930 pessoas (um milhão duzentos e cinquenta e três mil novecentos e trinta) (IBGE, 2016), e dentro do seu contexto administrativo conta com a Secretaria Municipal de Saúde, da qual faz parte a Diretoria de Vigilância em Saúde, Gerência de Vigilância Sanitária- GVS/JP, constituída pela chefia de vigilância sanitária, chefia administrativa, setor jurídico, setor de arquitetura, cadastro, setores de saúde, medicamentos e alimentos.

Figura 2 – Dados populacionais do IBGE do município de João Pessoa



População estimada 2016 ⁽¹⁾	801.718
População 2010	723.515
Área da unidade territorial 2015 (km ²)	211,475
Densidade demográfica 2010 (hab/km ²)	3.421,28
Código do Município	2507507

Fonte: IBGE, 2016.

O setor de Cadastro da Vigilância sanitária é onde ocorre a recepção do usuário para informação de como obter o licenciamento sanitário, bem como apresentar documentação comprobatória a respeito do seu estabelecimento. Este setor ainda é responsável pela organização e arquivo de dados dos estabelecimentos sujeitos à inspeção sanitária.

Atualmente a Gerência de Vigilância Sanitária de João Pessoa (GVS JP) conta com 4.620 estabelecimentos devidamente cadastrados. A equipe REMAD realizou uma análise situacional da vigilância sanitária e um dos desafios encontrados pela equipe afinidade foi em relação à otimização da relação usuário/Vigilância Sanitária na abertura do processo de licenciamento sanitário, evitando o deslocamento desnecessário do usuário a GVS-JP, diminuindo a superlotação na sala de atendimento, e conseqüente redução do tempo de espera.

Para que isso aconteça, é necessário o aproveitamento das novas possibilidades proporcionadas pelos avanços das tecnologias da informação/comunicação, sendo imprescindível que a vigilância municipal disponha de informações gerenciais e estratégicas adequadas, precisas, em tempo ágil, informações oportunas, direcionadas para o setor regulado (população) e que venha a viabilizar os trabalhos realizados pela vigilância sanitária.

Diante destes nós críticos encontrados na realidade de trabalho da vigilância sanitária do município de João Pessoa, buscou-se através do projeto aplicativo, uma maneira de intervenção nessa situação proposta, implementando o Portal Web.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Otimizar a relação Vigilância Sanitária do Município de João Pessoa e Usuários na abertura do processo de licenciamento sanitário.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Diminuir o tempo de espera do usuário na recepção e de deslocamento à GVS JP para dar início ao processo de licenciamento sanitário;
- ✓ Construir um Portal Web que disponibilize documentos e informações sobre o processo de licenciamento e contribua com o processo de trabalho;
- ✓ Dispor de informações atualizadas e atrativas sobre assuntos de VISA que estimule a visitação periódica ao Portal.

4. FUNDAMENTAÇÃO

O projeto aplicativo é uma atividade coletiva, desenvolvida em pequeno grupo, com produção do tipo pesquisa-ação ou pesquisa participativa que envolve todos os participantes de um grupo afinidade na seleção, pactuação e caracterização de um problema para a construção de uma proposta de intervenção (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2016).

Segundo Caleman et. al (2016) os projetos aplicativos são aqueles que desenvolvem capacidade para intervenção e transformação da realidade. Eles devem ser potentes, viáveis e factíveis para que sua construção seja um desafio instigante.

A construção de um projeto aplicativo representa uma oportunidade concreta para traduzirmos nossa ação como sujeitos que desejam transformar a realidade (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2016).

Rodrigues (2014) refere que o portal tem 100% do foco em seu público, cria conteúdo específico para ele e constrói um real relacionamento entre quem produz e quem consome a informação. O Portal Web são páginas na internet que servem como ponto de acesso direto a um conjunto de serviços e informações. O mesmo é considerado um portal do tipo vertical concentrando links para conteúdo sobre um assunto específico (G1, 2016).

Pacheco e Vieira (2004) mencionam que os serviços disponibilizados pelos portais podem ser operacionalizados em procedimentos de busca, conteúdo e comunicação. A busca é o rastreamento dos serviços que o usuário deseja, e que produzem informações. O conteúdo são as informações procuradas em sites ou obtidas de terceiros. A comunicação é o serviço que facilita o contato entre usuários, como email.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de escolha do problema e de construção do projeto aplicativo – PA iniciou-se a partir da reflexão da equipe técnica da Gerência de Vigilância Sanitária do Município de João Pessoa, sobre a necessidade de otimizar a relação Vigilância Sanitária e Usuário no seu processo de licenciamento sanitário. Através de um portal que tenha prerrogativa de disponibilizar documentos/ informações sobre o processo de licenciamento sanitário, bem como realizar a divulgação de ações em Vigilância Sanitária.

O Projeto Aplicativo, ação educacional técnico científica oferecida pelo Curso de Gestão em Vigilância Sanitária, proposta pelo IEP/HSL, desenvolvida nas oficinas de trabalho realizadas durante os encontros presenciais com a equipe Afinidade – REMAD, utilizando-se de ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional, através dos Termos de Referência – TR, que nos direcionaram à leitura da realidade do ambiente de trabalho, no qual fazemos parte, bem como de orientações referidas em vídeos intitulados Circulando Saberes – Pensamento Estratégico em Saúde –Identificando Saberes, onde a Equipe de Saúde de “Teja” também se reunia para analisar os problemas, naquela atividade.

Foi utilizado no PA, a metodologia da problematização – MP, inspirada pelo Arco de Charles Maguerez, através do qual, acontece todo o processo de aprendizagem e o primeiro contato e leitura da realidade (BORDENAVE E PEREIRA, 2001 APUD CALEMAN, 2016).

Quadro 1: Ferramentas e oficinas de trabalho

OFICINA DE TRABALHO	FERRAMENTAS
OT Leitura da Realidade-Análise Situacional	Situação inicial (Si) e Situação Objetivo (So)
OT Identificando Problemas	Técnica da Visualização Móvel
OT Priorizando Problemas	Matriz Decisória
OT Identificando Atores Sociais	Identificação de Atores Sociais
OT Explicando o Problema Priorizado	Árvore Explicativa de Problemas
OT Construindo o Plano de Intervenção	Matrizes do Plano de ação
OT de Viabilidade	Matrizes de Viabilidade
OT Gestão do Plano	Matrizes do Monitoramento e de Orçamento

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

O Primeiro movimento realizado pela equipe REMAD, para a elaboração do PA, foi definir a Vigilância Sanitária do município de João Pessoa como cenário para a análise e identificação dos problemas. Os participantes trabalharam com quatro movimentos:

1º Movimento: Identificação individual da situação inicial através da enumeração dos problemas em relação ao trabalho na vigilância. Cada participante recebeu três tarjetas, onde foram escritas de maneira legível, três desconfortos e afixadas na parede para que todos tivessem acesso e pudessem visualizar;

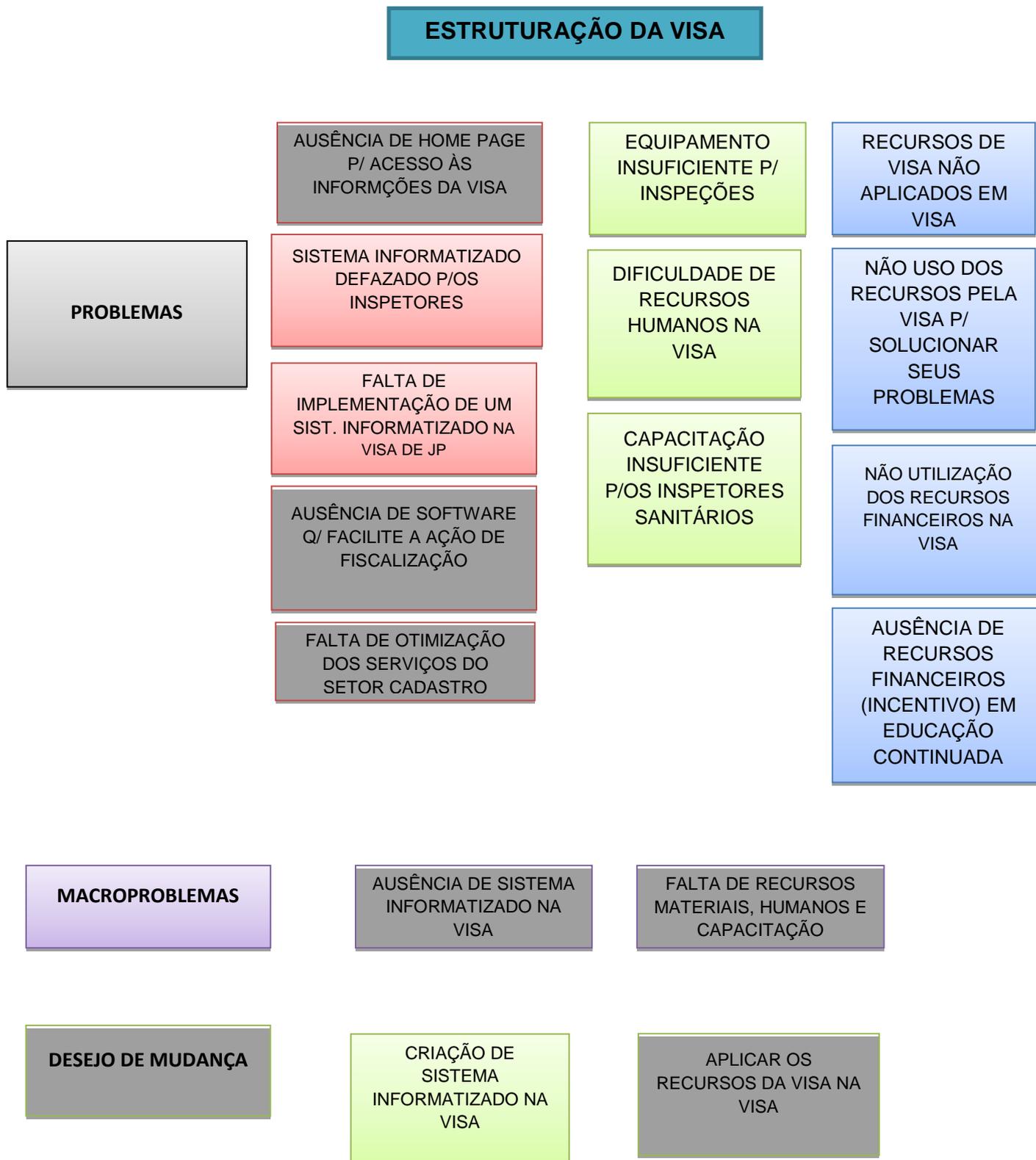
2º Movimento: Identificação dos problemas através da análise das ideias individuais para agruparem/relacionarem as ideias afins, com a finalidade de construir os macroproblemas;

3º Movimento: A equipe apresentou os macroproblemas definidos e a partir daí, foi selecionado o melhor enunciado para cada macroproblema, descrevendo seu sentido e sua carga negativa;

4º Movimento: A equipe anunciou o desejo de mudança (situação objetivo), a partir de cada macroproblema exposto, transformando a sua carga negativa, com o propósito de intervenção por meio da elaboração do projeto aplicativo;

Vale salientar, que os macroproblemas foram verificados a partir da análise de governabilidade das variáveis que envolvem os mesmos. Aqueles problemas em que o grupo não apresentou governabilidade foram descartados.

Figura 3 - Árvore Explicativa dos problemas identificados na VISA - JP



FONTE: Modelo Caderno PA (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Nesta etapa da construção do PA, a equipe promoveu a negociação e a priorização dos problemas, utilizando critérios para a escolha dos mesmos, e a partir daí realizar o mapeamento dos desconfortos priorizados, elaborando uma matriz decisória. Este mapeamento nos deu a possibilidade de avaliarmos, realmente, se os problemas evidenciados apresentavam governabilidade, ou seja, se todos eram possíveis de serem resolvidos. A Equipe estabeleceu critérios, e a partir destes, elaborou estratégias de enfrentamento dos problemas, preocupando-se com aqueles que teriam factibilidade.

Os critérios de escolha foram segundo Caleman (2016):

- ✓ Valor: Importância que o ator confere a cada problema e que é atribuído segundo os critérios “baixo”, “médio” ou “alto”;
- ✓ Interesse: a posição que o ator manifesta diante da realidade e que pode ser expressa por meio de três sinais: “negativo”, “positivo” e “indiferente”;
- ✓ Priorização: atribuição de nota de 0 a 10 para cada problema. As notas maiores estabeleceram a ordem de prioridade;
- ✓ Capacidade de enfrentamento: Considera-se “dentro” da capacidade, quando o ator controla todos os recursos; “fora”, quando o ator não tem controle dos recursos e “parcial” quando o ator controla apenas parte dos recursos para enfrentar o problema;
- ✓ Factibilidade: Capacidade de intervenção sobre o problema;

Quadro 2: Mapeamento de Problemas

MATRIZ DECISÓRIA/MAPEAMENTO DE PROBLEMAS						
PROBLEMAS	VALOR	INTERESSE	PRIORIZAÇÃO NOTA 0-10	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	FACTIBILIDADE	ORDEM DE APLICAÇÃO
1. Ausência de Home Page p/ acesso às informações da VISA	ALTO	+	9	DENTRO	ALTA	1 ^a
2. Ausência de software e equipamentos adequados para fiscalização	MÉDIO	+	6	FORA	BAIXA	3 ^a
3. Falta de otimização dos serviços no cadastro e fiscalização	ALTO	+	7	PARCIAL	MÉDIA	2 ^a

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Após a análise da matriz decisória, a equipe verificou que o segundo problema, não era factível e que os atores não tinham governabilidade, o que dificultaria ser resolvido. Então, foram priorizados os problemas 1 e 3.

A partir desta etapa da construção do PA, a equipe, considerando os problemas priorizados e analisando a situação, identificou os atores que poderiam contribuir, favoravelmente, na solução dos problemas e na viabilidade do plano de intervenção.

O ator social são pessoas ou forças sociais que controlam algum poder no jogo social, podendo ser um grupo, uma associação ou uma organização em torno da qual pessoas se organizam, de modo relativamente estável ou contínuo, para alcançar objetivos comuns (MATUS, 1993 In: CALLEMAN, 2016).

Quadro 3: Matriz de mapeamento de atores sociais

PROBLEMA 1 - Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa		
IDENTIFICANDO OS ATORES SOCIAIS		
ATORES	VALOR	INTERESSE
Secretário de Saúde do Município	BAIXO	INDIFERENTE
Diretor de Vigilância em Saúde	ALTO	POSITIVO
Gerente de Vigilância Sanitária	ALTO	POSITIVO
Chefe de Fiscalização	ALTO	POSITIVO
Gerente de Informática	MÉDIO	INDIFERENTE
Técnico de Informática	MÉDIO	INDIFERENTE
Diretora de Comunicação	ALTO	POSITIVO
PROBLEMA 2 - Gerência de Vigilância Sanitária		
IDENTIFICANDO OS ATORES SOCIAIS		
ATORES	VALOR	INTERESSE
Gerente de Visa	ALTO	POSITIVO
Chefe de Administração	ALTO	POSITIVO
Chefia de Fiscalização	ALTO	POSITIVO
Técnico Administrativo	MÉDIO	POSITIVO
Fiscal Sanitário	ALTO	POSITIVO

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Nesta etapa, a equipe REMAD relacionou os problemas priorizados, identificando as causas, o descritor e as consequências dos mesmos, o que os levou a ampliar a leitura da realidade dos problemas identificados.

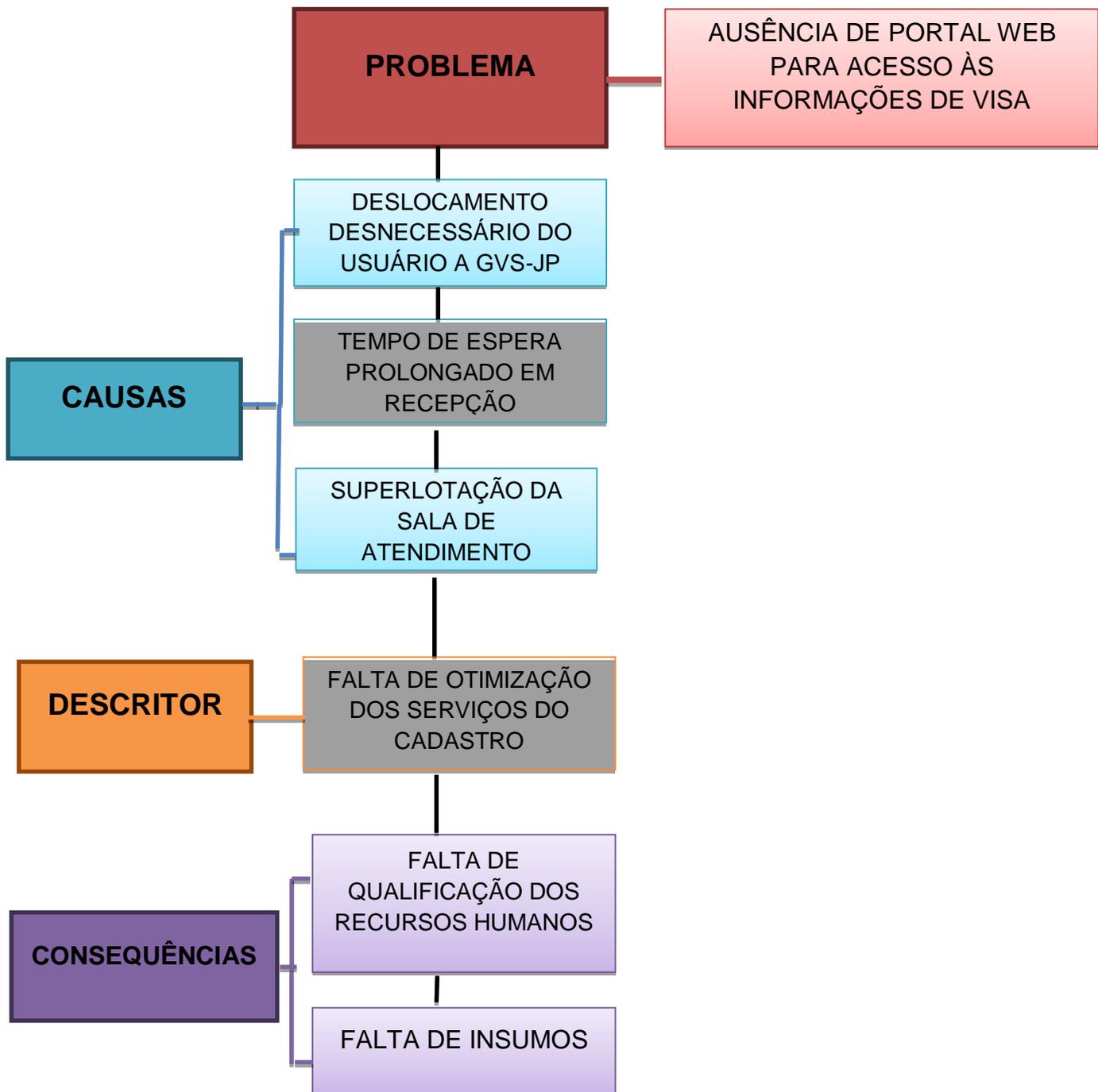
A Árvore Explicativa ou Árvore do Problema foi planejada para melhor explicar os problemas relacionando as causas e as consequências, possibilitando a identificação de potenciais obstáculos e oportunidades para intervenção, ou seja, o importante desta atividade foi atuar nas causas do problema que priorizamos.

Para desenhar a árvore explicativa, foi necessário 5 movimentos:

- ✓ 1º Movimento: Descrição do problema;
- ✓ 2º Movimento: Identificação das causas que determinaram o problema;
- ✓ 3º Movimento: Identificação das consequências do problema;

- ✓ 4º Movimento: Relacionar o descritor, causas e consequências;
- ✓ 5º Movimento: Identificação dos nós críticos;

Figura 4. ÁRVORE EXPLICATIVA OU ÁRVORE DO PROBLEMA

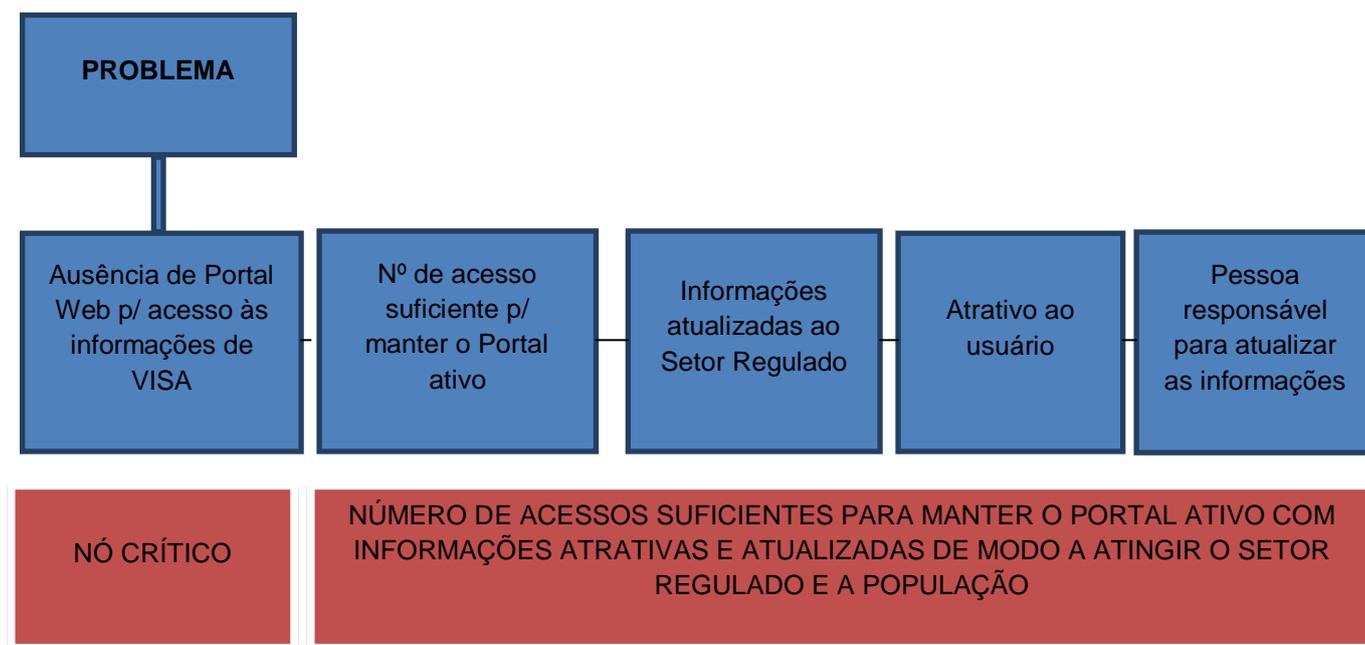


FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Neste momento da atividade, a equipe afinidade pôde analisar o projeto e perceber que, a partir do problema que foi priorizado, surgiram alguns nós-críticos: velocidade; net indisponível (sem acesso); usuário sem internet; divulgação ao usuário; ausência de um profissional para orientar os usuários quanto ao portal; número de acessos suficientes para manter ativo o portal; informação atualizada e atrativa para o usuário; pessoa responsável para atualizar a informação; orientação ao usuário com relação ao acesso no portal (passo a passo).

Mais uma vez, foram identificados os nós críticos que foram considerados importantes para a manutenção do Portal Web, ou seja, que serão factíveis e de possíveis soluções, governabilidade e viabilidade. A partir de cada nó crítico, um plano de ação deverá ser desenvolvido.

Figura 5. Apresentação de Nó crítico do problema (Ausência de Portal Web para acesso às informações de VISA)



FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

O próximo passo na construção do PA foi intervir nos problemas, considerando o nó crítico estabelecido a partir da árvore explicativa elaborada pela equipe.

Intervenção é um conjunto de meios organizados num contexto específico em um dado momento, para produzir bens e serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, APUD CALEMAN, 2016).

A dinâmica para a construção de um plano de intervenção (Plano de Ação) ocorreu tomando como referência o nó crítico selecionado, através da ferramenta do Planejamento Estratégico Simplificado – PES, ou seja, a equipe elaborou propostas de enfrentamento para o nó crítico, representada por ações, tendo como objetivo a mudança produzida pela execução do plano de ação. Para cada ação foram identificados parceiros e opositores, assim como indicadores que possibilitem o monitoramento da mesma, os recursos necessários e os prazos.

Quadro 4. Planilha Plano de Ação do PES

ESPAÇO DO MACROPROBLEMA	
PROBLEMA	Ausência de Portal Web p/ acesso às informações de visa
NÓ CRÍTICO	Número de acessos suficientes para manter o portal ativo com informações atrativas e atualizadas de modo a atingir o setor regulado e a população
RESULTADOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none"> •Otimizar o início do processo de licenciamento sanitário (entrada de documentação); •redução em 50% do nº de 1º atendimento no setor cadastro;
AÇÕES E ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> •Divulgação do portal; • Orientação ao usuário sobre forma de acesso ao portal web (passo a passo);
RESPONSÁVEIS	Gerência de Vigilância Sanitária – GVS –JP
PARCEIROS/ EVENTUAIS OPOSITORES	Setores: comunicação/informática Setores da GVS/JP: arquitetura/ jurídico /saúde /alimentos /medicamentos/ administrativo
INDICADORES	Número de acessos
RECURSOS NECESSÁRIOS	Uma parte do recurso proveniente do setor de comunicação e outra, da Vigilância Sanitária ambos setores da secretaria municipal de saúde (PMJP)
PRAZOS	No mínimo 4 meses para a liberação do acesso ao portal

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

O nó-crítico selecionado para a estruturação do PA tem como objetivo a mudança da realidade e envolve na sua intervenção e realização, diferentes atores sociais. A partir desta análise de possibilidades e alternativas consideradas viáveis e consideradas positivas pelos atores e apoiadas por eles, a equipe avaliou a motivação dos mesmos frente à ação de cada ator, determinando estratégias para viabilizar o plano de ação.

A equipe passa, neste momento, da estruturação do Projeto Aplicativo a analisar a motivação dos atores frente às diferentes ações elaboradas no sentido de buscar a viabilidade do Plano de Ação. Esse movimento estratégico de viabilizar o plano é feito por meio da análise do interesse e do valor que cada ator social atribui às ações do plano.

Dando continuidade ao PES, a equipe construiu a matriz de análise de motivação dos atores sociais, o que permitiu identificar as ações conflitivas do plano de ação. A partir destas, buscou-se a construção de uma matriz de análise de estratégias de viabilidade, levando-se em consideração os recursos necessários e quem os controla, sendo a viabilidade classificada como alta, média ou baixa, de acordo com a disponibilidade de recursos existentes.

Quadro 5. Matriz de análise de motivação dos atores sociais

ATORES	AÇÃO 1	AÇÃO 2	AÇÃO 3	AÇÃO 4
ATOR 1 SECRETÁRIO DE SAÚDE DE JP	Autorizar a implementação do PA A 0	Liberar Recursos A 0		
ATOR 2 DIRETOR DE VISA	Realizar articulação entre a Gerência de VISA e o Secretário de Saúde para viabilizar o PA A+			
ATOR 3 GERENTE DE VISA	Realizar articulação com a Diretoria de Comunicação e Gerência para viabilizar o Portal A+	Articular a divulgação do Portal Web para os usuários A +		
ATOR 4 CHEFIA DE FISCALIZAÇÃO	Incentivar a necessidade da criação do Portal através do PA, atividade proposta pelo IEP?HSL A+			
ATOR 5 GERENTE DE INFORMÁTICA	Gerenciar o Portal Web da SMS/JP M+	Incrementar no portal o link da VISA – JP M +	Realizar manutenções periódicas prevenindo problemas técnicos M+	
ATOR 6 TÉCNICO DE INFORMÁTICA	Alimentar o portal A 0	Realizar a atualização periódica do conteúdo do portal A 0		
ATOR 7 DIRETOR DE COMUNICAÇÃO	Coletar dados para o portal A+	Avaliar as informações A+	Divulgar o conteúdo A+	Definir período para atualização do portal A+
ATOR 8 EQUIPE TÉCNICA DE VISA	Fornecer o conteúdo do portal A -	Orientar aos usuários com relação ao acesso no Portal A -	Cumprir prazos para fornecer o conteúdo ao setor de comunicação A -	
ATOR 9 USUÁRIOS	Manter o número de acessos para a permanência ativa do site A +	Dar o retorno através de sugestões ou críticas sobre o conteúdo do portal A +		

Legenda:

Interesse- afavor(+), contra (-), indiferente(0)

Valor Alto (A), Médio (M) e Baixo (B)

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Quadro 6. Matriz de análise das estratégias de viabilidade

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE					
ATORES	AÇÕES CONFLITIVAS DO PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS QUE TEMOS E QUE NÃO TEMOS	VIABILIDADE (VALOR)	ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR A VIABILIDADE
ATOR 1	Liberação de recursos	R\$ 6.000,00	Teto Financeiro para Vigilância Sanitária	Média	*Articulação técnico e política para demonstrar a importância do P.A. *Direcionar verba de Visa para ser usada nela.
ATOR 5	Manter o sistema em funcionamento	R\$ 3.000,00	Teto Financeiro para Vigilância Sanitária	Média	*Articulação técnico e política para demonstrar a importância do P.A. *Direcionar verba de Visa para ser usada nela.
ATOR 9	Manter o nº de acessos necessários para a permanência ativa do site	-	*Recurso Humano O QUE NÃO TEMOS: - Recurso téc. para manutenção da página.	Alta	-
ATOR 8	Fornecer o conteúdo do portal	-	*Recurso Humano	Baixa	*Motivação *Incentivo financeiro *Educação continuada
ATOR 8	Orientar aos usuários com relação ao acesso no portal	R\$ 1.000,00	*Recurso Humano *Folder (Passo-A-Passo)	Alta	
ATOR 8	Cumprir prazos para fornecer o conteúdo ao setor de comunicação	-	*Recurso Humano Não Temos: - Financeiro	Baixa	*Motivação *Incentivo financeiro
ATOR 6	Realizar atualização periódica do conteúdo do Portal	-	*Recurso Humano Não Temos: - Financeiro	Baixa	*Motivação *Incentivo financeiro

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

A gestão do plano é o momento tático operacional podendo ocorrer por meio de um acompanhamento e avaliação sistemática com a finalidade de alcançar o resultado esperado (SILVA et. al., 2014). Portanto, é considerada a intervenção propriamente dita, ou seja, nesta etapa o plano deve coordenar e monitorar as ações, promover a comunicação e a integração dos atores envolvidos e garantir que o mesmo seja efetivamente implementado (CALLEMAN et al., 2016). Para tanto foram utilizados critérios como: viabilidade (alta, média e baixa), impacto (alto, médio, baixo), comando (i: gerente e atores internos; ii: comissões temporárias internas; iii: atores internos articulados com atores externos), duração (curta, média e longa), recurso (político, econômico, técnico e organizacional) e precedência (1ª, 2ª, 3ª...).

MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO

1º MOVIMENTO: Classificação das ações

ATORES	AÇÃO	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	PRECEDÊNCIA
SECRETÁRIO DE SAÚDE DE JP	Autorizar a implementação do PA	ALTA	ALTO	I	CURTA	Político	1ª
	Liberar Recursos	MÉDIA	ALTO	I	CURTA	Econômico	2ª
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	Alimentar o portal	ALTA	ALTO	lii	MÉDIA	Técnico e Organizacional	5ª
	Realizar a atualização periódica do conteúdo do portal	ALTA	ALTO	lii	MÉDIA	Técnico e Organizacional	7ª
EQUIPE TÉCNICA DE VISA	Fornecer o conteúdo do portal	ALTA	ALTO	I	MÉDIA	Técnico e Organizacional	3ª
	Orientar aos usuários com relação ao acesso no Portal	ALTA	ALTO	lii	LONGA	Técnico e Organizacional	6ª
	Cumprir prazos para fornecer o conteúdo ao setor de comunicação	ALTA	ALTO	I	CURTA	Técnico e Organizacional	4ª

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

O segundo movimento refere-se à construção da matriz de monitoramento do plano, onde para o preenchimento da mesma foram consideradas as ações a serem desenvolvidas em ordem de precedência, a sua situação (concluída, em andamento ou não concluída), bem como os resultados, dificuldades e os ajustes necessários. .

2º MOVIMENTO: Matriz de monitoramento do Plano

	AÇÃO EM ORDEM DE PRECEDÊNCIA	SITUAÇÃO	RESULTADOS	DIFICULDADES	NOVAS AÇÕES E/OU AJUSTES
1	Autorizar a implementação do PA	C	Viabilizar a execução do Portal Web		
2	Liberar Recursos	EA		Atrasar o repasse do recurso	
3	Fornecer o conteúdo do Portal	NC		Atraso no cronograma de revisão; Conteúdo atrativo.	Criar colegiado para monitorar o conteúdo.
4	Cumprir prazos para fornecer o conteúdo ao setor de comunicação	NC		Perda do prazo para entrega do material;	Criar colegiado para monitorar os prazos
5	Alimentar o portal	NC		Problema técnico operacional (Alta demanda de trabalho, motivação).	Criar colegiado para monitorar a alimentação do Portal
6	Orientar aos usuários com relação ao acesso no Portal	NC		Falta de estratégias definidas para a divulgação	Estabelecer as estratégias para a divulgação do site
7	Realizar a atualização periódica do conteúdo do portal	NC		Alta demanda do trabalho; Ausência do recebimento do material em tempo hábil.	Criar colegiado para monitorar a atualização periódica do portal.

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

O terceiro movimento refere-se ao cronograma de acompanhamento da implementação das ações, onde para tanto utilizou o diagrama de Gantt como representação gráfica que ilustra o avanço das diferentes etapas do projeto.

3º MOVIMENTO: Cronograma de acompanhamento da implementação das ações.

NÓS- CRÍTICO	2016			2017					
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nó crítico 1 – Liberação de recurso	01/10 	07/11							
Nó crítico 2 – Manter o sistema em funcionamento	01/10 		01/12						
Nó crítico 3 – Produção do folder	01/10 		01/12						

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

Legenda:

-  Atividade finalizada
-  Atividade não iniciada

Desvio relativo até 5%

Desvio relativo entre 5% e 10%

Desvio relativo maior que 10%

O quarto movimento refere-se a construção da planilha orçamentária das ações/atividades que demandam recursos econômicos. A planilha baseou-se nas ações de despesas de custeio e despesas de investimento.

4º Movimento: Planilha orçamentária das ações/atividades que demandam recursos econômicos

NÓS CRÍTICOS	AÇÕES	DATA INICIAL	DATA FINAL	DESPESAS DE CUSTEIO	DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL
NC1	Liberação de recurso	10/2016	11/2016		R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
NC2	Manter o sistema em funcionamento			R\$ 3.000,00		R\$ 3.000,00
NC3	Produção do folder			R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00
TOTAL				R\$ 4.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 10.000,00

FONTE: Modelo Caderno P.A. (Calleman, 2016). Acervo grupo REMAD, 2016.

9. CONCLUSÃO

O Projeto Aplicativo “Portal Web: Uma opção para otimização dos serviços de Vigilância Sanitária de João Pessoa” surgiu para atender a necessidade do serviço e sanar os problemas do setor cadastro provocado pela superlotação na sala de atendimento; tempo de espera prolongado em recepção; deslocamento desnecessário do contribuinte, além de contar com algumas fragilidades do próprio serviço como a ausência de qualificação dos recursos humanos e falta de insumos.

O projeto visa otimizar a relação Vigilância Sanitária do Município de João Pessoa e Usuários na abertura do processo de licenciamento sanitário, bem como diminuir o tempo de espera do usuário na recepção e de deslocamento à GVS JP para dar início ao processo de licenciamento sanitário. O Portal Web disponibilizará documentos e informações sobre o processo de licenciamento e contará com informações atualizadas e atrativas sobre assuntos de VISA.

10. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

CALEMAN et. al (2016) Projeto Aplicativo. Termos de Referência. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto de Ensino e Pesquisa, 2016. 54p. (Projeto de apoio ao SUS)

COSTA, E.A.. Organizadora. Vigilância sanitária: Desvendando o Enigma. Salvador: EdUFBA; 2008. 180 p.

DEFINIÇÃO DE PORTAL. FONTE: O QUE É PORTAL? Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/0,MUL414442-5524,00+QUE+E+PORTAL.html>>. Acessado em: <30/09/2016>.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Disponível em: <<https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/web/iep/acoes-educacionais>>. Acessado em: <30/09/2016>.

IBGE, 2016. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250750>> . Acessado: <07/10/2016>

MELO, M.G.M; SILVA, P.M.F. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Superintendência de Vigilância Sanitária Guia de ações de vigilância sanitária: 2013 / Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Superintendência de Vigilância Sanitária. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2013.

RODRIGUES, Bruno. Site Disponível em: <www.web.insider.com.br>; Acessado em: <30/09/2016>.

PACHECO & VIEIRA. O enfoque cognitivo e o uso das tecnologias de informação em situação de limitação sensorial. CADERNO EBAPE. V.2. N. 2. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v2n2/v2n2a06>>. Acessado: <30/09/2016>.

**CHRISTIANE LUCENA
DIEGO MACEDO
JANNILY NASCIMENTO
PAULA FERNANDA ARAÚJO
SIMONE FALCÃO**

**ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO SANITÁRIO
PARA REDUÇÃO DOS AGRAVOS DECORRENTES DA MANIPULAÇÃO INADEQUADA
DE ALIMENTOS**

**João Pessoa
2016**

**CHRISTIANE LUCENA
DIEGO MACEDO
JANNILY NASCIMENTO
PAULA FERNANDA ARAÚJO
SIMONE FALCÃO**

**ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO SANITÁRIO
PARA REDUÇÃO DOS AGRAVOS DECORRENTES DA MANIPULAÇÃO INADEQUADA
DE ALIMENTOS**

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

Orientadora: Ma. Julyana Silva de Assis

**João Pessoa
2016**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	8
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4 FUNDAMENTAÇÃO	17
5 PERCURSO METODOLÓGICO	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
7 DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	33

RESUMO

Este projeto tem como objetivo modificar o processo de trabalho no setor de alimentos da VISA de Cabedelo, tendo como finalidade, a intervenção prioritária nos estabelecimentos com alto risco sanitário, classificados de acordo com a implantação de um instrumento para classificação de risco, visando diminuir os agravos decorrentes da manipulação inadequada de alimentos que acomete a população. O projeto foi elaborado segundo as diretrizes de MATUS (1996) para planejamento estratégico situacional (PES). Após análise situacional e utilização da matriz decisória, chegou-se ao seguinte problema: “Baixa resolutividade no controle da manipulação de alimentos”. Após melhor explicação do problema posto, identificou-se ação para o seguinte nó crítico: “Ausência de critério para classificação de risco sanitário para estabelecer prioridades”. Em seguida, foi elaborada uma planilha de ação voltada para estabelecimento de critérios de classificação de risco sanitário, a partir da formação de um grupo de trabalho constituído por atores envolvidos com a problemática. Esperamos diminuir os riscos sanitários reduzindo a vulnerabilidade da população aos agravos decorrentes da manipulação inadequada de alimentos, visando melhor qualidade de vida e bem-estar aos cidadãos.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária, Risco sanitário, Segurança alimentar.

APRESENTAÇÃO

Uma das atividades para certificação de especialista em Gestão da Vigilância Sanitária, se constitui na elaboração de um Projeto Aplicativo (PA), como parte do processo de ensino-aprendizagem para a construção do perfil de competências como gestor de Vigilância Sanitária estabelecido pelo Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária, realizado de novembro de 2015 a dezembro 2016, por meio da parceria entre o Ministério da Saúde (MS), Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

O PA é uma atividade coletiva, desenvolvida em pequeno grupo de especializandos, no sentido da construção de uma intervenção na realidade, onde o objeto de estudo e de aprendizagem coincide com os problemas ligados à vivência concreta dos participantes do grupo e com a possibilidade de intervenção nesses problemas. Que envolve todos os participantes do grupo afinidade por meio da seleção, pactuação, definição e caracterização de um problema proposto pelo grupo (CALEMAN et al.,2016).

Na atividade curricular denominada Projeto Aplicativo, o objeto de estudo e aprendizagem dirige-se aos problemas ligados à vivência concreta do(s) participante(s) e à formulação de uma proposta de intervenção para o enfrentamento desse problema (CALEMAN et al.,2016).

Os integrantes do grupo afinidade, denominado Areia Vermelha, propuseram para o desenvolvimento do PA o estabelecimento de critérios para classificação do risco sanitário no setor de alimentos, visando reduzir a vulnerabilidade da população do município de Cabedelo-PB aos agravos decorrentes da manipulação inadequada de alimentos.

Esse projeto visa ampliar a compreensão da realidade e motivar o grupo com a produção de mudanças na perspectiva de superação do problema identificado, e que as propostas atendam aos requisitos de viabilidade e factibilidade em sua concretização.

1 INTRODUÇÃO

A segurança alimentar visa à oferta de alimentos livres de agentes que colocam em risco a saúde do consumidor. A fiscalização da qualidade dos alimentos deve ser feita não só no produto final, mas em todas as etapas da produção, desde o abate ou colheita, o transporte, armazenamento, processamento, até a distribuição final ao consumidor (VALENTE; PASSOS, 2004).

A ocorrência de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) vem aumentando de modo significativo em nível mundial. Vários são os fatores que contribuem para a emergência dessas doenças, entre os quais se destacam: o crescente aumento das populações; a existência de grupos populacionais vulneráveis ou mais expostos; o processo de urbanização desordenado e a necessidade de produção de alimentos em grande escala. Contribui, ainda, o deficiente controle dos órgãos públicos e privados no tocante à qualidade dos alimentos ofertados às populações (BRASIL, 2010b).

Mediante as inúmeras denúncias no setor da Vigilância Sanitária - VISA do município de Cabedelo-PB, identificou-se a necessidade de uma intervenção voltada para o estabelecimento de critérios para classificação de riscos sanitários no setor de alimentos, com a finalidade de diminuir os números de casos de intoxicação alimentar reduzindo a vulnerabilidade da população aos agravos.

De acordo com a Lei nº8080/90, entende-se por VISA:

É 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).

Na área de alimentos a VISA desenvolve ações com o objetivo de eliminar, diminuir ou prevenir riscos ou agravos à saúde e intervir nos problemas sanitários no que refere a produção, exposição à venda e consumo humano de alimentos e bebidas, incluindo matérias primas, aditivos e coadjuvantes como tecnologias e embalagens.

A importância do planejamento é orientar e organizar a rotina da VISA, estabelecendo ações a partir das necessidades do setor e da população, no que diz respeito ao que se deve priorizar e ao cumprimento de metas pré-estabelecidas.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 Caracterização do Município de Cabedelo-PB

Cabedelo, cidade do estado da Paraíba, foi colonizada pelos portugueses no final do século XVI. É geograficamente estratégica para a atividade marítima e portuária com relação ao país. Lugar de clima tropical, incontáveis belezas naturais e oportunidades de negócios diversos. Cabedelo possui um porto considerado como o mais oriental das Américas e um dos principais centros de distribuição da Região Nordeste do Brasil (CABEDELLO, 2016).

Cabedelo seu nome vem da expressão que significa “pequeno cabo”. Está situado ao norte da capital João Pessoa, possuindo, aproximadamente, 31,915km². O município limita-se ao Norte com o Oceano Atlântico, ao Sul com o Rio Jaguaribe, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com o Rio Paraíba (CABEDELLO, 2016).

Quando criado, o povoado de Cabedelo pertencia ao município de João Pessoa. A Lei Estadual nº 1631 de 12 de dezembro de 1956, deu-lhe autonomia política compondo-se de um único distrito. A instalação do novo município verificou-se a 31 de janeiro de 1957. É um município que faz parte da Região Metropolitana de João Pessoa e abriga o Porto de Cabedelo, que é a grande entrada e saída comercial do Estado (CABEDELLO, 2016).

A população residente estimada no município no ano de 2016 é de 66.858 habitantes (IBGE, 2010), Esta população aumenta durante o verão, chegando a atingir aproximadamente 80.000 habitantes, devido ao fluxo de turistas, veranistas e visitantes, e até 200.000 pessoas durante o carnaval. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita médio de R\$ 32.977,22, tornando-se a 3º renda do Estado da Paraíba (WIKIPEDIA, 2016).

Dentre suas atividades econômicas, predominam pela ordem, o comércio, inclusive o de derivados de petróleo, os serviços de operações portuárias, a pesca, a indústria e o turismo (IBGE, 2010).

No que concerne aos aspectos ambientais e de saneamento, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 97,68% das casas são do tipo tijolo/adobe. O abastecimento de água fornecido pela rede pública é de 99,36%, o tipo de tratamento da água no domicílio é de 40,89% filtrada e 39,77% sem tratamento. O recolhimento do lixo pela rede pública é de 94,58% e no que concerne ao destino das fezes/urina, 4,59% vão para o sistema de esgoto, 88,42% vão para fossas e 4,05% ficam a céu aberto.

Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0.748, encontrando-se em 2º lugar no ranking dos municípios da Paraíba (Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD 2000).

Na figura 1 temos foto panorâmica de Cabedelo, que demonstra 18 quilômetros de extensão por apenas três quilômetros de largura. O município está localizado na zona fisiográfica do litoral paraibano. Insere-se na unidade geoambiental dos Tabuleiros Costeiros e apresenta uma altitude média de apenas três metros acima do nível do mar. Possui aproximadamente 15 quilômetros de costa com praias urbanizadas. O espaço urbano do município de Cabedelo encontra-se subdividido em cinco setores. Fazem parte do município de Cabedelo os distritos: Centro, Camboinha (1, 2 e 3), Renascer, Poço e Intermares (WIKIPEDIA, 2016).

Figura 1- Foto panorâmica de Cabedelo/PB, 2016



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=mapa+de+cabedelo>

2.2 Constituição da Rede de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2016).

No município de Cabedelo-PB, atualmente, a Secretária de Saúde Municipal (SMS) é o órgão Gestor da Saúde Municipal, tendo como missão promover o fortalecimento das

Políticas Públicas de Saúde no Município, através de ações de Vigilância em Saúde, Atenção Básica (AB), Assistência Especializada e Hospitalar, no âmbito do SUS, com a participação do Controle Social, visando à melhoria da qualidade de vida de sua população; tem ainda, a responsabilidade de atuar como instrumento de agregação de valores sociais no nível municipal, observando aspectos econômicos, financeiro, de gerência técnica e administrativa, além de preconizar o acolhimento humanizado de seus usuários (SANTANA et al., 2014).

A rede assistencial do município de Cabedelo contempla: atenção primária e de média complexidade com oferta de atendimento ambulatorial e hospitalar. Além da sede administrativa, o município possui vinte Unidades Básicas de Saúde da Família, duas equipes do núcleo de apoio a saúde da Família (NASF), um Centro Municipal de Fisioterapia (CENFISIO), uma Policlínica Municipal com Serviços de Referência, um Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS (SAE), um Laboratório de Controle de Endemias, dois Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (CAPS 1 e CAPS AD), um Hospital de Média Complexidade, um laboratório municipal (LACEN) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O município tem a Atenção Básica como principal porta de acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS, já que é através delas que são organizados os fluxos de encaminhamentos para outros serviços que integram a rede de assistência. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) cobre 98% da população, sendo que 25,7% estão localizadas em áreas descobertas, prejudicando o acesso dos usuários a estes serviços e aumentando a procura espontânea a outros níveis hierárquicos de atenção (SANTANA et al., 2014).

2.3 Perfil e características da equipe de fiscalização

Os recursos humanos em vigilância sanitária (VISA) acompanham toda a problemática dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde. Convive-se com insuficiências qualitativas quanto à disponibilidade de pessoal e acentuadas distorções nas distribuições geográficas, sociais e institucionais desses recursos humanos (LEITE; OLIVEIRA, 2008).

As ações de vigilância sanitária se destacam dentre as demais ações de saúde, por necessitar de uma força de trabalho extremamente qualificada. Seu objeto de atuação tem um caráter complexo, tornando necessária a aquisição de conhecimentos advindos de diversas áreas, justificando também o envolvimento de equipes multidisciplinares (NASCIMENTO, 2001).

Documentos institucionais apontam claramente a baixa capacitação dos profissionais que atuam na Vigilância Sanitária, sugerindo problemas quanto à sua forma de atuação, o

que poderá resultar em debilidades quanto ao sistema de atenção à saúde (LEITE; OLIVEIRA, 2008).

O número e a qualificação dos profissionais que atuam em VISA devem ser suficientes para permitir a composição de equipes multiprofissionais, com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalhos intersetoriais, de forma a garantir a cobertura das diversas ações, de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que estão expostas as populações. O processo de trabalho do profissional de VISA impõe limitações quanto ao vínculo empregatício e impedimentos quanto ao exercício profissional, uma vez que, jurídica e eticamente, esse profissional não deveria exercer concomitantemente a função de fiscal de VISA e outro cargo no Setor regulado (CHRISPIM et al., 2014).

Existe atualmente 06 inspetores sanitários efetivos, 03 inspetores com cargos comissionados, 04 funcionários no setor administrativos, onde 02 são efetivos e 02 comissionados e 01 diretora, totalizando 14 funcionários. A averiguou-se que, 04 profissionais do departamento de Vigilância Sanitária de Cabedelo não foram habilitados para desempenhar suas funções plena de inspetor sanitário, entretanto não realizaram capacitação em VISA, enquanto 05 são capacitados, no entanto, todos afirmaram terem necessidade de aprimorar seus conhecimentos na área. No quadro 01 podemos visualizar o quadro funcional da VISA de Cabedelo-PB com a formação.

Quadro1- Número e características da equipe de fiscalização

CARGO OU FUNÇÃO COM QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL		QUANTIDADE
Diretor da VISA		01
SETOR ADMINISTRATIVO		04
Efetivo	Assistente social	01
	Nível médio	01
Comissionado	Nível médio	01
	Enfermeira	01
INSPETORES SANITÁRIOS		09
Efetivo	Farmacêutico	02
	Nutricionistas	02
	Enfermeira	01
	Pedagogo	01
Comissionado	Biólogo	01
	Enfermeiros	02
TOTAL		14

É de grande interesse da Vigilância em Saúde que os profissionais da Vigilância Sanitária sejam efetivos e capacitados para que não haja interrupção do serviço e para que os mesmos possam por em prática os conhecimentos adquiridos.

2.4. Situação de saúde no município de Cabedelo

2.4.1- Características epidemiológicas e sócio demográficas da mortalidade em Cabedelo.

Uma importante fonte para identificação das principais causas de Doenças Diarreica Aguda (DDA) em um determinado território são as estatísticas de mortalidade considerando suas tendências e desigualdades sociais. Segundo Marcondes (2002) os fatores determinantes estão relacionados às condições ambientais (saneamento básico, moradia), nutricionais (padrão alimentar da família), sociais (grau de instrução), econômica (renda familiar), cultural (hábitos de higiene, falta de instrução) e acessos aos serviços de saúde.

Atualmente no município de Cabedelo-PB, a principal fonte de informação dos dados de DDA se dá através do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP) do SUS, tendo como instrumento base as planilhas de Monitoramento de Doença Diarreica Aguda (MDDA) preconizado pelo MS (BRASIL, 2010b).

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como o objetivo o fornecimento de informações para análise dos problemas de saúde da população que ajuda subsidiar na tomada de decisões.

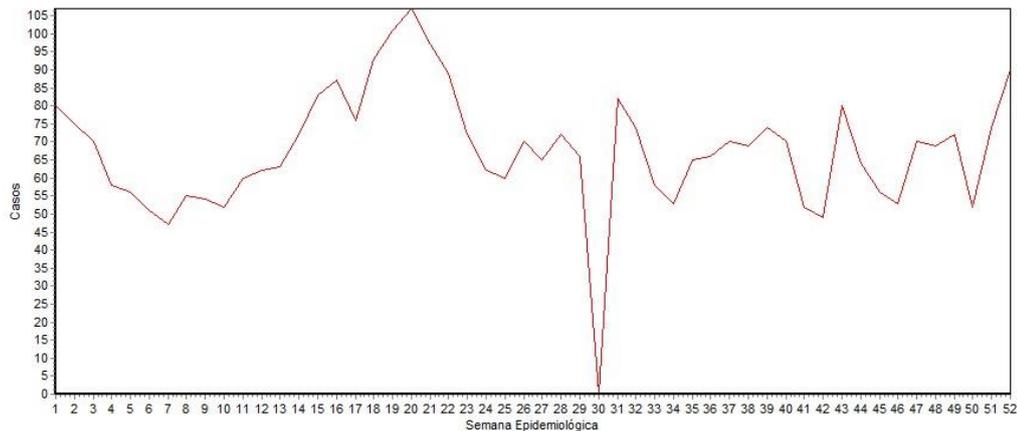
2.4.2. Dados Epidemiológicos nos casos de DDA

A rede de atenção básica e hospital são as principais fontes de coleta de dados para vigilância epidemiológica (VIEP), no controle deste agravo. Quando ocorrem denúncias de casos de surto (coletivo em um determinado território) a VISA e a VIEP, em alguns casos a vigilância do trabalhador (VISAT), passam a colher informações mais precisas por meio da ficha de notificação de surto, com o objetivo de identificar o agente causador da doença e promover prevenção.

De acordo com as ocorrências de DDA na população de Cabedelo, no ano de 2015 os dados apontaram 3.160 casos, com incidência média anual de 4,7 por cada 100 habitantes.

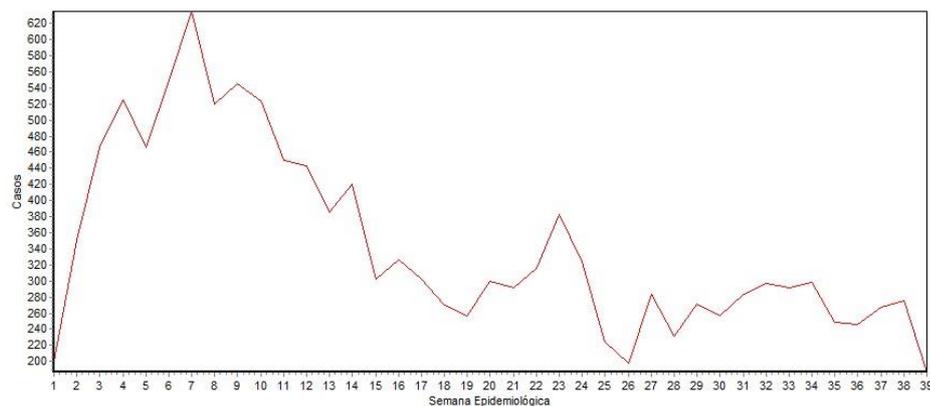
Em 2016 os dados obtidos até da 39ª semana, apresentaram 3.380 casos, com incidência média de 5%, houve um aumento anual de 1% (BRASIL, 2010b). No gráfico abaixo podemos visualizar os dados Epidemiológico conforme o SIVEP.

Gráfico 1: Casos de Doenças Diarreica Aguda segundo semana epidemiológica (SE), CABEDELLO/PB, SE 01 a SE 52, 2015.



Fonte: SIVEP/MDDA- Secretaria municipal de Cabedelo

Gráfico 2: Casos de Doenças Diarreica Aguda segundo semana epidemiológica CABEDELLO/PB, SE 01 a SE 39, 2016.



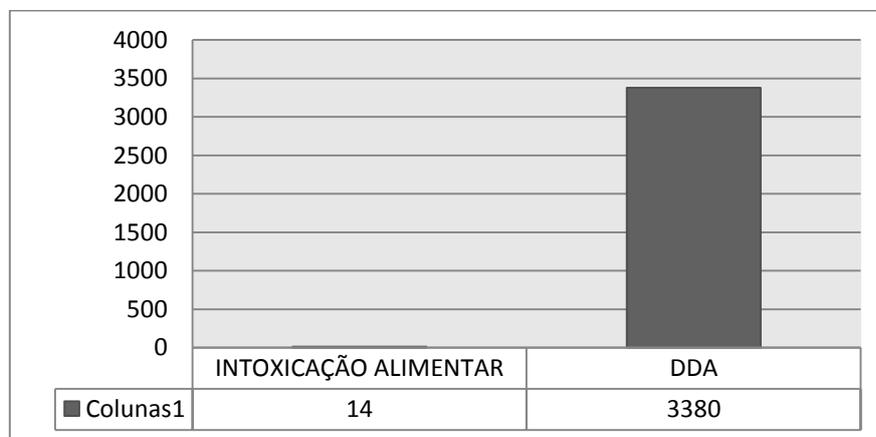
Fonte: SIVEP/MDDA- Secretaria municipal de Cabedelo

O período de ocorrência das DDA apresentou uma evidencia sazonal concentrando os maiores índices no período entre janeiro e abril, caracterizado pelo período de turismo em

Cabedelo. O Gráfico 2 apresenta uma queda considerável a partir no mês de Maio, enquanto Gráfico1 apresenta um aumento de casos de DDA a partir da semana 19.

De acordo com a Vigilância Sanitária, no período de verão ocorrem muitos casos de intoxicação alimentar, devido ao grande número de turistas que movimentam muito o município, fato esse notificado por meio de denúncias no setor da VISA. Neste caso, o conhecimento do risco sanitário torna-se um forte aliado para melhorar a segurança de alimentos em todos os estágios da cadeia alimentar, desde a produção, armazenamento, manipulação e consumo dos alimentos.

Gráfico 3- Casos de intoxicação alimentar e DDA, Cabedelo/PB, 2016.



Fonte: TABWIN-DATASUS

A VISA do município de Cabedelo inspeciona anualmente 998 estabelecimentos regulados, atende 100% das denúncias e demandas oriundas do Ministério Público. Atividade econômica predominante no município pertence ao comércio, onde 886 estabelecimentos são comerciais e 112 estabelecimentos são da área da saúde e escolas.

2.5 Articulação ensino-serviço

Em consonância com as diretrizes gerais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde/Redes visa promover a integração entre ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, tendo como estratégia a formação de grupos de aprendizagem tutorial com foco no desenvolvimento das redes de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, visa configurar-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, pela elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção das

Redes de Atenção à Saúde. Mantendo o pressuposto de direcionar a formação dos alunos de graduação e pós-graduação para as necessidades do SUS, uma de suas características é a integração entre distintas áreas do conhecimento, promovendo a interdisciplinaridade. Possibilita, desse modo, uma formação ampliada para os alunos de diferentes cursos de graduação – medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, odontologia, serviço social, terapia ocupacional, e profissionais dos serviços envolvidos no processo (SILVA et al.,2014).

A atuação do PET-Saúde/Redes, nesse contexto, potencializa as transformações na prestação de serviços à população, ao tempo em que reforça a valorização do papel desse nível de atenção na garantia da integralidade do cuidado. Desde 2005, a Universidade Federal da Paraíba tem promovido mudanças nos projetos curriculares dos cursos da área de saúde, reorientando a formação de acordo com as necessidades do SUS e a integração com as RAS (SILVA et al.,2014).

A rede de saúde do município de Cabedelo atualmente integra o cenário de ensino-aprendizagem dos cursos de formação na área da saúde, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores, visando contribuir com a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, que atenda à necessidade da saúde da população do município.

O município oferece estágios na rede de saúde com predominância em USF. Os discentes também visitam as vigilâncias para conhecer o nosso processo de trabalho, as dificuldades, os planejamentos e os desafios encontrados na rede de serviço de saúde municipal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Organizar o processo de trabalho no setor de alimentos da VISA de Cabedelo, tendo como finalidade, a intervenção prioritária nos estabelecimentos com alto risco sanitário, visando diminuir os agravos decorrentes da manipulação inadequada de alimentos que acomete a população.

3.2 Objetivos específicos:

- Propor um instrumento de classificação do risco sanitário no setor de alimentos da VISA do município de Cabedelo-PB;
- Promover capacitação para os servidores vinculados à VISA;
- Classificar os estabelecimentos regulados pelo setor de alimentos;
- Otimizar as ações de inspeções de Vigilância sanitária na área de alimentos;
- Aumentar a resolutividade no controle da manipulação de alimentos;

4 FUNDAMENTAÇÃO

A cadeia alimentar é afetada por perigos constituídos por agentes biológicos, químicos e físicos presentes ou uma condição desses agentes, com potencialidades para provocar um efeito nocivo para a saúde. Por outro lado, os riscos são uma junção de probabilidade de um efeito nocivo para a saúde e da gravidade desse efeito, como consequência de um perigo (CARVALHO, 2012).

Nos últimos anos vêm ocorrendo um acelerado crescimento das atividades industriais, o que leva ao aparecimento de novos problemas relacionados com segurança alimentar, proteção do homem e do meio ambiente (CASTRO, 2008).

Segundo Notermans *apud* Griffith et al. (1998), a evolução dos riscos do setor das indústrias alimentícias é um problema mundial e atual, observando-se um aumento considerável no número de casos de doenças provocadas por intoxicação alimentar, nos últimos 15 anos. Neste contexto, define-se intoxicação alimentar como todo alimento que causa dano a saúde do consumidor.

Dos modelos apresentados pelo Codex Alimentarius (2006) para garantir a segurança de alimentos, a Análise de Riscos tem sido sugerida como alternativa quantitativa promissora.

A análise de risco pode ser classificada em: Avaliação de riscos: é a avaliação científica do conhecimento ou potencial dos efeitos adversos para a saúde dependendo do grau de exposição de perigos. Formado pelas seguintes etapas: a) Identificação do perigo; b) Caracterização do perigo; c) Avaliação da exposição; d) Caracterização do risco. Para os autores o gerenciamento de riscos é o processo de fortes alternativas políticas para o aceite, minimização ou redução do risco avaliado e seleciona opções de apropriadas de implementação. E a comunicação de riscos é um processo interativo de trocas de informações e opiniões em riscos entre assessores, gerenciadores, consumidores, comunidade científica e outros interessados (FOA; WHO, 2006).

Com objetivo de fazer uma estimativa dos riscos, aonde envolve indivíduo no seu cotidiano, relacionado à sua segurança alimentar é necessário o conhecimento dos perigos que podem ocasionar um possível envenenamento ou intoxicação oriunda de alimentos.

É importante salientar a importância da observação das etapas em que o alimento percorre, estando sujeito ao risco sanitário. Antes de consumidos os alimentos passam por diversas etapas desde as colheitas durante os quais são submetidos à manipulação por várias pessoas, entre eles o produtor, a transportadora, o armazenador, o varejistas, o processador

(cozinheiro, auxiliar ou outro), o garçom a dona de casa, em qualquer etapa esses alimentos podem sofrer algum tipo de contaminação.

Os perigos podem ser classificados de acordo com sua natureza em três categorias: biológicos, químicos e físicos (BOARATTI, 2004). O perigo biológico é o que representa maior risco à inocuidade dos alimentos. Nesta categoria inclui às bactérias, fungos, vírus e parasitas patogênicos e toxinas microbiológicas (BAPTISTA; VENÂNCIO, 2003). O principal problema é causado pelas bactérias devido a sua capacidade de reproduzirem-se sobre o alimento até quantidades que adoeçam a pessoa que os consome ou até produzirem toxinas que causam a doença.

Os perigos químicos, provenientes de substâncias residuais no alimento, podendo ser intencionais ou naturais. Como exemplos, podem-se citar a ação de resíduos de agrotóxicos, antibióticos, aditivos alimentares, substâncias naturais tóxicas encontrados em alguns alimentos, entre outros (BOARATTI, 2004).

Entende-se por perigos físicos, ocasionados por quaisquer objetos estranhos, introduzidos antes ou durante o processamento, que representam ameaça a saúde humana. Como exemplos, citam-se, entre outros, cascos de vidros, pedaços de madeira, insetos mortos, objetos pessoais, pedaços de metais, ossos (BOARATTI, 2004).

Os alimentos são contaminados de diversas maneiras devido à variação de fontes de contaminação, porém a principal causa de contaminação de alimentos é a falta de higiene na manipulação, as pessoas responsáveis por esse trabalho realizam um papel importante com suas atitudes na prevenção de doenças na população (CARVALHO, 2012).

De acordo com estudos científicos classificamos as atividades alimentícias em baixo e alto risco sanitário considerando seu poder de contaminação durante o processo de fabricação e manipulação dos alimentos. Práticas inadequadas que ocorrem durante o processamento permitem as contaminações pela sobrevivência e multiplicação de microrganismos nos alimentos, em destaque as bactérias, onde a implantação de boas práticas de fabricação se faz obrigatória para promover segurança alimentar aos consumidores, de modo eficaz e eficiente no controle das DTAs (CASTRO, 2008).

No setor de alimentos, são enfatizadas as ações de supervisão e inspeção das condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos e as práticas de manipulação dos alimentos, sob conduta orientativa e quando necessário, punitiva, sempre realizada pelas

equipes técnicas de vigilância sanitária. Porém, são escassas as publicações que oferecem propostas de sistematização no exercício dessa atividade (SOTO et al., 2006).

A educação das pessoas envolvidas no preparo e processamento dos alimentos constitui ação crucial de defesa na prevenção de grande parte das enfermidades transmitidas pelos alimentos, que podem ser causadas tanto pelo contato direto do manipulador com o alimento quanto pela contaminação cruzada. A falta de consciência dos manipuladores faz com que a maioria dos surtos ocorra como resultado do manuseio incorreto do alimento, tanto em residências quanto em restaurantes, buffês e lanchonetes. Assim, torna-se evidente a necessidade de fortalecer e capacitar cada vez mais os manipuladores de alimentos, e contribuir para a melhoria da qualidade higiênico-sanitário dos alimentos.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O grupo Afinidade Areia Vermelha inicialmente foi composto por integrantes das VISA dos municípios de Cabedelo-PB, Bayeux-PB, Sobrado-PB e a Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA-PB), porém ao longo da especialização algumas pessoas deixaram o curso, e os grupos iniciais foram desfeitos e os integrantes restantes se incorporaram a outros grupos. Foi o caso do grupo Afinidade Areia Vermelha, em que saíram os representantes do município de Bayeux e Sobrado e houve a incorporação de dois integrantes ao grupo, que trabalham no município de Santa Rita-PB. O município de Cabedelo foi eleito como referência para elaboração do projeto de intervenção que servirá como modelo a ser implantado nos demais.

Segundo Matus (1996), um problema é um obstáculo que, numa situação concreta, situa-se entre a realidade atual e aspiração de um ator que participa de um jogo social, com carga particular de ideologias, valores e conhecimentos. Deste ponto de vista, problema é uma situação negativa ou inadequada que se quer resolver.

Para a construção do PA foram utilizadas algumas metodologias com base no planejamento estratégico situacional proposto por Carlos Matus. Iniciamos pela dinâmica para a identificação de problemas, onde cada participante do grupo Afinidade elegeu três desconfortos/inquietudes em relação ao contexto para o qual quer direcionar seu projeto aplicativo. E assim houve a análise de pertinência e agrupamento de idéias afins. Abaixo segue os problemas elencados pelo grupo:

- 1-Insuficiência do número de inspetores sanitários e imperícia dos mesmos;
- 2-Estrutura física, materiais permanentes e transportes insuficientes e inadequados;
- 3-Ausência de planejamento das ações da VISA definindo as prioridades, riscos sanitários e metas;
- 4-Pouca divulgação do trabalho da Vigilância Sanitária e seu campo de atuação para a população local.

Após identificação dos problemas, utilizou-se a Matriz Decisória II, proposta no Caderno Projeto Aplicativo (CALEMAN et al., 2016), como ferramenta para apoiar a tomada de decisão no sentido da priorização do macroproblema a ser enfrentado. Essa matriz destaca a urgência e capacidade de enfrentamento do problema. Após a aplicação desta matriz e maior aproximação com o desconforto, chegou-se ao seguinte problema: Baixa resolutividade no controle da manipulação de alimentos. Este problema é referente ao setor de alimentos da VISA.

Na Matriz Decisória II, salienta a urgência e capacidade de enfrentamento do problema. Para tanto, a sua aplicabilidade prescinde uma maior investigação ou ciência (Conhecimento) do problema a ser enfrentado. Cabe ressaltar que, o conhecimento está diretamente conectado a capacidade de enfrentamento do problema, que por sua vez converge do conceito de governabilidade, assim compreende as variáveis controláveis ou não controláveis pelo ator social que está habito a identificar o problema.

Pode ser entendida a capacidade de enfrentamento do problema: dentro da capacidade é concernente ao ator controlar todos os recursos, entretanto, fora da capacidade ocorre quando o ator não tem controle dos recursos e parcial sucede quando a ator controla uma parte dos recursos.

Urgência é um critério intrinsecamente relacionado com os as consequências ou danos oriundos do problema. Desse modo se estabelece que ficou convencionado uma pontuação tomando como parâmetro um exemplo, esse varia-se entre (0 a 50). Portanto, a Matriz Decisória II, será representada em uma tabela a seguir na figura 1 (CALEMAN et al., 2016).

Quadro 2 - Priorização de Problemas - Matriz Decisória II

Itens	Problema	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
1	Insuficiência do número de inspetores sanitários e imperícia dos mesmos;	14	Fora	2 ^a
2	Estrutura física, materiais permanentes e transportes insuficientes e inadequados	12	Fora	4 ^a
3	Ausência de planejamento das ações da VISA definindo as prioridades, riscos sanitários e metas	17	Parcial	1 ^a
4	Ausência de divulgação referente ao campo de atuação da Visa para população local.	12	Dentro	3 ^a

Dando continuidade da dinâmica, o próximo passo foi identificar os atores sociais. Um ator social, para se configurar como tal, deve ter três características/condições: (i) capacidade para formular projetos de intervenção na realidade, quer para mudá-la ou reproduzi-la; (ii) capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar à frente uma proposta de mudança ou de reprodução do contexto atual; e (iii) algum grau de organização, ou seja, pessoas que se agrupam em torno de uma proposta ou projeto ou organização e que devem estar de acordo e de certa forma mobilizadas para uma atuação coordenada (CALEMAN et al., 2016).

Para identificação dos atores sociais foi utilizada Matriz de mapeamento de atores sócias, onde lista os atores sociais, segundo valor e interesse frente aos problemas priorizados (CALEMAN, et al., 2016. Seguem os atores sociais identificados: Diretor da VISA, Gestor de Vigilância em Saúde (VS), Secretário de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Inspetores sanitários.

Quadro 3 -Identificando Atores Sociais

Matriz de mapeamento de atores sociais		
Análise situacional	VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE CABEDELO	
Problemas Priorizados	Baixa resolutividade no controle da manipulação de alimentos.	
ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
Diretor da Visa	Alto	+
Gestora da VS	Alto	+
Secretário de Saúde	Alto	+
Conselho municipal de saúde	Alto	+
Inspetores sanitários	Baixo	+

5.1 Árvore Explicativa

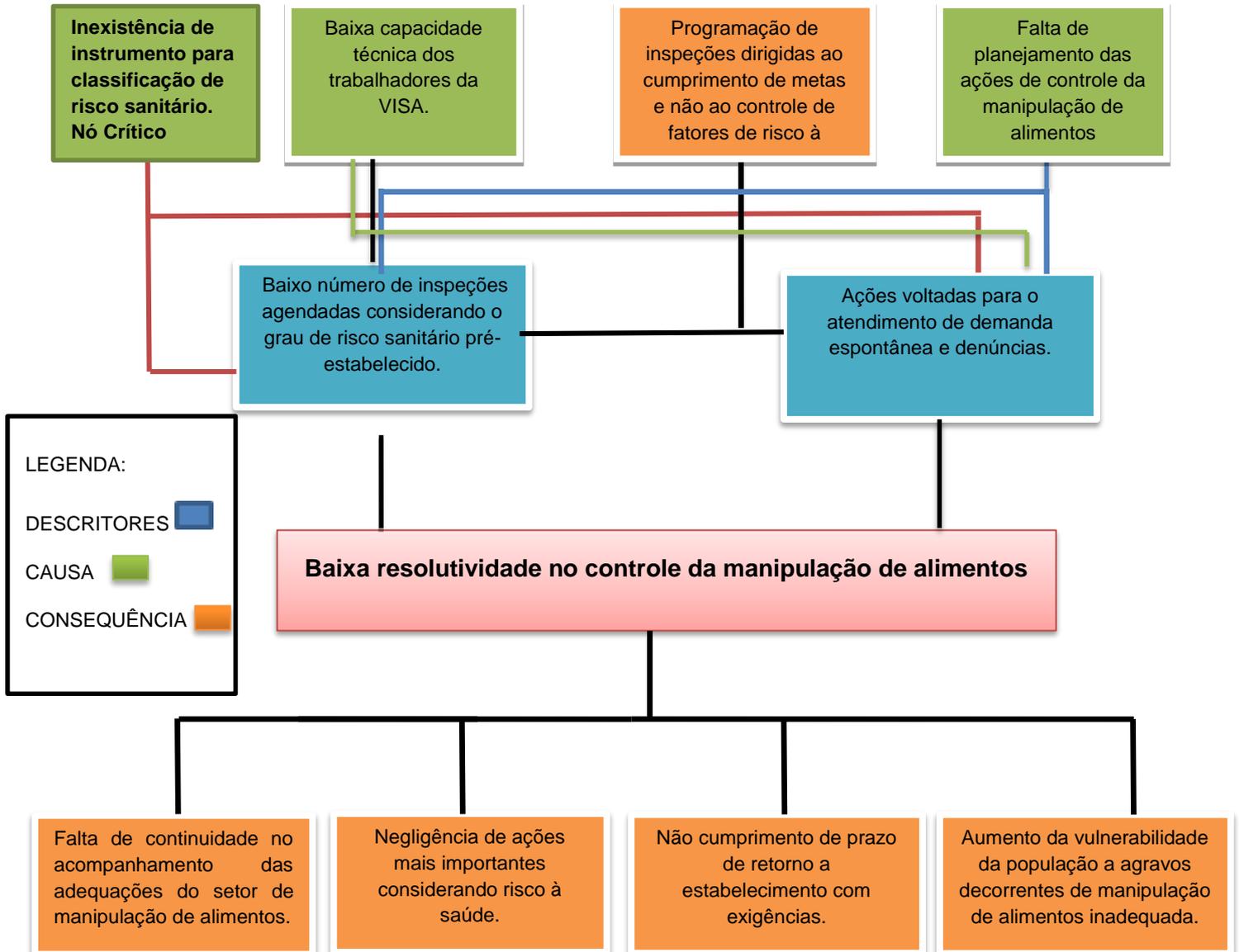
A árvore explicativa é um diagrama de causa-efeito, que possibilita a análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais. Nelas estão estabelecidas as ligações mais importantes, visando analisar a realidade, que é complexa de uma forma mais simplificada a fim de tornar possível uma ação. É o que a literatura denomina “redução de complexidade” (CALEMAN, et al., 2016).

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.

Para realização da dinâmica da construção da árvore explicativa foram propostos cinco movimentos: 1 - Descrevendo do problema; 2 - Identificando as causas que determinaram o problema; 3 - Identificando as consequências do problema; 4 - Relacionando descritores, causas e consequências; 5 - Identificando nós críticos.

Abaixo apresenta-se a árvore explicativa pelo grupo com seus descritores, causas e consequências.

Figura1- Árvore Explicativa, segundo descritores, causas e consequências.



5.2 Seleção dos Nós-Críticos

A Árvore Explicativa de Problemas nos mostra causas e consequências para o problema priorizado, e depois procede-se à identificação e seleção de causas chaves sobre as quais o ator deve e pode atuar, ou seja, ser alvos de intervenção no plano de ação, chamadas de “nós críticos” (CALEMAN et al., 2016).

Os nós críticos devem cumprir simultaneamente três condições, considerando-se as seguintes perguntas: (i) a intervenção sobre esta causa tem impacto decisivo sobre os

descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente? (ii) a causa é um centro prático de ação? Ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal, mesmo que não seja pelos atores que a explicam? (iii) é politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas)? (MATUS, 1996 apud CALEMAN et al., 2016).

Diante da identificação dos nós críticos e da seleção do nó “Ausência de critério para classificação de risco sanitário” foi elaborado um plano de ação dentro da governabilidade dos atores envolvidos, com o objetivo de alterar a situação atual no município de Cabedelo – PB para um cenário desejado conforme as necessidades do município.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para delinear o plano de ação houve a necessidade de estabelecer critérios e a dinâmica para sua construção, bem como a análise do impacto dessas sobre as principais causas (nós críticos); definir cada responsável por cada atividade; os recursos, produtos e resultados de cada atividade; a elaboração dos cenários; levando-se em conta a governabilidade de cada ator social, pois se o nó crítico selecionado está dentro do espaço de governabilidade do ator, é mais fácil de ser enfrentado, pois este controla os principais recursos dos quais dependem sua solução.

Devido à ausência de critérios para classificação de risco sanitário, surgiu a necessidade da criação de um plano de ação voltado para o estabelecimento de critérios de classificação de risco sanitário, a partir da formação de um grupo de trabalho constituído por integrantes da VISA, representante da AGEVISA da área de alimentos, representante dos inspetores sanitários, representante da Vigilância Epidemiológica.

Este grupo terá o objetivo de elaborar um instrumento para classificação do risco sanitário no setor de alimentos e capacitar os servidores vinculados à VISA. Após a capacitação, a coordenação irá planejar as inspeções priorizando os estabelecimentos de alto risco, visando diminuir a exposição das pessoas à situação de risco que possam levar ao adoecimento, o número de denúncias e possibilitando melhorar a qualidade de vida e a saúde da população cabedelense.

A dinâmica para a construção de um plano de intervenção (Plano de Ação) incidiu tomando como referência o nó crítico selecionado, por meio da Ferramenta I: Plano de Ação - PES Simplificado (anexo A), tendo como objetivo a transformação da situação atual produzida pela execução do plano de ação. O grupo afinidade optou por essa ferramenta I, por apresentar inúmeras condições que podem ocorrer durante a execução do plano, essas mudanças requerem uma permanente análise de conjuntura. Abaixo segue as ações e as atividades estabelecidas e no anexo I a planilha Plano de Ação – PES Simplificado, onde pode-se visualizar o resultado esperado, ações e atividades, responsáveis, parceiros, indicadores, recursos e prazos.

Segundo Contandriopoulos (1997), Intervenção é o conjunto de meios físicos, humanos, financeiros, organizados num contexto específico, em dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Com base nos objetivos elencados, esse plano de intervenção vem apresentar como medidas para gerenciamento e avaliação do plano, as seguintes estratégias:

Como ação:

-Estabelecer critérios para classificação de riscos sanitários no setor de alimentos

Como atividades

-Formar um grupo de trabalho;

-Criar um instrumento para classificar os estabelecimentos com base no risco sanitário;

-Capacitação da equipe da vigilância em saúde para implantar o instrumento de classificação de risco sanitário;

-Categorização dos estabelecimentos regulados segundo os critérios de classificação dos riscos sanitário

Para acompanhamento da implementação das ações, construímos um cronograma de acompanhamento, onde para tanto utilizou o diagrama de Gantt como representação gráfica que ilustra o avanço das diferentes etapas do projeto. Essa planilha está anexa (anexo B), onde ressaltamos que ainda não iniciamos a implantação do plano de intervenção.

Foi construída também uma planilha orçamentária das ações/atividades que demandam recursos econômicos, podemos visualizá-la no anexo C. Com relação ao custo financeiro do projeto, será necessário disponibilização de recurso orçamentário apenas para a compra de materiais didáticos, alimentação (lanche) ofertada aos inspetores que farão as capacitações e cartilha que será distribuído aos profissionais de saúde, setor regulado e também a população que farão as capacitações, conforme apresentado na PES.

A matriz de monitoramento do plano (anexo D), será uma ferramenta utilizada para avaliar o andamento do projeto aplicativo, considerando a situação, os resultados, as dificuldades e os ajustes (se necessário), relacionados à ação proposta.

7 DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO

Considera-se que as ações viáveis são aquelas de consenso, as quais todos os atores sociais envolvidos consideram de modo positivo, assumindo uma postura de apoio, com governabilidade. Esse movimento estratégico do plano é feito por meio da análise do interesse e do valor que cada ator social atribui às ações do plano. Em anexo (anexo B) podemos visualizar a Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano, com análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano (CALEMAN et al., 2016).

Após análise do conjunto de variáveis relacionadas ao cenário de viabilidade de aplicabilidade do projeto aplicativo, verificou-se um cenário favorável, considerando os atores envolvidos, visando superação do problema identificado, e que as propostas atendem aos requisitos de viabilidade e factibilidade em sua concretização.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse Projeto Aplicativo ainda não possui resultados, em razão de ser apenas uma proposição. Mas, como os atores sociais elencados têm alto interesse e governabilidade, entendemos que há probabilidade real e concreta de avançar na perspectiva da “nova vigilância sanitária”. Este Projeto Aplicativo sugere ações e atividades relativamente simples e viáveis, em que a grande mudança consiste na concepção do trabalho de VISA.

Não há dúvida que as ações realizadas pela Vigilância Sanitária causam impacto e têm relevância de interesse para a saúde, serviços prestados e proporcionam permanente avaliação e prevenção do risco à saúde. Além disso, buscam intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

A deficiência de planejamento e o improviso tornaram-se peculiares na gestão pública. O planejamento estratégico situacional pode contribuir para a inovação e a modernização dos processos decisórios no setor público. A falta de entendimento das ações de Vigilância Sanitária pode levar muitas vezes a má compreensão do que de fato compete a VISA, até mesmo por parte dos demais setores públicos e gestores, gerando até uma articulação deficiente com esses demais setores, postergando ou obstaculizando o resultado das ações de saúde pública.

REFERÊNCIAS

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

AZEVEDO, T.L.S. Relatório de Gestão da Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde: Diretoria de Atenção Básica. Cabedelo: [s.n]; 2011.

BAPTISTA, P.; VENÂNCIO, A. Os perigos para a segurança alimentar no processo de alimentos. http://www.esac.pt/noronha/manuais/manual_4_perigos.pdf acesso em 17 de outubro de 2016

BOARATTI, M. de F. G. Análise de perigos e pontos críticos de controle para alimentos irradiados no Brasil. **Dissertação de mestrado**, IPEN, 126p, 2004.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 31 de outubro de 2016

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 421**, de 03 de março de 2010. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/103143-421.html>>. Acesso em: 16 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas – MDDA: manual do monitor**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b, 94p.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.

CABEDELO. Prefeitura Municipal de Cabedelo. **A cidade**. Disponível em: <<http://www.cabedelo.pb.gov.br>>. Acesso em: 31 de outubro 2016.

CARVALHO, L.R. Mapeamento de risco microbiológico no processo produtivo de carne bovina: Diagnóstico e proposição de melhoria contínua. **Tese de doutorado**, UFF, 2012.

CASTRO, S. A. R. dos S. **Boas práticas de higiene: um pilar para a produção de alimentos seguros**. 2008. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Medicina Veterinária, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2008.

CALEMAN et. Al. Projeto Aplicativo. **Termos de Referência**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto de Ensino e Pesquisa, 2016. 54p. (Projeto de apoio ao SUS).

CHRISPIM, P.P; FERRAZ, A.C.; POMBO, A.P. Pelo fortalecimento das Visas estaduais e municipais. **Radis**. N144, p.35, set, 2014.

CODEX Alimentarius. **Higiene dos alimentos: textos básicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

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.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Food safety risk analysis. A guide for national food safety authorities. Rome: FAO; 2006. Disponível em: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0822e/a0822e00.pdf> Acesso em 24 de outubro de 2016.

GRIFFITH, C. J.; WORSFOLD, Denise & MITCHELL, Robert. **Food preparation, risk communication and the consumer**. Food Control 9(4):225-232, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250320&search=paraiba|cabedelo>. Acesso em: 31 de outubro de 2016.

LEITE, M. J. V. de F.; OLIVEIRA, A. G. R. da C. Recursos humanos em vigilância sanitária: uma discussão sobre perfil profissional. **Holos**, Ano 24, Vol. 1, 2008

NASCIMENTO, A. **Caderno de Debates da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Out/Nov, 2001.

Manual Integrado de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimentos MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília – DF, 2010 Alimentos.

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: 28 de outubro de 2016

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 9ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2002.

PROTOCOLO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Brasília, 2007. http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/protocolo_acao.pdf

SANTANA, J.S.; SANTOS, S. R.; MEDEIROS, A.L.; SOARES, M. J. G.; CHACON, S. M. Acessibilidade aos serviços de saúde: Opinião de usuários. **Revista enfermagem UFPE on line**. Recife, V.8, supl. 3, p.4046-55, nov., 2014.

SILVA, R.K.P.; SANTOS, MARIANA; DANTAS, M.B.P. Contribuições do PET-Saúde nas Ações do Outubro Rosa em João Pessoa e Cabedelo (PB): Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V. 18, supl. 2, p.137-140, 2014.

VALENTE, D; PASSOS, A. D. C. Avaliação higiênico-sanitária e físico-estrutural dos supermercados de uma cidade do Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 80-87, 2004.

Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 supl.2 Rio de Janeiro Dec. 2008.

WIKIPEDIA. **Cabedelo**. Disponível em:< <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cabedelo>>. Acesso em: 31 de outubro de 2016.

ANEXOS

ANEXO A - PLANILHA DO PLANO DE AÇÃO- PES SIMPLIFICADO.

Espaço do Macroproblema	VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE CABEDELO							
Problema	Baixa resolutividade no controle da manipulação de alimentos							
Nó Crítico	Ausência de critério para classificação de risco sanitário para estabelecer prioridades							
Resultado Esperado	Ação	Atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos	Prazos
Diminuir os riscos sanitários, visando à promoção, prevenção e proteção da saúde da população.	Estabelecer critérios para classificação de riscos sanitários no setor de alimentos	Formar um grupo de trabalho para normatizar o risco sanitário (atividade)	- Simone Falcão -Jannily Nascimento -Christiane Lucena -Paula Araújo -Diego Macedo	-Diretor da VISA; -Gestora da V.S; -Diretora da VIEP; - Diretora da VISAT; -Inspetor (a) da AGEVISA do setor de alimentos.	-	- Comissão de trabalho implantada.	- Político; -Econômico; - Técnico; -Organizacionais	12 meses
		Criar um instrumento para classificar os estabelecimentos com base no risco sanitário.	- Simone Falcão -Jannily Nascimento -Christiane Lucena -Paula Araújo -Diego Macedo	-Diretor da VISA; -Gestora da V.S; -Diretora da VIEP; - Diretora da VISAT; -Inspetor (a) da AGEVISA do setor de alimento		-Instrumento criado.	- Político; -Econômico; - Técnico; -Organizacionais	12 meses

		Capacitação da equipe da vigilância em saúde para implantar o instrumento de classificação de risco sanitário.		-Inspetor(a) AGEVISA (setor de alimentos).	-	% dos inspetores sanitários capacitados	-Técnico; -Organizacionais	06 meses
		Categorização dos estabelecimentos regulados segundo os critérios de classificação dos riscos sanitário.	- Simone Falcão -Jannily Nascimento -Christiane Lucena -Paula Araújo -Diego Macedo	- Diretor da V.S	-	% dos estabelecimentos na área de manipulação de alimentos classificados	- Econômico; - Técnico; -Organizacionais.	06 meses

Legenda:

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT);

Vigilância -Epidemiológica (VIEP)

Agencia Estadual de vigilância sanitária (AGEVISA) do setor de alimento.

ANEXO B - Cronograma de Acompanhamento de Implantação do Plano de Ação.

Nó -crítico1 . Ausência de critério para classificação de risco sanitário para estabelecer prioridades.	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ação1 Estabelecer critérios para classificação do risco sanitário no setor de alimento.												
Atividade 1 - Formar um grupo de trabalho para normatizar o risco sanitário (atividade)												
Atividade 2 - Criar um instrumento para classificar os estabelecimentos com base no risco sanitário.												
Atividade 3 - Capacitação da equipe da vigilância em saúde para implantar o instrumento de classificação de risco sanitário.												
Atividade 4 - Categorização dos estabelecimentos regulados segundo os critérios de classificação dos riscos sanitário.												

ANEXO C - Planilha Orçamentária.

Nó Crítico	Ações	Data inicial	Data final	Despesas de custeio R\$	Despesas de investimento	Total
Ausência de critério para classificação de risco sanitário para estabelecer prioridades	Estabelecer critérios para classificação de riscos sanitários no setor de alimentos	JAN/2017	DEZ/2017	800 Cartilhas – R\$ 4.000,00	-	4.990,00
				07 resma de papel A4 – R\$ 100,00		
				03 toner remanufaturado – R\$210,00		
				20 escacelas – R\$ 80,00		
				25 canetas – R\$ 40,00		
				03 pendrive – R\$ 60,00		
				60 lanches – R\$ 500		

ANEXO D - Matriz de Monitoramento do plano

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
Estabelecer critérios para classificação de riscos sanitários no setor de alimentos	EA			

Legenda:

Em andamento- EA

Concluída- C

Não concluída-NC

**JAMES ROCHA FIALHO
JOANNA ANGÉLICA ARAÚJO RAMALHO
MARIA ALZIRA DE MELO FALCÃO BARBOSA
MARIA DA PENHA NÓBREGA DE MELO**

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA GERÊNCIA TÉCNICA DE
INSPEÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DA AGEVISA-PB COM
BASE NO RISCO SANITÁRIO.**

João Pessoa

2016

JAMES ROCHA FIALHO

JOANNA ANGÉLICA ARAÚJO RAMALHO

MARIA ALZIRA DE MELO FALCAO BARBOSA

MARIA DA PENHA NÓBREGA DE MELO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA GERÊNCIA TÉCNICA DE
INSPEÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DA AGEVISA-PB COM
BASE NO RISCO SANITÁRIO**

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

Orientadora: Ma. Julyana Silva de Assis

**João Pessoa
2016**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	6
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivos Gerais.....	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4. FUNDAMENTAÇÃO.....	11
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
7. DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO (VIABILIDADE).....	22
8. REFERÊNCIAS	23
ANEXOS.....	26

APRESENTAÇÃO

O referido trabalho trata de um Projeto Aplicativo para apresentação ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, como requisito para certificação dos autores como Especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária, com o intuito de sugerir alternativas para a gestão de processos de trabalho, com foco no risco sanitário inerente aos produtos e serviços regulados relacionados às áreas de medicamentos, cosméticos e saneantes.

O local a ser realizado este Projeto Aplicativo será a Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos da Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba (GTICMP/AGEVISA-PB).

O grupo de trabalho que construiu este Projeto Aplicativo, mesmo chamado de “*afinidade*”, possuía quatro integrantes com formações e funções diversas e estão locados em organogramas diferentes no Estado da Paraíba, conforme apresentado a seguir:

1 – um farmacêutico – Inspetor Sanitário da GTICMP/AGEVISA-PB.

2 – uma enfermeira da Gerência Operacional de DST, AIDS e Hepatite Virais da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

3 – uma pedagoga – apoiadora e responsável na 1ª Gerência Regional de Saúde do Programa Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Gerenciador de Ambiente Laboratorial (Vigiágua/Siságua/GAL).

4 – uma administradora – Técnica em Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da Comissão Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (IRAS/CECIS-PB).

Mesmo sendo de tamanha heterogeneidade, o grupo renova o compromisso para a elaboração, entrega e implementação de um projeto viável e exequível para a melhora na gestão do risco sanitário e, conseqüentemente, da saúde da população no Estado da Paraíba.

1. INTRODUÇÃO

A descentralização dos serviços de saúde aos municípios, inclusive os serviços de VISA, é uma das premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

No Estado da Paraíba, as ações de VISA relacionadas às atividades regulatórias de produtos e serviços das áreas de medicamentos, cosméticos e saneantes no Estado da Paraíba estão descentralizadas a três municípios dos 223 existentes: João Pessoa (gestão plena), Campina Grande e Patos, respectivamente o primeiro, segundo e quarto municípios do Estado em termos populacionais.

Ao alto número de municípios com estabelecimentos regulados pela GTICMP/AGEVISA-PB, soma-se o baixo quantitativo de inspetores sanitários à disposição e a ausência de critérios para estabelecer as prioridades de execução das atividades da GTICMP, o que caracteriza uma baixa resolutividade das ações de inspeção sanitária, descrita pelo baixo número de empresas inspecionadas até o dia 31 de março, prazo fixado para o vencimento das Licenças Sanitárias emitidas pela GTICMP (31 de março do ano subsequente), conforme exposto na Resolução – SES/PB nº 01, de 12 de agosto de 1996, bem como o número de processos administrativos não concluídos e a pouca produção de outras atividades no setor, tais como ações educativas, capacitação de municípios, apuração de denúncias e queixas técnicas, entre outras.

Em tempo, nem todas as VISAS adotam uma data fixa para a validade das licenças sanitárias emitidas. Exemplificando, a Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo define este prazo em um ano, a partir da data de deferimento da licença, conforme exposto na Portaria – CVS nº 04, de 21 de março de 2001.

Mediante estas observações descritas sobre a GTICMP, há um estrangulamento de atividades e de responsabilidades das ações de VISA em nível estadual, o que veio de encontro com as expectativas do grupo, no tocante a integração e descentralização dessas ações. A busca da melhoria do processo de trabalho em Vigilância Sanitária, através de ações articuladas e integradas, deve ser uma constante no dia a dia dos profissionais da saúde.

Isto posto, justifica-se a necessidade da organização do processo de trabalho da Gerência, a partir do estabelecimento de critérios baseados no risco sanitário, para que haja a redução da exposição a este risco com consequentes danos a saúde da população.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/MS foi criada através da Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Em âmbito estadual, há outras três Agências de VISA, conforme apresentadas abaixo:

a) A Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba (AGEVISA-PB), sediada na capital do Estado, foi criada através da Lei Estadual nº 7.069, de 12 de abril de 2002. A referida autarquia “tem por finalidade promover a proteção à saúde da população, através do controle sanitário da produção, da fabricação, da embalagem, do fracionamento, da reembalagem, do transporte, do armazenamento, da distribuição e da comercialização de produtos e serviços submetidos ao regime de vigilância sanitária”.

b) Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (AGEVISA-RO), criada pela Lei Complementar nº 333, de 27 de dezembro de 2005.

c) Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – APEVISA, unidade técnica vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, originada através da Lei nº 13.077, de 20 de julho de 2006.

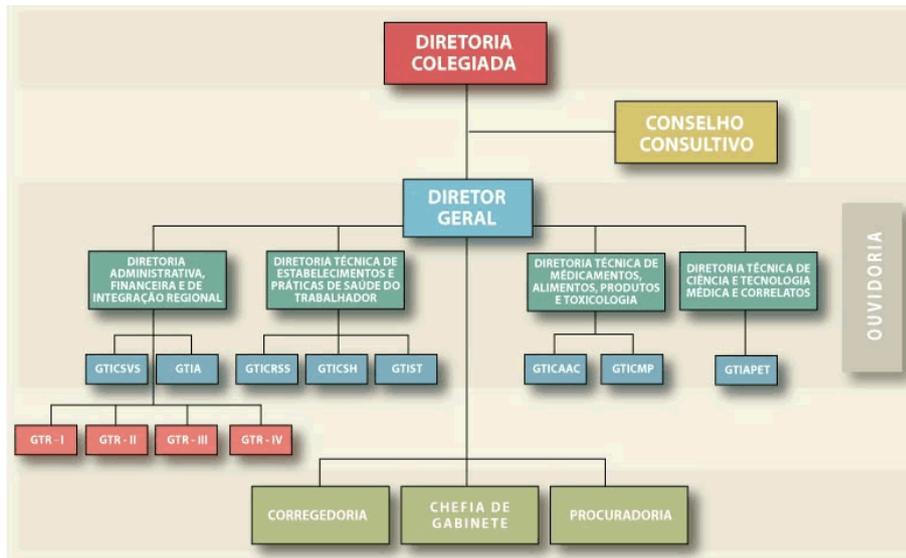
Nos demais estados da Federação, as vigilâncias sanitárias são diretamente inseridas no organograma da Secretaria de Saúde.

No organograma da AGEVISA-PB (figura 1), observa-se a estrutura básica desta Agência: Diretoria Colegiada, Conselho Consultivo e Direção Geral, Diretoria Administrativa e Financeira, três diretorias técnicas e os setores auxiliares da Agência (ouvidoria, corregedoria, procuradoria e chefia de gabinete).

Como parte da política de integração regional, conforme citado na Lei Estadual nº 7.069/2002, a Agência possui quatro Gerências Técnicas Regionais, localizadas, nas cidades de Guarabira, Campina Grande, Patos e Sousa.

Neste organograma, a Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos (GTICMP), local onde será realizado este Projeto Aplicativo, está ligada à Diretoria Técnica de Medicamentos, Alimentos, Produtos e Toxicologia (DTMAPT). Em linhas gerais, essa Gerência regula três áreas de produtos e serviços sujeitos à VISA: medicamentos, cosméticos e saneantes, no que diz respeito a fabricação, distribuição, transporte e comércio varejista (este último somente na área de medicamentos).

FIGURA 1: organograma – AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA, 2016.



Fonte: <http://www.agevisa.pb.gov.br/index.php/organograma>, consulta em 04/10/2016.

Neste organograma, a Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos (GTICMP), local onde será realizado este Projeto Aplicativo, está ligada à Diretoria Técnica de Medicamentos, Alimentos, Produtos e Toxicologia (DTMAPT). Em linhas gerais, essa Gerência regula três áreas de produtos e serviços sujeitos à VISA: medicamentos, cosméticos e saneantes, no que diz respeito a fabricação, distribuição, transporte e comércio varejista (este último somente na área de medicamentos).

As principais demandas do setor são: avaliação de projetos para verificação do fluxo operacional de empresas (projetos iniciais para aberturas de empresas); inspeções sanitárias para observância de estruturas físicas e áreas mínimas, com vistas ao início das atividades das empresas; inspeções sanitárias de rotina, para renovação do licenciamento sanitário; reinspeções sanitárias, para verificação de atendimento às exigências; lavratura de documentos acerca das inspeções e reinspeções sanitárias realizadas; lavratura de autos de infração e elaboração de pareceres técnicos; apuração de denúncias encaminhadas pela Ouvidoria; capacitações e ações de educação em VISA (de VISAs municipais, setor regulado, faculdades, etc.); e outras demandas externas (solicitações de Conselhos de Classe, Ministério Público, polícias, etc.). O quantitativo de empresas reguladas pela Gerência está apresentado no quadro 1.

QUADRO 1: número de empresas cadastradas na Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos – GTICMP, em dezembro de 2015.

ATIVIDADE	NÚMERO DE EMPRESAS CADASTRADAS
MEDICAMENTOS	
Indústria	00
Distribuidora	24
Transportadora	02
Farmácia de Manipulação	18
Drogarias	665
Farmácias Básicas	48
Postos de Medicamentos	14
COSMÉTICOS	
Indústria	03
Distribuidora	05
Transportadora	00
SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	
Indústria	21
Distribuidora	01
Transportadora	00
TOTAL	785*

*dados de empresas “ativas” nos últimos 36 meses.

Fonte: cadastro interno da AGEVISA-PB.

Dentro deste contexto, os principais entraves para o melhor cumprimento das responsabilidades da Gerência, estão elencados abaixo:

- A Gerência dispõe apenas de 03 (três) Inspetores Sanitários com formação superior em Farmácia. Saliente-se que há uma normativa do Conselho Federal de Farmácia a qual afirma que as inspeções sanitárias que envolvam medicamentos sejam realizadas somente por Farmacêuticos (Resolução – CFF nº 539, de 22 de outubro de 2010).
- Atualmente, as ações de vigilância sanitária na Paraíba nas áreas de responsabilidade da GTICMP (medicamentos, cosméticos e saneantes) estão descentralizadas em apenas 03 (três) dos 223 (duzentos e vinte e três) municípios do Estado, quais sejam, João Pessoa, Campina Grande e Patos.
- Em virtude de um dispositivo Legal (Resolução – SES/PB nº 01, de 12 de agosto de 1996), todas as Licenças Sanitárias emitidas pela Gerência expiram-se em 31 de março do ano subsequente. Ou seja, em uma mesma data, todas estas Licenças expiram-se, o que engessa a programação de inspeções, bem como as demais atividades da Gerência.

Nessa perspectiva de necessidade de aprimoramento das estratégias de gerenciamento das ações da GTICMP, baseadas na classificação de risco sanitário dos estabelecimentos cadastrados, surge à elaboração deste trabalho que irá oportunizar a qualificação da prestação de serviços realizada pela GTICMP.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Propor estratégias de melhorias no processo de trabalho da GTICMP/AGEVISA-PB visando reduzir a exposição da população ao risco sanitário.

3.2. Objetivos Específicos

- Estabelecer critérios de classificação de risco sanitário para o estabelecimento de prioridades nas ações;
- Elaborar um instrumento de gerenciamento das ações de inspeção sanitária, baseado nos riscos à saúde da população;
- Estabelecer diretrizes para atuação segundo os critérios criados;
- Estimular a descentralização das atividades de regulação da Gerência para os municípios do Estado da Paraíba.

4. FUNDAMENTAÇÃO

A Vigilância Sanitária é definida como um “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde”, conforme exposto na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Souza (2007) expressa a essência da função da VISA, que é o controle do risco no consumo de produtos e tecnologias, na utilização de serviços de saúde, bem como a exposição a condições ambientais desfavoráveis.

“Risco é visto como a probabilidade que um indivíduo tem de experimentar o efeito de um perigo. Parece haver um consenso sobre o risco como sendo a probabilidade de um evento adverso e a magnitude de suas conseqüências” (SILVA; LANA, 2014).

Renn (1992) afirma que, apesar do uso indiscriminado do termo, os conceitos de risco têm um elemento comum, que é uma certa distinção entre realidade e possibilidade, aquilo que é possível acontecer ou não se transformar em um acontecimento real. Sjöberg, Moen e Rudmo (2014) defendem que a palavra risco refere-se a situações em que é possível, mas não com certeza, que algum evento indesejável irá ocorrer.

Um conceito de risco voltado à epidemiologia é a probabilidade de um indivíduo de uma determinada população desenvolver uma doença em um determinado período de tempo, conforme a definição de Marandola e Hogan (2005).

Em VISA, a avaliação do risco ocorre avaliando processos, procedimentos, ambientes, produtos e serviços de interesse à saúde. Essa avaliação tem como objetivo inibir ou minimizar os efeitos sobre a saúde da população. Silva e Lana (2014) afirmam que centradas no controle dos riscos, as práticas de VISA integram a prevenção de doenças e agravos, a proteção e a promoção da saúde.

“Portanto, o gerenciamento do risco envolve um conjunto de estratégias para reduzir a incerteza” (BOHOLM, 2003).

Um dos conceitos aceitos para risco sanitário é a probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano, que pode ameaçar a saúde de pessoa(s) ao consumir um produto, ou ao utilizar um determinado serviço. Assim, as atividades são classificadas com de alto ou baixo risco sanitário, por sua abrangência ou tipicidade, ao oferecerem (ou não) flagrante agravo à saúde

coletiva ou individual, por exposição (ou não) à contaminação física, química ou biológica (SILVA; LANA, 2014).

Diversas tecnologias são utilizadas pela VISA para a regulação do risco sanitário, sendo as principais: regulamentação de normas sanitárias, controle (através de registro) dos produtos e fiscalização dos serviços sujeitos à VISA e as ações de educação sanitária da população, profissionais de saúde e setor regulado.

Novamente explica-nos Silva e Lana (2014) que o profissional de VISA necessita integrar o conhecimento técnico e o arcabouço legal para controlar um objeto que possui múltiplas dimensões e propriedades, e que requer diferentes formas de investigação.

Há relatos de experiências exitosas no tocante a organização das ações de VISA com base no risco sanitário, tais como na Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, conforme disposto na Portaria – CVS n° 04, de 21 de março de 2001, bem como na Vigilância Sanitária do Município de Fortaleza, disciplinado pela Portaria – SMS n° 136, de 18 de maio de 2015.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Para a elaboração do PA, utilizamos o planejamento estratégico situacional – PES, pois faz análise da realidade situacional com a identificação de todos os eixos que envolvem o problema. Neste sentido, o PES irá fomentar a estrutura adequada para a definição do arcabouço necessário de recursos para se obter uma mudança situacional (CALEMAN; et al., 2016).

Para construção de um projeto aplicativo de acordo com as diretrizes preconizadas, utilizaremos a metodologia da problematização, que é baseada na aprendizagem a partir do contato prévio com a leitura da realidade feito pelos atores sociais em questão (CALEMAN; et al., 2016).

5.1 – Início da construção do PA – identificando e priorizando problemas

A construção do projeto aplicativo iniciou-se com a reflexão sobre o contexto onde os especializandos atuam, por meio três inquietudes/desconfortos em relação aos locais de trabalho destes. Posteriormente, após discussões entre o grupo, estes desconfortos foram agrupados por semelhanças e elencados em três macroproblemas, quais sejam:

a) falta de infraestrutura: falta de infraestrutura física e de um banco de dados robusto e acessível a todos os interessados dentro da Secretaria de Saúde; muita demanda de trabalhos por parte dos inspetores sanitários e falta de um instrumento de análise de classificação de risco sanitário dentro da GTICMP.

b) falta de política de gestão: rotatividade de profissionais, gerando descontinuidade de ações estratégicas; gestores e técnicos não dão a devida importância ao programa Vigiágua/Siságua; baixo interesse dos gestores municipais em implementar as ações de VISA;

c) baixa resolutividade em algumas patologias: casos de sífilis em gestantes.

5.2 – Priorização dos problemas.

De posse dos macroproblemas elencados previamente, houve a eleição de um desses como um problema a ser trabalhado no projeto aplicativo pelo grupo. Para tanto, utilizou-se a Matriz Decisória IV, sugerida como uma das matrizes no apoio a tomada de decisão, apresentada no Termo de Referência *Priorizando Problemas*, que prioriza os problemas no sistema de saúde segundo quatro critérios: a) *relevância*: importância do problema; b) *prazo/urgência*: a resolução deste problema pode esperar ou deve ser realizada imediatamente? c) *factibilidade*: capacidade de intervenção sobre o problema; e d) *viabilidade*: capacidade política, técnica e gerencial para execução das ações de enfrentamento do problema (CALEMAN; et al., 2016).

O problema a ser enfrentado apontado por esta matriz, após aprofundamento e melhor explicação do mesmo, foi reestruturado da seguinte forma: ***baixa resolutividade das ações da Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos da AGEVISA-PB***. Tal escolha se deu pelo fato do problema possuir maior capacidade de enfrentamento, aliado a maior urgência para a resolução e ao fato de ser considerado de importância mais alta. Além disso, este grupo de especialistas mostram interesse positivo em relação a esta realidade, bem como percebem ser o de menor custo financeiro para ser resolvido.

Concomitantemente, fez-se o mapeamento dos atores sociais, relativos a esta leitura da realidade. “Atores sociais são pessoas ou forças sociais que controlam algum poder no jogo social, podendo ser um grupo, uma associação ou organização em torno da qual pessoas se organizam de modo relativamente estável ou contínuo, para alcançar objetivos comuns” (MATUS, 1993).

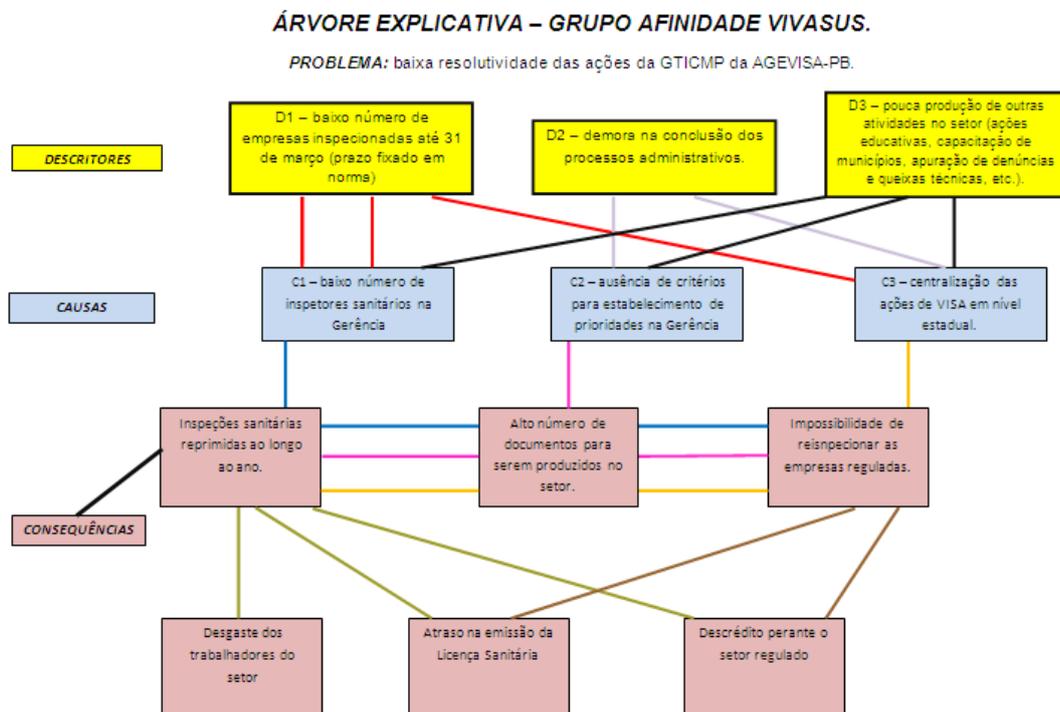
Os principais atores sociais identificados foram os inspetores sanitários, o Gerente Técnico e a Diretora Técnica da área a qual irá ser desenvolvido este projeto aplicativo. Também foram identificados a Diretora Geral e a Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, uma vez que algumas etapas de execução do projeto necessitarão de decisões políticas, nas quais esses atores são imprescindíveis.

5.3 – Árvore Explicativa.

Para uma melhor caracterização do problema a ser estudado, construímos a árvore explicativa do problema (figura 3). Na construção do Projeto Aplicativo, a árvore explicativa é utilizada para a leitura da realidade, explicando melhor o problema e identificando as causas e consequências deste. É um diagrama de causa efeito que possibilita a análise do problema priorizado e procura compreender as relações causais deste. O objetivo da árvore explicativa é estabelecer as ligações mais importantes visando analisar a realidade que é complexa de uma forma mais simplificada. (CALEMAN; et al., 2016).

Os descritores apontados para a baixa resolubilidade das ações da Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos da AGEVISA/PB foram: o baixo número de empresas inspecionadas até o dia 31 de março, que é o prazo fixado na Resolução – SES/PB nº 001, de 17 de agosto de 1996, para o vencimento de todas as Licenças Sanitárias expedidas; lentidão de até 120 dias na conclusão dos processos administrativos que chegam ao setor; e pouca produção de outras atividades na GTICMP (ações educativas, capacitação de municípios, apuração de denúncias e queixas técnicas, etc).

FIGURA 3: Árvore Explicativa.



Fonte: construída pelos autores.

As principais causas, apontadas para o problema acima exposto foram: o baixo número de inspetores sanitários, ausência de critérios para estabelecimento de prioridades na Gerência e centralização das ações de VISA em nível estadual.

As conseqüências apontadas na árvore explicativa do problema selecionado foram: inspeções sanitárias reprimidas ao longo do ano, alto número de documentos para serem produzidos no setor e impossibilidade de reinspecionar as empresas reguladas. Estes fatores geram atrasos na emissão da Licença Sanitária, descrédito perante o setor regulado e desgaste dos trabalhadores da Gerência.

5.4 – Definição do Projeto Aplicativo – PA.

Para iniciarmos a discussão para construção do PA fez-se necessário a definição dos nós críticos que irão nortear as demais fases do planejamento. A identificação dos nós críticos foram elaborados após a construção da árvore explicativa e, a partir desta, a avaliação das causas definidas. Nesse sentido, analisamos quais apresentavam maior relação com outras e que houvesse possibilidade de uma intervenção poderiam provocar mudanças positivas nos descritores aos quais estão relacionados. (CALEMAN; et al., 2016).

Nesse contexto, definimos o nó crítico do problema já apresentado como sendo: ausência de critério para estabelecimento de prioridades para a organização das ações realizadas pela Gerência, baseado no risco sanitário dos estabelecimentos cadastrados e baixa descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Após vários encontros para discussão do Projeto Aplicativo, definiu-se que uma das ações para o enfrentamento do nó crítico “ausência de critério para estabelecimento de prioridades para a organização das ações realizadas pela GTICMP, baseado no risco sanitário dos estabelecimentos cadastrados” seria o estabelecimento de critérios de prioridade e para tal propôs-se a construção de instrumento para gerenciamento das ações de inspeção sanitária, baseado nos riscos à saúde da população (risco sanitário), para ser implantado na Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos (GTICMP) da AGEVISA-PB.

A síntese do Plano de Ação segue descrito na “Planilha Plano de Ação – PES, segundo frente de ataque (nó crítico)”, no Anexo A.

Utilizou-se para subsídio ao projeto aplicativo, além dos conhecimentos empíricos dos trabalhadores da Gerência, documentos de outras vigilâncias sanitárias, estaduais e municipais, que já realizaram e implementaram tal categorização (conforme já citado), olhar ampliado para as atividades, risco focado na população (consumidor) e consideração dos riscos intrínsecos do produto e da atividade.

Isto posto, deve-se seguir as seguintes ações e atividades:

A ação 1, “estabelecimento de critérios de prioridade para organização das ações da GTICMP”, desdobrar-se-á nas seguintes atividades:

a) ***Categorização dos estabelecimentos cadastrados na GTICMP, segundo critérios de risco sanitário***: classificar os estabelecimentos cadastrados no setor, inclusive os de caráter público, de acordo com as atividades desenvolvidas, em ***BAIXO RISCO, ALTO RISCO e RISCO MEDIANTE INFORMAÇÕES***.

b) ***Elaborar um instrumento para realizar esta categorização***: a intenção na criação deste instrumento é que para os serviços categorizados de ***baixo risco***, a emissão de Licença Sanitária ocorrerá de forma automática, desde que a empresa atenda a alguns pré-requisitos a serem estabelecidos. As fiscalizações serão realizadas após o início do funcionamento do estabelecimento (ou da renovação da Licença Sanitária), e não haverá isenção de fiscalização.

Já os serviços categorizados como ***alto risco***, não haverá emissão da licença antes do cumprimento das exigências previstas nas normas sanitárias vigentes. Será necessária inspeção sanitária prévia e apresentação de documentos complementares (como

projetos arquitetônicos, referentes à garantia da qualidade, laudos de análises, etc.). Inspeções posteriores ocorrerão normalmente após o início do funcionamento do estabelecimento.

c) **Estabelecimento de diretrizes para a atuação, conforme a categoria do estabelecimento:** a intenção é estabelecer quais serão os pré-requisitos que as empresas classificadas como de baixo risco deverão atender; estabelecer o rol de documentos que as empresas classificadas como de alto risco deverá apresentar; e elencar quais perguntas deverão ser respondidas pelas empresas classificadas como de risco mediante informações para a classificação final como de baixo ou alto risco sanitário.

d) **Capacitação da equipe de trabalho da Gerência para a adoção e implementação do instrumento elaborado:** esclarecimento para todos os trabalhadores do setor deste novo instrumento para integração destes no processo e auxílio nos esclarecimentos ao setor regulado.

e) **Implantação do projeto aplicativo:** após a construção do instrumento, equipe ciente de suas responsabilidades dentro do projeto, obter da Diretoria a autorização para que haja o início da execução do projeto aplicativo e mensuração dos resultados.

A segunda ação para enfrentamento do problema buscará subsidiar a Direção da Agência com dados e informações com vistas a descentralização das atividades de regulação da Gerência para os municípios, com as seguintes atividades:

- a) Identificação dos municípios com infraestrutura suficiente para assumir estas atividades de regulação;
- b) atuação junto aos Conselhos Municipais de Saúde;
- c) pactuação da organização do processo de trabalho;
- d) Capacitação dos trabalhadores em Visa dos municípios.

6.1 – Gestão do Plano.

Para a área da saúde, a idéia de se trabalhar com um plano que, além de operações, contenha demandas de operações, possibilita o enfrentamento mais integral dos problemas e permite a realização de operações intersetoriais. Uma operação é uma relação entre recursos, produtos e resultados, isto é, combina e utiliza uma variedade de recursos escassos (poder, recursos econômicos, capacidades organizativas, conhecimentos) para

gerar produtos que, por sua vez, provocarão um resultado. Definidas as operações, devem ser desagregadas em ações, detalhando-se a forma como serão implementadas, os recursos necessários, os produtos gerados e os responsáveis pelas mesmas (ROZENFELD, 2010).

Nessa perspectiva, este plano de ação busca a integração entre os seguintes atores: Inspetores Sanitários, Gerente Técnico de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos (GTICMP/AGEVISA-PB), Diretora Técnica de Medicamentos, Produtos e Tecnologia (DTMAPT/AGEVISA-PB), Gerente Técnico de Integração e Articulação (GTIA/AGEVISA-PB) e demais trabalhadores da Gerência, e demais parceiros como: Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA/PB, Secretaria Estadual de Saúde e Conselho Estadual de Saúde. Todos envolvidos para que sejam alcançados os objetivos propostos pelos autores deste Projeto Aplicativo e viabilizar as ações que estão sendo desenvolvidas durante a execução do plano, por meio de estratégias que vão direcionar os problemas mais importantes a serem enfrentados e a operacionalização destes.

Os mecanismos de monitoramento do plano serão as informações específicas sobre as ações desenvolvidas, recebidas em tempo hábil para a possibilidade da correção destas, por meio do monitoramento dos indicadores para cada vez que estes forem diferentes dos objetivos e resultados esperados.

Não basta ter um plano de ação bem formulado e com todos os recursos necessários disponíveis. É fundamental, também, construir um sistema de gestão que: a) coordene e acompanhe a execução das ações; b) promova a comunicação e integração dos envolvidos; c) faça as correções de rumo necessárias; e d) garanta que ele seja efetivamente implantado (CALEMAN; et al., 2016). A matriz de gestão do plano de ação está contemplada no Anexo B.

6.2 – Orçamento.

A elaboração do orçamento é uma estimativa que leva em conta, de um lado, a identificação dos recursos financeiros necessários à execução plena das atividades previstas (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Como se trata de um plano para que haja uma mudança (ou melhora) no processo de trabalho da Gerência, os recursos previstos são técnicos, organizacionais, políticos e financeiros.

Os recursos financeiros a serem utilizados com a operacionalização do projeto será com despesas de custeio, materiais de rotina de trabalho e/ou capacitações, estão descritos na "Planilha Orçamentária", no Anexo E.

Em tempo, tais previsões orçamentárias poderão ser reavaliadas durante a execução das atividades.

6.3 – Indicadores.

Na elaboração de um plano de ação é conveniente estabelecer os indicadores de acompanhamento e avaliação, sejam de processo, de produto, ou de resultados. A seleção de indicadores, em número e tipo, depende sempre dos propósitos perseguidos com a avaliação, os quais geralmente mesclam a busca de efetividade (impacto sobre os problemas), o incremento da produtividade (produtos) com o aumento da legitimidade do processo, isto é, a acumulação de poder (político) no grupo que conduz o planejamento e execução das ações (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Para a ação de "estabelecimento de critérios de prioridade para as ações da GTICMP", foram construídos os seguintes indicadores, que servirão para monitorar e/ou avaliar o plano de ação, condizentes aos objetivos e resultados esperados.

- a) % de estabelecimentos categorizados segundo os critérios de risco sanitário;
- b) % de inspeção e licenciamento dos serviços novos cadastrados na Gerência;
- c) % de inspeção e licenciamento dos serviços classificados como de baixo risco sanitário;
- d) % de inspeção e licenciamento dos serviços classificados como de alto risco sanitário.

Para a ação secundária de "descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios", o indicador utilizado será a % de descentralização das atividades de regulação da Gerência para os 20 maiores municípios do Estado em população.

6.4 – Monitoramento das intervenções.

Apesar das ações de intervenção ainda não terem sido iniciadas, o monitoramento desses indicadores será realizado continuamente, através da "Matriz de

Monitoramento do Plano” e “Cronograma de Acompanhamento da Implementação da Ações”, constante nos anexos C e D. Caso necessário, os ajustes serão feitos visando garantir a continuidade e o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas. Quanto à avaliação será realizada quadrimestralmente em conformidade com as atividades previstas e executadas (além a avaliação anual).

7. DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO (VIABILIDADE)

Após as discussões em grupo, compreende-se que o projeto aplicativo é bastante viável para ser desenvolvido na AGEVISA-PB, principalmente a primeira ação estabelecida (alta viabilidade), pois é uma ação de consenso entre os atores envolvidos no processo, conforme mostra a “matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação”, apresentada no Anexo F.

Já a segunda ação proposta é de baixa viabilidade, uma vez que depende de fatores políticos, escapando de nossa governabilidade. Entretanto, propôs-se uma estratégia para aumentar a viabilidade, confirmada na “Matriz de análise das estratégias de viabilidade”, também apresentada no Anexo F.

Essa estratégia para o aumento de viabilidade da ação de descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios é a sensibilização da Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB para mobilizar os gestores dos municípios da importância da descentralização das ações de VISA. Lembremos que essa também é uma das premissas do SUS elencadas na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

8. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA. **Organograma**.

Disponível em: <<http://www.agevisa.pb.gov.br/index.php/organograma>>. Acesso em 04 out. 2016.

BOHOLM, A. **The cultural nature of risk: Can there be an anthropology of uncertainty?** Ethnos. 2003;(68):159-78.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 539, de 22 de outubro de 2010**.

Dispõe sobre o exercício profissional e as atribuições privativas e afins do farmacêutico nos órgãos de vigilância sanitária, e dá outras providências. Brasília, 22 out. 2010. Disponível em <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/539.pdf>>. Acesso em 24 out. 2016.

_____. **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] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 18 out. 2016.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 27 jan. 1999. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em 18 out. 2016.

CALEMAN, G. et al. **Projeto Aplicativo: Termos de Referência**. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 54 p.

FORTALEZA. **Portaria – SMS, nº 136, de 18 de maio de 2015**. Estabelece a documentação necessária, na forma dos anexos desta Portaria, para a emissão da Licença Sanitária dos estabelecimentos que estão sob a fiscalização da vigilância sanitária, seja de caráter inicial ou de renovação, bem como trâmite de solicitação da referida licença e dá outras providências. **Diário Oficial Município**, Fortaleza, 26 mai. 2015, p. 35-70.

MARANDOLA Jr, E; HOGAN, D,J. **Vulnerabilidade e riscos: entre geografia e demografia**. Rev Bras Est Pop. 2005;22(1):29-53. Acesso em 13/10/2016.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**, Tomo I e II. Brasília: IPEA, 1993.

PARAÍBA. **Resolução – SES, nº 001, de 12 de agosto de 1996**. Aprova Norma Técnica para orientar a abertura, funcionamento, as condições físicas, técnicas e sanitárias, e a

dispensação de medicamentos em farmácias e drogarias. **Diário Oficial do Estado [da Paraíba]**, João Pessoa, 17 ago. 1996.

_____. **Lei nº 7.069, de 12 de abril de 2002**. Institui o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba – SEVISA-PB, cria a Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba – AGEVISA-PB e dá outras providências. **Diário Oficial Estado da Paraíba**, João Pessoa, 12 abr. 2002. Disponível em <http://201.65.213.154:8080/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/8265_texto_integral>. Acesso em 18 out. 2016.

PERNAMBUCO. **Lei nº 13.077, de 20 de julho de 2006**. Cria a Unidade Técnica Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – APEVISA, e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Pernambuco**, Recife, 21 jul. 2006. Disponível em <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=13077&complemento=0&ano=2006&tipo=TEXTOATUALIZADO/>>. Acesso em 18 out. 2016.

RENN, O. **Concepts of risk: a classification** In: Krinsky S, golding D. *Social Theories of Risk* (book on the internet). Westport, CT: Praeger; 1992. Available from: <<http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltex-te/2010/5416/pdf/ren63.pdf>>.

RORAIMA. **Lei Complementar nº 333, 27 de dezembro de 2005**. Institui o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde do Estado de Rondônia – SEVISA-RO, cria a Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia – AGEVISA-RO, e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Roraima**, Boa Vista, 02 jan. 2006. Disponível em <<http://www.rondonia.ro.gov.br/agevisa/sobre/lei-de-criacao/>>. Acesso em 18 out. 2016.

ROZENFELD, S. (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 304 p.

SÃO PAULO. **Portaria – CVS, nº 04, de 21 de março de 2011**. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes municipais e estaduais de vigilância sanitária no estado de São Paulo e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de São Paulo**, São Paulo, 17 jan. 2013. Seção 1, p. 49.

SJÖBERG, L; MOEN, B; RUNDMO, T. **Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research** (book on the internet). Trondheim: Rotunde; 2004. N° 84. Available from: <http://www.svt.ntnu.no/psy/torbjorn.rundmo/psychometric_paradigm.pdf>.

SILVA, A.V.F.G; LANA, F.C.F. **Significando o risco sanitário**: modos de atuação sobre o risco na vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Vig Sanit Debate, 2014, v. 2, n. 2, p. 17-26.

SOUZA, A.M.A.F. **Vigilância Sanitária na Saúde Pública Brasileira e sua Aproximação com o Caso Mexicano Proteger, Vigiar e Regular** (tese). São Paulo: Integração da América Latina; 2007.

TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L; JESUS, W.L.A. **Proposta metodológica para o planejamento no sistema único de saúde**. Rev Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6722/1/Teixeira,%20Carmen.%20Cap.%203%20Planejamento%20em%20saude.pdf>. Acesso em 13/10/2016.

ANEXOS

ANEXO A – PLANILHA PLANO DE AÇÃO – PES, SEGUNDO FRENTE DE ATAQUE (NÓ CRÍTICO).

Ferramenta I: Plano de Ação – PES Simplificado.

Espaço do macroproblema	Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos (GTICMP) da AGEVISA-PB.					
Problema	Baixa resolubilidade das ações da GTICMP/AGEVISA-PB.					
Nó crítico 1	Ausência de critério para estabelecimento de prioridades para a organização das ações realizadas pela Gerência, baseado no risco sanitário.					
Resultado Esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Redução da exposição ao risco sanitário e a consequente causa de danos à saúde da população	Ação 1: estabelecimento de critérios de prioridade para as atividades da GTICMP.	Inspetores sanitários, Gerente Técnico (GTICMP), Diretora Técnica (DTMAPT).	Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde.	a) % de estabelecimentos categorizados, segundo critérios de risco sanitário;	Técnicos, organizacionais e políticos.	12 meses
	1.1 categorização dos estabelecimentos segundo critérios de risco sanitário.	Inspetores sanitários, Gerente Técnico (GTICMP).	Diretora Técnica (DTMAPT).	b) % de inspeção e licenciamento dos serviços novos cadastrados na GTICMP;	Técnicos e organizacionais.	6 meses
	1.2 elaboração de um instrumento para categorização.	Inspetores sanitários, Gerente Técnico (GTICMP).	Diretora Técnica (DTMAPT).	c) % de inspeção e licenciamento dos serviços categorizados como de baixo risco sanitário;	Técnicos e organizacionais.	6 meses
	1.3 estabelecimento de diretrizes para a atuação, conforme a categoria do estabelecimento.	Inspetores sanitários, Gerente Técnico (GTICMP).	Diretora Técnica (DTMAPT).	d) % de inspeção e licenciamento dos serviços categorizados como de alto risco sanitário;	Técnicos e organizacionais.	6 meses
	1.4 capacitação da equipe de trabalho para adoção e implementação do instrumento elaborado.	Inspetores sanitários, Gerente Técnico (GTICMP).	Diretora Técnica (DTMAPT).		Técnicos e organizacionais.	3 meses
	1.5 implantação do projeto aplicativo.	Diretora Técnica (DTMAPT).	Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde.		Técnicos, organizacionais e políticos.	3 meses

Nó crítico 2	Baixa descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios.					
Resultado Esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Redução da exposição ao risco sanitário e a consequente causa de danos à saúde da população	Ação 2: Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios	Gerente Técnico de Integração e Articulação (GTIA), Diretora Técnica (DTMAPT), Gerente Técnico (GTICMP), Inspetores Técnicos	Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde.	% de descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os 20 maiores municípios do Estado em população.	Técnicos, organizacionais e políticos.	12 meses
	2.1 identificação dos municípios com infraestrutura suficiente para assumir estas atividades de regulação	Gerente Técnico de Integração e Articulação (GTIA)	Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde.		Técnicos, organizacionais e políticos.	12 meses
	2.2 atuação junto aos conselhos municipais de saúde	Gerente Técnico de Integração e Articulação (GTIA)	Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde.		Técnicos, organizacionais e políticos.	9 meses
	2.3 pacutuação da organização do processo de trabalho	Gerente Técnico de Integração e Articulação (GTIA)	Direção Geral e Diretoria Colegiada da AGEVISA-PB, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde.		Técnicos, organizacionais e políticos.	6 meses
	2.4 capacitação dos trabalhadores em VISA dos municípios.	Inspetores sanitários, Gerente Técnico (GTICMP).	Diretora Técnica (DTMAPT).		Técnicos, organizacionais.	6 meses

ANEXO B – MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO

AÇÃO 1: Estabelecimentos de critérios de prioridade para realização das ações da GTICMP	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	PRECEDÊNCIA
<i>ATIVIDADE 1.1 Categorização dos estabelecimentos cadastrados no setor segundo critérios de risco sanitário.</i>	Alta	Alto	Inspetores Sanitários Gerente Técnico	6 meses	Técnicas Organizacionais	1ª
<i>ATIVIDADE 1.2 Elaborar um instrumento para realizar esta categorização.</i>	Alta	Alto	Inspetores Sanitários Gerente Técnico	6 meses	Técnicas Organizacionais	2ª
<i>ATIVIDADE 1.3 Estabelecimento de diretrizes para a atuação, conforme a categoria do estabelecimento.</i>	Alta	Alto	Inspetores Sanitários Gerente Técnico Diretoria Técnica	6 meses	Técnicas Organizacionais	3ª
<i>ATIVIDADE 1.4 Capacitação da equipe de trabalho do setor para a adoção e implementação do instrumento elaborado.</i>	Alta	Alto	Inspetores Sanitários Gerente Técnico	3 meses	Técnicas Organizacionais	4ª
<i>ATIVIDADE 1.5: Implantação do projeto aplicativo</i>	Média	Alto	Diretoria Técnica Diretoria Colegiada	8 meses	Políticos	5ª

AÇÃO 2: Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	PRECEDÊNCIA
<i>ATIVIDADE 2.1 Identificação dos municípios com infraestrutura suficiente para assumir estas atividades de regulação da GTICMP</i>	Alta	Alto	Gerente Técnico – GTIA	12 meses	Técnicos Organizacionais	1ª
<i>ATIVIDADE 2.2 Atuação junto aos Conselhos Municipais de Saúde</i>	Média	Alto	Gerente Técnico – GTIA Diretora Técnica – DTMAPT	06 meses	Políticos	2ª
<i>ATIVIDADE 2.3 Pactuação da organização do processo de trabalho</i>	Baixa	Alto	Gerente Técnico – GTIA Diretora Técnica – DTMAPT	12 meses	Técnicos Organizacionais Políticos	3ª
<i>ATIVIDADE 2.4 Capacitação dos trabalhadores dos municípios</i>	Alta	Alto	Gerente Técnico – GTICMP Inspetores sanitários	06 meses	Técnicos Organizacionais	4ª

ANEXO C – MATRIZ DE MONITORAMENTO DO PLANO.

AÇÃO EM ORDEM DE PRECEDÊNCIA	SITUAÇÃO	RESULTADOS	DIFICULDADES	NOVAS AÇÕES E/OU AJUSTES
Estabelecimentos de critérios de prioridade para realização das ações da GTICMP	Ação não iniciada			
Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios	Ação não iniciada			

ANEXO D – CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES.

AÇÃO 1: Estabelecimentos de critérios de prioridade para realização das ações da GTICMP	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>ATIVIDADE 1.1 Categorização dos estabelecimentos cadastrados no setor segundo critérios de risco sanitário.</i>	X	X	X	X	X	X						
<i>ATIVIDADE 1.2 Elaborar um instrumento para realizar esta categorização.</i>	X	X	X	X	X	X						
<i>ATIVIDADE 1.3 Estabelecimento de diretrizes para a atuação, conforme a categoria do estabelecimento.</i>	X	X	X	X	X	X						
<i>ATIVIDADE 1.4 Capacitação da equipe de trabalho do setor para a adoção e implementação do instrumento elaborado.</i>						X	X	X				
<i>ATIVIDADE 1.5 Implantação do projeto aplicativo</i>					X	X	X	X	X	X	X	X

AÇÃO 2: Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>ATIVIDADE 2.1</i> <i>Identificação dos municípios com infraestrutura suficiente para assumir estas atividades de regulação da GTICMP</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>ATIVIDADE 2.2</i> <i>Atuação junto aos Conselhos Municipais de Saúde</i>				X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>ATIVIDADE 2.3</i> <i>Pactuação da organização do processo de trabalho</i>						X	X	X	X	X	X	X
<i>ATIVIDADE 2.4</i> <i>Capacitação dos trabalhadores dos municípios</i>						X	X	X	X	X	X	X

ANEXO E – PLANILHA ORÇAMENTÁRIA.

NÓ CRÍTICO	AÇÕES	DATA INICIAL	DATA FINAL	DESPESAS DE CUSEIO	DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL
Ausência de critério para estabelecimento de prioridades para a organização das ações realizadas pela Gerência, baseado no risco sanitário.	Estabelecimento de critérios de prioridade para as atividades da GTICMP.	Ação não iniciada.	12 meses após o início da ação.	Água mineral – galão 20 litros: R\$ 20,00	Não estão previstas despesas de investimento.	R\$ 165,00 ¹
				Copo Descartável 200ml. Pacote com 100 Copos – Branco: R\$ 5,00		
				Cartucho de tonner compatível HP – unidade: R\$ 35,00		
				Caneta esferográfica azul ou preta ponta média – caixa com 50 unidades: R\$ 30,00		
				Lápis grafite preto n2 HB – Caixa com 144 unidades: R\$ 57,00		
				Borracha branca escolar – caixa com 40 unidades: R\$ 17,00		

Baixa descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios.	Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios	Ação não iniciada.	12 meses após o início da ação.	Água mineral – galão 20 litros: R\$ 20,00	Não estão previstas despesas de investimento.	R\$ 165,00 ²
				Copo Descartável 200ml. Pacote com 100 Copos – Branco: R\$ 5,00		
				Cartucho de tonner compatível HP – unidade: R\$ 35,00		
				Caneta esferográfica azul ou preta ponta média – caixa com 50 unidades: R\$ 30,00		
				Lápis grafite preto n2 HB – Caixa com 144 unidades: R\$ 57,00		
				Borracha branca escolar – caixa com 40 unidades: R\$ 17,00		

¹Conforme pesquisa realizada na internet realizada em 24/10/2016 (valores aproximados).

²Conforme pesquisa realizada na internet realizada em 24/10/2016 (valores aproximados). Estimativa para capacitação de cada município.

ANEXO F – MATRIZ DE ANÁLISE DE MOTIVAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS, SEGUNDO PLANO DE AÇÃO.

ATORES	OPERAÇÕES (OP) OU AÇÕES E DEMANDAS DE OPERAÇÕES (DOP) OU DEMANDAS DE AÇÃO	
	Estabelecimento de critérios de prioridade para a realização das ações da GTICMP.	Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios.
INSPETORES SANITÁRIOS	+A	+B
GERENTE TÉCNICO (GTICMP)	+A	+B
GERENTE TÉCNICO (GTIA)	+B	+A
DIRETORIA TÉCNICA (DTMAPT)	+A	+A

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE.

ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE				
Ação conflitivas do Plano de Ação	Recursos necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégia para aumentar a viabilidade
Descentralização das atividades de regulação da GTICMP para os municípios.	Técnicos Organizacionais Políticos	Técnicos (sim) Organizacionais (sim) Políticos (NÃO)	Baixa	Sensibilização da DICOL da AGEVISA-PB para mobilizar os municípios da importância da descentralização das ações de VISA, pois estas também são premissas do SUS.

AMANDA MOURA BRANDÃO
GEOVANE PACÍFICO
ISABELLE CRISTINA DE OLIVEIRA VIEIRA
JOSÉ RIBEIRO DE A. NETO
LARA C. BARBOSA CAMPELO
LUZIA CHRISTYANE SIQUEIRA
MARIA LÚCIA DE SOUZA RESENDE
RAFAELA SIMÕES TITO DE CARVALHO
VENIFRANKLY VEIBY DE O. NORONHA
(GRUPO AFINIDADE 1 – GAF1)

Proposta de integração da Vigilância Sanitária de Maceió ao Sistema Integrado de Informações do Município de Maceió (SIIMM) desenvolvido pela Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio de Maceió (SEMARHP/AL).

Maceió, 2016.

AMANDA MOURA BRANDÃO
GEOVANE PACÍFICO
ISABELLE CRISTINA DE OLIVEIRA VIEIRA
JOSÉ RIBEIRO DE A. NETO
LARA C. BARBOSA CAMPELO
LUZIA CHRISTYANE SIQUEIRA
MARIA LÚCIA DE SOUZA RESENDE
RAFAELA SIMÕES TITO DE CARVALHO
VENIFRANKLY VEIBY DE O. NORONHA
(GRUPO AFINIDADE 1 – GAF1)

Proposta de integração da Vigilância Sanitária de Maceió ao Sistema Integrado de Informações do Município de Maceió (SIIMM) desenvolvido pela Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio de Maceió (SEMARHP/AL).

Projeto aplicativo, construído pelo grupo Afinidade 1 – GAF 1, com orientação da facilitadora Rafaela Almeida, é uma ferramenta de avaliação somativa para a aprovação desses especializandos no Curso de Especialização no formato *lato sensu* em Gestão da Vigilância Sanitária que é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde – MS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Hospital Sírio Libanês - HSL, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL.

Maceió, 2016.

Lista de figuras

	Página
Figura 1	Identificação dos macroproblemas..... 13
Figura 2	Matriz decisória da prioridade em solucionar os problemas..... 14
Figura 3	Matriz de mapeamento de atores sociais..... 15
Figura 4	Árvore Explicativa de Problema (inicial)..... 18
Figura 5	Árvore Explicativa de Problema (final)..... 20
Figura 6	Planilha Plano de ação - 5W3H, segundo frente de ataque (Nó Crítico)..... 21
Figura 7	Matriz 1 de análise de motivação dos atores sociais..... 22
Figura 8	Matriz 2 de análise de motivação dos atores sociais..... 22
Figura 9	Matriz 3 de análise de motivação dos atores sociais..... 22
Figura 10	Matriz de detalhamento da análise de viabilidade. 23
Figura 11	Matriz de gestão do plano..... 24
Figura 12	Cronograma de acompanhamento da implementação do Plano de Ação..... 25

Lista de quadros

	Página
Quadro 1	Benefícios para as instituições propiciados pelos sistemas de informação..... 7
Quadro 2	Etapas do planejamento estratégico..... 12
Quadro 3	Macroproblemas elencados pelo GAF1..... 14
Quadro 4	Atores..... 17
Quadro 5	Causas para o problema..... 17
Quadro 6	Consequências da ineficiência na gestão..... 17
Quadro 7	Nova árvore explicativa..... 19
Quadro 8	Consequências ausência de um sistema informatizado..... 19
Quadro 9	Etapa de solicitação..... 26
Quadro 10	Etapa de implantação..... 27
Quadro 11	Etapa de operacionalização..... 27

SUMÁRIO	Página
1 – Introdução.....	5
2 – Objetivos.....	6
2.1 - Objetivo geral.....	6
2.2 - Objetivos específicos.....	6
3 - Fundamentação teórica.....	6
4 – Metodologia.....	11
4.1 - OTPA1 - Identificando problemas no contexto real, no âmbito da VISA.....	13
4.2 - OTPA2 - Priorizando problemas e identificando atores sociais.....	15
4.3 - OTPA3 - Encontro de socialização de Projetos Aplicativos.....	16
4.4 - OTPA4 - Árvore de problemas / Descritores / Nós Críticos.....	17
4.5 - OTPA5 - Intervindo no problema.....	19
4.6 - OTPA6 - Análise de viabilidade.....	22
4.7 - OTPA7 - Gestão do plano.....	24
4.8 - Síntese reflexiva.....	25
5 - Proposta de intervenção.....	26
6 - Resultados esperados.....	27
7 – Referências bibliográficas.....	29

1 - INTRODUÇÃO

Este Projeto aplicativo – PA foi elaborado como produto final da terceira edição do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária, que aconteceu simultaneamente em várias regiões do país, de forma semipresencial, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde - MS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e o Hospital Sírio Libanês - HSL, por intermédio do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa - IEP.

O curso, que utiliza uma abordagem construtivista por meio de metodologias ativas de aprendizagem, teve como objetivo qualificar profissionais que atuam nas diferentes instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, apoiando o desenvolvimento de capacidades nas áreas de gestão de risco à saúde, gestão do trabalho em vigilância sanitária e educação na vigilância sanitária, contextualizados segundo a realidade local.

Estas metodologias ativas vêm transformando o processo de formação de profissionais de saúde consoante às transformações da sociedade atual. Elas pressupõem o discente capaz de autogovernar sua de formação, ou seja, elas respeitam a autonomia de cada sujeito neste processo, o que é fundamental para a compreensão do caminho da apreensão e expressão do conhecimento e de que, aliados a ele, podemos transformar nossa realidade.

A atividade curricular de elaboração de um Projeto Aplicativo emprega predominantemente os fundamentos do planejamento estratégico situacional, visando ao desenvolvimento do pensamento estratégico, para uma análise qualificada dos contextos que envolvem as práticas de saúde e principalmente a realidade de trabalho, produzindo assim inovações, ou apoiando a transformação de práticas, processos, ou produtos na área da saúde dentro do contexto do sistema de saúde brasileiro.

Este projeto foi elaborado pelo Grupo Afinidade GAF1, assim denominado pelo fato de os participantes compartilharem os mesmos problemas a serem enfrentados na sua realidade profissional, foi desenvolvido por meio das Oficinas de Trabalho - OT, nas quais foram sugeridos pelo IEP/HSL alguns caminhos passíveis de serem trilhados para se chegar ao resultado final.

Para elaborar do PA, o GAF1 também utilizou os Termos de Referência - TR, apresentados no Caderno do Projeto Aplicativo disponibilizado pelo Instituto, bem como os conhecimentos adquiridos ao assistir aos vídeos que simulavam uma equipe de técnicos de saúde realizando planejamento estratégico. Essas dinâmicas propiciaram à equipe um panorama das ferramentas disponíveis e explicitadas nos TR, o que serviu para dar uma ideia geral do trabalho a ser realizado.

Porém, mesmo dispondo das ferramentas anteriormente citadas, e sendo esta uma oportunidade concreta de intervenção e transformação de uma realidade no sentido de

ampliar o potencial de produção de mudança, o Grupo precisou encontrar uma proposta intervenção para o PA que atendesse aos requisitos de viabilidade e factibilidade de modo que possa ser executada.

Após eleger o problema a ser solucionado, o grupo identificou a necessidade de otimizar a tramitação dos processos administrativos dentro da Vigilância Sanitária de Maceió. Contudo, a sugestão do presente trabalho é a integração do Órgão ao Sistema Integrado de Informações do Município de Maceió – SIIMM, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio de Maceió - SEMARHP/AL.

2 - OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL:

Otimizar a tramitação dos processos no âmbito da Vigilância Sanitária do município de Maceió.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Melhorar a comunicação entre a população e a Vigilância Sanitária;
- Aumentar a produtividade no andamento dos processos;
- Facilitar a priorização das ações com base em um gerenciamento de risco;
- Melhorar a estrutura organizacional do serviço interno.

3 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente, a gestão da informação constitui um dos grandes desafios das organizações públicas, visto que se tornou uma ferramenta bastante útil para o melhoramento do desempenho dos processos de trabalho.

Segundo CUNHA JÚNIOR et al. (2015), as novas tecnologias surgiram nas décadas de 80 e 90 do século passado, estendendo-se até os dias atuais; transformações estas que tendem a ser contínuas e inexoráveis, além de responsáveis por pressionar a Administração Pública no sentido de ser mais eficiente e eficaz e ter maior efetividade.

Nesta esteira, é notório que os órgãos públicos precisam investir em recursos tecnológicos, adequando-se à eminente modernização dos processos de trabalho, visando à melhoria da qualidade e eficiência dos serviços prestados à sociedade.

O mesmo raciocínio é assegurado por TAKARASHI (2000), como se verifica na seguinte passagem de sua obra, abaixo transcrita:

Na era da Internet, o Governo deve promover a universalização do acesso e o uso crescente dos meios eletrônicos de informação para

gerar uma administração eficiente e transparente em todos os níveis. A criação e manutenção de serviços equitativos e universais de atendimento ao cidadão contam-se entre as iniciativas prioritárias da ação pública. Ao mesmo tempo, cabe ao sistema político promover políticas de inclusão social, para que o salto tecnológico tenha paralelo quantitativo e qualitativo nas dimensões humana, ética e econômica. A chamada “alfabetização digital” é elemento-chave nesse quadro.

É neste contexto que surgem os Sistemas de Informação (SI), que podem ser definidos como um conjunto de elementos (software, hardware, recursos humanos e procedimentos) que têm como missão principal o apoio aos processos de tomada de decisões nas organizações (RODRIGUES e PINHEIRO, 2008).

Neste entendimento, BAZZOTTI e GARCIA (2012) ensinam que:

A necessidade do Sistema de Informação (SI) nas empresas surgiu devido ao grande e crescente volume de informações que a organização possui. Então se verifica que, com a grande fluência de informação dentro das empresas, necessitou-se a criação de um S.I. para melhor as empresas se organizarem.

Desta forma, fica evidente que a existência de um sistema de informação em uma organização é necessária diante da alta demanda de dados e informações manejados diariamente. Logo, o S.I. proporciona muitas vantagens que auxiliam a organização a desempenhar suas atividades rotineiras.

Seguindo esta linha de raciocínio, assegura OLIVEIRA (2008) que os sistemas de informação, sob determinadas condições, podem propiciar os seguintes benefícios para as instituições elencados no quadro 1:

Quadro 1: Benefícios para as instituições propiciados pelos sistemas de informação.

Redução dos custos das operações;
Melhoria no acesso às informações, propiciando relatórios mais precisos e rápidos e com menor esforço;
Melhoria na produtividade, tanto setorial, quanto global;
Melhoria na tomada de decisões através do fornecimento de informações mais rápidas e precisas;

Estímulo de maior interação entre os tomadores de decisão;
Melhoria na estrutura organizacional por facilitar o fluxo de informações;
Redução do grau de centralização das decisões na empresa;
Melhoria na adaptação da empresa para enfrentar os acontecimentos não previstos a partir das constantes mutações nos fatores ambientais ou externos;
Melhoria nas atitudes e nas atividades dos profissionais da empresa;
Redução de funcionários em atividades burocráticas.

Fonte: OLIVEIRA (2008).

Neste mesmo entendimento, afirmam SANTOS et al. (2005) que a influência positiva que os sistemas de informação exercem sobre os processos de trabalho é notória, pois permitem organizar, sintetizar e processar todo o fluxo organizacional de dados, gerando eficiência, redução de tempo e de esforço por parte dos funcionários.

Percebe-se que, no momento em que é implantado um sistema de informação no órgão público, a eficiência aumenta, pois todos os setores são beneficiados por estarem conectados à nova rede tecnológica, compartilhando e processando dados entre si, sendo portanto a eficiência operacional um dos principais focos da implantação de um sistema de informação, pois auxilia em todos os setores da organização.

Segundo tal interpretação, é insofismável asseverar que os sistemas de informação têm a capacidade de auxiliar as organizações públicas a aperfeiçoarem seus serviços e operações, melhorando seu desempenho e atuação na sociedade, uma vez que a utilização adequada desta tecnologia permite a facilidade e agilidade em gerir processos, o que favorece os servidores e usuários dos serviços públicos como um todo.

Por sua vez, GASPAR et al. (2010) afirmam que a inovação é necessária e responsável por gerar resultados positivos, pois o fortalecimento de um setor só é possível com a modernização de sistemas e equipamentos, aliados a uma gestão eficaz e multiplicadora de conhecimentos.

Neste íterim, aduz-se que todas as organizações necessitam de um sistema de informação apropriado às suas necessidades e a efetiva gestão deste é crucial para o bom desenvolvimento das ações. De tal maneira, JUNGER (2009) assegura que o principal benefício proporcionado pela implantação de um Sistema de Informação é a habilidade de processar um grande volume de dados e informações, tornando sua disponibilização praticamente imediata.

Como se pode observar, existem inúmeros métodos de se utilizarem as tecnologias e os sistemas de informação como meio de aprimorar e facilitar o trabalho nas repartições públicas. Segundo SILVA et al. (2005), estas ferramentas, se adequadamente utilizadas,

permitem o aumento da qualidade, eficiência e melhoria da estrutura administrativa da gestão de processos.

Cabe mencionar que a preocupação com a tecnologia e com os sistemas de informação aparece no planejamento municipal de grandes cidades brasileiras, embora de forma acanhada e limitada pelo desequilíbrio das relações intergovernamentais (JAMBEIRO et al., 2007).

Adversamente a esta modernidade, por não possuir um sistema de informação apropriado para o gerenciamento de documentos e processos, a atual estrutura administrativa da Vigilância Sanitária de Maceió não tem oferecido à população serviços dotados de total qualidade e eficiência, o que se evidencia com a morosidade no atendimento, formação de longas filas, falta de informações e até perda de processos.

Diante de tal panorama, a implantação de um sistema informatizado de protocolo certamente seria de grande utilidade por ser um canal de consultas que poderia aumentar a transparência, modernizar a gestão e simplificar a prestação dos serviços por meios eletrônicos. Disso resultaria a redução do tempo de atendimento, a diminuição dos custos com deslocamentos dos contribuintes e também a padronização das informações.

Para atender a esta finalidade, a integração da Vigilância Sanitária de Maceió ao - Sistema Integrado de Informações do Município de Maceió - SIIMM, que foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio de Maceió - SEMARHP/AL é uma proposta bastante viável, uma vez que este sistema já está em funcionamento em alguns órgãos da Prefeitura de Maceió, e vem sendo aperfeiçoado constantemente, o que gera resultados bastante positivos.

Em linhas gerais, cabe esclarecer que o SIIMM é um Sistema da SEMARHP/AL planejado e desenvolvido pela Diretoria de Tecnologia da Informação do Município de Maceió e possui plataforma Web e base de dados PostgreSQL. Este sistema de informação concentra boa parte dos sistemas municipais, seja integrado a ele ou desenvolvido em um módulo específico dentro desta plataforma (AZEVEDO, 2015).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o sistema informatizado proporciona meios eficazes, seguros e eficientes para execução de tarefas de todo e qualquer órgão administrativo que realiza constantemente consultas a processos e documentos, proporcionando aos usuários a possibilidade de acompanhar a tramitação dos seus respectivos processos e documentos pessoalmente ou pela internet (SILVA, 2014).

Cabe salientar a importância do setor de protocolo dentro de um órgão público, pois é através dele que o fluxo documental da instituição começa e, de acordo com o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (DTA, 1996), essa fase conhecida como arquivo corrente pode ser definida como sendo:

O conjunto de documentos estritamente vinculados aos objetivos imediatos para quais foram produzidos e recebidos no cumprimento de atividades-fim e atividades-meio e que se conservam junto aos órgãos produtores em razão de sua vigência e da frequência com que são por eles consultados.

Mediante o exposto, é presumível que o setor de protocolo seja considerado como o setor essencial que garante o bom funcionamento de uma instituição, pois nele é produzido, recebido e tramitado todo tipo de documento que é movimentado na organização.

Conforme disposto no Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (DTA, 2005), o setor de protocolo desenvolve as seguintes atividades: recebimento, classificação, expedição, registro e movimentação de processos e documentos em geral, além de atendimento aos usuários. Desta forma, percebe-se que a principal função do Setor está diretamente relacionada com a ciência e controle dos documentos existentes na organização e, assim, há de se ressaltar que a presteza das informações deve ser realizada com a máxima celeridade e exatidão acerca da situação em que se encontra tal documentação.

Neste sentido, OHIRA (2002), afirma que o setor de protocolo é o setor encarregado do recebimento, registro, distribuição, expedição e tramitação de documentos, sendo-lhe atribuídas funções que proporcionam melhor acesso e recuperação da informação.

Segundo PAES (2007), as informações que circulam por esse setor e pela unidade administrativa necessitam de controle e zelo, sendo o sistema de protocolo responsável por garantir a segurança, organização, padronização e facilidade no trâmite da documentação, devendo ter a capacidade de identificar e disponibilizar a informação em tempo hábil.

Sendo assim, a implantação de um sistema de protocolo com acesso à *Internet*, como é o caso do SIMM, faz-se necessário por produzir inúmeros benefícios à organização, pois facilita a localização e tramitação dos documentos dentro da instituição, garantindo maior agilidade aos processos, bem como a integração e melhoria da comunicação entre os setores, além de oferecer mais segurança nos documentos públicos.

Neste sentido, OLIVEIRA JUNIOR (2008) defende que:

A implantação de sistemas informatizados e a interação em rede das entidades governamentais, empresas e cidadãos, podem instrumentalizar a eficácia do governo, inocular idéias inovadoras, aumentar a eficiência e gerar economia de recursos para a aplicação em outras áreas carentes.

Por esta razão, é notória a necessidade de investimento em tecnologia da informação com a implantação de um sistema de informação capaz de gerenciar todo o andamento dos processos dentro da organização, facilitando o cadastro, andamento e localização em tempo célere, além de facilitar a divulgação de informações pertinentes aos interessados, que poderão acessar estes dados via online em qualquer localidade, reduzindo a excessiva demanda no atendimento e morosidade dos demais serviços prestados.

Nota-se, contudo, que é necessário que seja colocado em prática um modelo de gestão capaz de gerenciar e padronizar o funcionamento deste sistema, promovendo a qualificação e integração de todos os servidores envolvidos, pois, como BERNARDES e DELATORRE (2008) advertem:

Para o controle pleno dos documentos, desde a sua produção até a sua destinação final, torna-se necessário assegurar a integração dos protocolos com os arquivos visando à padronização dos procedimentos técnicos. Essa integração permitirá que os documentos sejam rapidamente localizados não apenas durante sua tramitação, mas também durante o período em que aguardam o cumprimento de seus prazos.

Em suma, resta evidenciado que o sistema informatizado de protocolo favorece a agilidade do trabalho e a eficácia do uso e recuperação das informações, proporcionando aos usuários qualidade e eficiência no seu atendimento, bem como auxilia a instituição no trâmite e controle dos documentos, para o alcance dos resultados de interesses administrativos e sociais (SILVA, 2014).

Dessa forma, para que as ações da Vigilância Sanitária de Maceió sejam mais efetivas e eficazes, faz-se necessário um investimento em ferramentas tecnológicas, tendo por objetivo a prestação de serviços mais céleres e qualificados, o que se torna mais viável através da implantação de um adequado sistema de informação, a exemplo do já existente e bem sucedido SIIMM - Sistema Integrado de Informações do Município de Maceió.

4 - METODOLÓGIA

Preliminarmente, cabe ressaltar, destacando o entendimento de THIOLENT (2005), que o Projeto Aplicativo é uma produção do tipo pesquisa-ação, desenvolvida coletivamente no sentido da construção de uma intervenção a um problema proposto pelo grupo. Esta atividade envolve todos os participantes de modo cooperativo e participativo e tem como

função a transformação da realidade, visando à aplicação das ferramentas de gestão da vigilância sanitária para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Assim, a construção do Projeto Aplicativo foi realizada através do método de aprendizagem baseada em equipe ou *Team Based Learning* - TBL, estratégia dirigida para o desenvolvimento do domínio cognitivo, cujo foco é garantir que os participantes de um grupo desenvolvam habilidades para analisar e solucionar problemas propostos diante de uma situação problema ou de um caso clínico, proporcionando a aprendizagem colaborativa através de seus distintos saberes e experiências. (BERBEL, 2013).

Além disso, foram aplicados os referenciais do Planejamento Estratégico Situacional – PES, proposto por MATUS (1993), através do qual o planejamento foi estruturado a partir da identificação de problemas, obedecendo aos seguintes momentos, de acordo com o quadro 2:

Quadro 2: Etapas do planejamento estratégico.

Exploratório - identificação inicial do problema visto nas suas múltiplas dimensões: político, econômica, social, cultural, etc., de forma intersetorial (diagnóstico inicial);
Explicativo - seleção, descrição e explicação do problema (análise da situação inicial);
Normativo - desenho de um plano para enfrentar o problema, proposição de ação em diferentes cenários (programa direcional);
Estratégico - análise e construção da viabilidade política do plano e dos caminhos estratégicos (análise de viabilidade)
Tático-operacional - gestão e implementação do plano: (condução do processo de operacionalização dos módulos do plano) (ARTMANN, 2000).

Fonte: MATUS (1993).

No tocante, vale dizer que o grupo, denominado "afinidade", foi formado pela facilitadora através de uma dinâmica de grupo, sendo imperioso destacar que todos os integrantes são servidores da Vigilância Sanitária de Maceió, o que seguramente facilitou o trabalho em equipe, visto que todos atuam na mesma realidade.

Destarte, as etapas de construção ocorreram seguindo a ótica do curso, em oficinas de trabalho denominadas OTPAs, discriminadas nos tópicos seguintes.

4.1. OTPA1 - Identificando problemas no contexto real, no âmbito da Vigilância Sanitária.

O marco inicial da construção do Projeto Aplicativo ocorreu a partir da identificação de situações-problema vivenciadas pelos participantes do Grupo Afinidade em suas atividades laborais rotineiras, onde cada especializando sugeriu circunstâncias que lhe causavam desconforto, as quais foram minuciosamente coletadas e agrupadas de acordo com suas similaridades, conforme ilustra a figura 1.

Figura 1 - Identificação dos macroproblemas.

AUSÊNCIA DE ESTRUTURA FÍSICA, ORGANIZACIONAL E DE LOGÍSTICA NA VISA	MÁ EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	AUSÊNCIA DE NORMATIZAÇÃO PARA AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	NÚMERO INSUFICIENTE DE RECURSOS HUMANOS	INEFICIÊNCIA NA GESTÃO EM SAÚDE
Estrutura física deficiente	Desmotivação dos profissionais	Ausência de padronização na abordagem da equipe técnica	Quantidade de servidores insuficiente	Falta autonomia de gestão (autarquia)
Estrutura física sem condições mínimas de trabalho	Ausência de incentivo e motivação	Ausência de normatização	Número insuficiente de fiscais enfermeiros	Tratamento ruim da gestão para com os servidores
Estrutura precária da sede da VISA	Falta de capacitação e de planejamento estratégico	Ausência de Portaria (normatização)	Insuficiência de profissionais por demanda de serviço	Descumprimento da pactuação do município
Falta de insumos, carros e estrutura física comprometida	Ausência de capacitações / educação permanente	Descumprimento da legislação (abordagem)	Falta de recursos humanos	Ausência de um protocolo para organização dos processos internos
Falta de transporte para realizar as inspeções	Insuficiência de capacitação			Falta de um sistema de integração interno e externo da VISA
Estrutura física insuficiente (precária)	Capacitação profissional insuficiente			Baixo financiamento
Falta de recursos materiais	Falta de investimento na VISA local em capacitações			

Fonte GAF1,(2016).

Durante o cumprimento desta etapa, as informações reunidas foram discutidas pelos integrantes do grupo e inseridas nos macroproblemas relacionados a seguir no quadro 3:

Quadro 3: Macroproblemas elencados pelo GAF1.

Ausência de estrutura física organizacional e de logística na VISA;
Má execução da política de educação permanente;
Ausência de normatização para as ações de VISA;
Número insuficiente de Recursos Humanos;
Ineficiência na Gestão em Saúde.

Fonte: GAF1 (2016).

Por sua vez, os problemas selecionados foram avaliados de acordo com os seus valores e interesses em solucioná-los, sendo pontuados, mediante critérios distintos, a fim de identificar o problema de valor mais alto e interesse positivo, através da matriz decisória da prioridade em solucionar os problemas, construída pelo grupo (figura 2).

Figura 2 - Matriz decisória da prioridade em solucionar os problemas.

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO	PROBLEMAS				
	1. Ausência de estrutura física organizacional e de logística na VISA	2. Má execução da política de educação permanente	3. Ausência de normatização para as ações de VISA	4. Número insuficiente de Recursos Humanos	5. Ineficiência na Gestão em Saúde
Valor	26	18	17	14	25
Interesse	9	9	9	9	9
Urgência	42	24	29	19	35
Capacidade de Enfrentamento	6	2	6	0	5
Magnitude	29	14	18	13	23
Valorização	24	18	15	9	24
Vulnerabilidade	14	16	18	12	16
Custos	9	20	23	10	21
Relevância	24	14	16	12	26
Prazo/Urgência	25	12	20	13	21
Factibilidade	2	9	9	1	2
Viabilidade	7	11	13	0	7
TOTAL	217	167	193	112	214
PRIORIDADE	1º	4º	3º	5º	2º

Fonte: GAF1,(2016).

4.2. OTPA2 - Priorizando problemas e identificando atores sociais.

A matriz de identificação e relevância de atores sociais foi utilizada para o mapeamento dos atores sociais na discussão do problema, sendo realizada uma classificação de acordo com a identificação do valor e interesse a eles atribuídos, disposta na figura abaixo:

Figura 3 - Matriz de mapeamento de atores sociais

Problema: Ineficiência na Gestão		
ATORES	VALOR	INTERESSE
Prefeito	Alto	+
Secretário de Saúde	Alto	+
DVS	Alto	+
Coordenador da VISA	Alto	+
Coordenadores das Inspetorias	Alto	+

Fonte: GAF1,(2016).

O valor (alto, médio ou baixo) diz respeito ao poder do ator em transformar a situação inicial na desejada. Já o interesse, representado pelos sinais positivo (+), negativo (-) ou posição de neutralidade (0), é a motivação do ator em mudar a realidade existente. Finalmente, foram atribuídas notas, visando identificar os diferentes graus de relevância dos

4.3. OTPA3 - Encontro de socialização de Projetos Aplicativos.

O encontro de socialização de Projetos Aplicativos reuniu todos os especializandos, com o objetivo de que cada grupo apresentasse seus projetos aplicativos que, à época, estavam em construção.

Para esta ocasião, o título do projeto foi definido como “Construção de um portal para a Vigilância Sanitária do município de Maceió”, tendo sido apresentada a seguinte implicação do macroproblema:

Com o novo perfil de se “fazer Vigilância Sanitária”, ou seja, realizando um papel educativo e acreditando na melhora e no crescimento dos serviços oferecidos à população, continuar mantendo um abismo entre prestador, população e órgão fiscalizador é retroceder no caminho dos avanços tecnológicos e da comunicação (GAF1, 2016).

Neste íterim, outro aspecto apresentado foi o resultado esperado pós-implantação do PA, demonstrado a seguir:

A implantação do portal, que conterà informações tanto de interesse da população, quanto dos prestadores de serviços, permitirá que o setor regulado realize autoinspeções antes mesmo da visita técnica dos fiscais. Dessa forma, dará diretrizes para a adequação e o fomento de novas atividades comerciais, além de servir como instrumento de fiscalização para os próprios usuários destes serviços através da exposição de legislações vigentes, roteiros de inspeções e documentos importantes (GAF1).

Ainda neste contexto, foram definidos como sendo os atores envolvidos na governança do macroproblema escolhido para o PA os seguintes gestores (quadro 4):

Quadro 4: Atores

Secretário de Saúde de Maceió;
Coordenador da Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió;
Diretora do DVS da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió;
Coordenador Geral da Vigilância Sanitária de Maceió;
Coordenadores das Inspetorias da Vigilância Sanitária de Maceió;
Representante do setor de Protocolo da Vigilância Sanitária de Maceió.

Fonte: GAF1 (2016).

4.4. OTPA4 - Árvore de problemas / Descritores / Nós Críticos

Neste estágio da construção do Projeto Aplicativo, foi construída a primeira árvore explicativa de problemas (figura 4), com enfoque na "ineficiência na gestão".

Em linhas genéricas, cabe esclarecer que a árvore explicativa de problemas, ferramenta que permite uma leitura da realidade, trata-se de um diagrama de causa-efeito que possibilita uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais (MATUS, 1993).

Nesta primeira árvore explicativa, as causas encontradas e sugeridas pelo grupo para o problema foram estas apresentadas no quadro 5:

Quadro 5: Causas para o problema

Ambiente insalubre;
Ausência de material de expediente e equipamentos;
Ausência de acessibilidade;
Veículos em número insuficiente;
Ausência de segurança patrimonial;
Ausência de sistema de protocolo informatizado, sendo esta considerada como nó crítico.

Fonte: GAF1 (2016).

Já as consequências geradas pela ineficiência na gestão foram as constantes no quadro 6, a seguir:

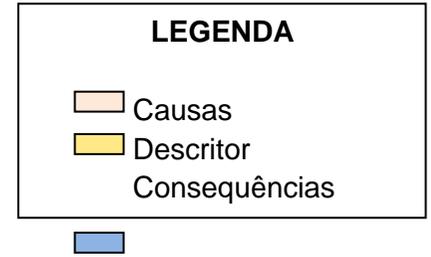
Quadro 6: Consequências da ineficiência na gestão

Insatisfação dos usuários;
Descumprimento das metas pactuadas;
Aumento da criminalidade nos arredores da sede;
Burocratização do serviço;
Não efetividade das ações;
Desmotivação dos servidores.

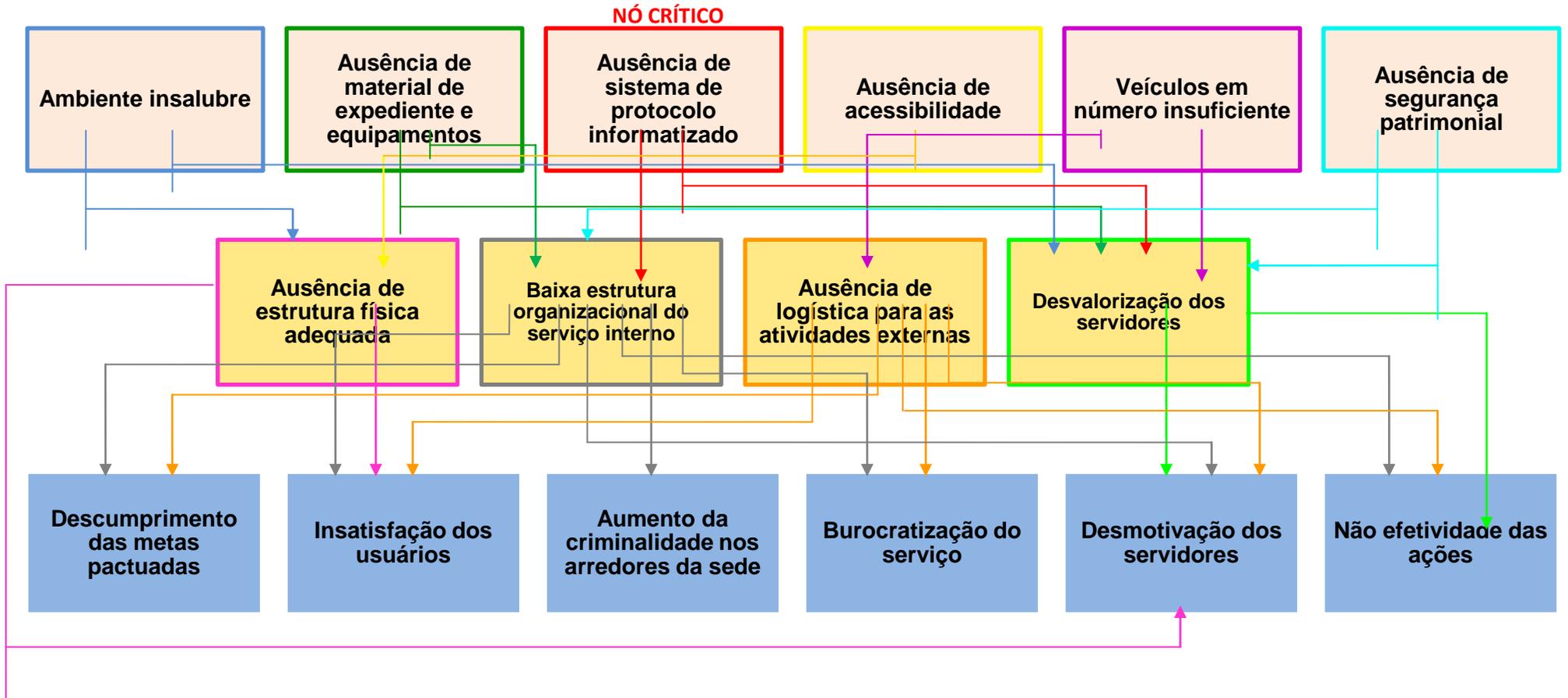
Fonte: GAF1 (2016).

Figura 4 - Árvore Explicativa de Problema (inicial)

Fonte: GAF1(2016).



Problema: Ineficiência da Gestão



4.5. OPA5 - Intervindo no problema.

Nesta oficina de trabalho, o grupo definiu como prioridade para o desenvolvimento do projeto o problema "ausência de um sistema informatizado e unificado de protocolo na Vigilância Sanitária de Maceió". Contudo, como sendo um problema de base, foi mantido o macroproblema "ineficiência na gestão".

Então, com vistas à ausência de um sistema informatizado, foi elaborada uma nova árvore explicativa de problema (figura 5), tendo como causas os seguintes aspectos demonstrados no quadro 7:

Quadro 7: Nova árvore explicativa.

Falta de investimento em equipamentos, insumos, capacitação e sistemas de informática;
Ausência de entendimento técnico no sistema de informação pela gestão;
Ausência de interlocução entre as inspetorias e o protocolo, sendo esta considerada um nó crítico.

Fonte: GAF1 (2016).

E, analisando detalhadamente o problema "ausência de um sistema informatizado e unificado de protocolo na Vigilância Sanitária de Maceió", o GAF1 conseguiu identificar algumas consequências por ele geradas e as apontou no quadro a seguir:

Quadro 8: Consequências ausência de um sistema informatizado.

Diminuição da arrecadação;
Lentidão na tramitação de processos administrativos;
Prejuízo à credibilidade da Visa;
Fragilidade na promoção e proteção da saúde;
Insatisfação dos usuários quanto à baixa resolutividade de suas demandas;
Descumprimento das metas internas e pactuadas com o estado;
Aumento do número de denúncias.

Fonte: GAF1 (2016).

Na sequência, com base na nova árvore explicativa, foi escolhido um nó crítico e elaborado o plano de ação 5W3H, segundo frente de ataque para este nó crítico, conforme ilustrado na figura 6.

Figura 5 - Árvore Explicativa de Problema (final) Fonte: GAF1(2016).



Macroproblema: Ineficiência da Gestão

Problema: Ausência de um sistema informatizado e unificado de protocolo na Vigilância Sanitária de Maceió

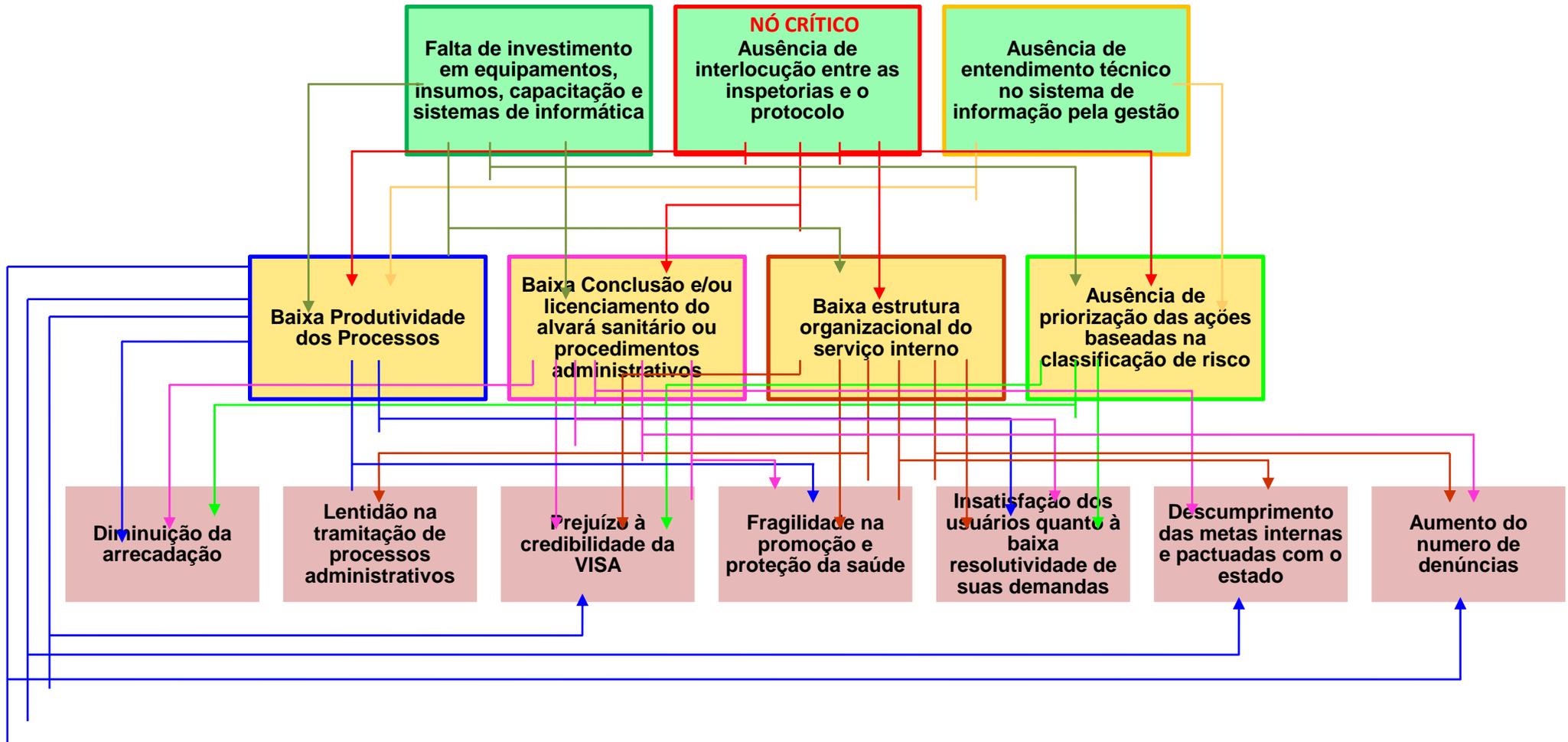


Figura 6 – Planilha Plano de ação - 5W3H, segundo frente de ataque (Nó Crítico)

5W3H							
Espaço do problema		Ausência de um Sistema Informatizado e Unificado de Protocolo na Vigilância Sanitária de Maceió					
Macroproblema		Insuficiência na Gestão					
Nó Crítico		Ausência de Interlocução entre as Inspetorias e o Protocolo					
What O que fazer?	Why Por que fazer	Who Quem vai fazer?	When Quando fazer?	Where Onde fazer?	How Como fazer?	How much Quanto custa?	How measure Qual indicador?
Solicitação	Desburocratização	Equipe com apoio da Coordenação	20 dias	SMS/Informática	Memorando	Sem custo	Acompanhamento processual
Implantação	Para otimizar os trabalhos na VISA	Técnicos de Informática	40 dias	Nas Inspetorias e no setor de Protocolo da VISA	Acompanhamento dos prazos de execução	Sob consulta	Verificar a variação da produtividade
Oficina de qualificação dos profissionais	Para padronizar os procedimentos	Servidor designado pelo setor de Informática	90 dias	Auditório da SMS	Convocação dos servidores para a oficina	Sem custo (apoio/parceria)	Lista de frequência

Fonte: GAF1(2016).

4.6. OPA6 - Análise de viabilidade.

Dando continuidade ao processo de construção do projeto aplicativo, foram elaboradas as matrizes de análise de motivação dos atores sociais frente às diferentes ações elaboradas (figuras 7, 8 e 9), com o objetivo de se buscar viabilidade, isto é, a construção de possibilidades e alternativas factíveis que possibilitem alterar a realidade.

Figura 7 - Matriz 1 de análise de motivação dos atores sociais.

OPERAÇÃO SOLICITAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO	
Atores sociais	Ação
Coordenador da COVISA	Requerer ao DVS
Diretor do DVS	Ratificar o Requerimento
Secretário da SMS	Aceitar a implantação

Fonte: GAF1(2016).

Figura 8 - Matriz 2 de análise de motivação dos atores sociais.

OPERAÇÃO IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO	
Atores sociais	Ação
Coordenador das Inspetorias	Informar ao Coordenador de Informática as demandas de sua Inspetoria para a implantação
Coordenador de Informática	Disponibilizar recursos humanos e materiais e criar ferramentas digitais para a implantação

Fonte: GAF1(2016)

Figura 9 - Matriz 3 de análise de motivação dos atores sociais.

OPERAÇÃO OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS	
Atores sociais	Ação
Servidores da COVISA	Receber capacitação para utilizar o sistema informatizado
Servidores de RH da SMS	Promover a capacitação dos servidores da COVISA

Fonte: GAF1(2016).

Semelhante às matrizes de análise de motivação dos atores sociais, a matriz de detalhamento da análise de viabilidade (figura 10) também foi elaborada visando à construção de estratégias, sendo que de forma bem mais detalhada, possuindo questões orientadoras da investigação, que também podem servir de apoio para a análise da viabilidade.

Figura 10 - Matriz de detalhamento da análise de viabilidade.

AÇÕES	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis Envolvidos	Tecnologia	Resultados esperados – produção de impacto				
					Volume de serviços	Modalidade de serviços	Áreas de suporte	Infra estrutura	Governança
1)Solicitação	-	Desnecessário	Coordenador Geral da COVISA	-	Sim	-	Gestão	-	Fluxo de Comunicação
2)Implantação	Sob Consulta	Necessário	Coordenador de Informática	Software e Hardware	Sim	-	RH, compras e TI	Sim	Fortalecimento de missão, visão e valores
3)Capacitação	R\$1.000,00	Necessário	Coordenador de RH	Especialista	Sim	-	RH e TI	Sim	Mudança de cultura organizacional

Fonte: GAF1(2016).

4.7. OPA7 - Gestão do plano.

Ocorrendo na fase de conclusão da construção do Projeto Aplicativo, a gestão do plano é considerada uma das principais etapas deste processo, pois se refere à intervenção direta no problema. A Matriz de gestão do plano foi elaborada seguindo a utilização de critérios para classificar as ações que constam do plano, quais sejam: viabilidade; impacto; comando; duração; recurso e precedência, conforme a figura 11:

Figura 11 - Matriz de gestão do plano.

AÇÃO	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
Solicitação	Alta	Baixo	Gerentes e atores internos	Curta	Organizacional e político	1ª
Implantação	Alta	Alto	Atores internos articulados com atores externos	Média	Técnico e econômico	2ª
Capacitação	Alta	Alto	Atores internos articulados com atores externos	Média	Técnico	3ª

Fonte: GAF1(2016).

Por fim, foi construído o Cronograma de acompanhamento da implementação das ações (figura 12), utilizando-se o diagrama de Gantt, que representa graficamente o avanço das diferentes etapas do projeto.

Ressalta-se que este cronograma foi baseado na resolução das ações e nós críticos, conforme prazos estabelecidos no planejamento estratégico pelo ator responsável.

Figura 12 - Cronograma de acompanhamento da implementação do Plano de Ação.

2016												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nó crítico		●	—	—	—	—	—	●				
Solicitação		●										
Implantação			●	●								
Capacitação					●	—	—	●				
Legenda	Desvi● relativo de 5% a 10%						Desvi● relativo maior que 10%					

Fonte: GAF1(2016).

4.8. Síntese reflexiva.

Em linhas genéricas, é oportuno enfatizar que, durante o percurso da elaboração do Projeto Aplicativo, foram levados em consideração os distintos conhecimentos e experiências de cada participante do grupo na seleção, pactuação e caracterização do problema para a construção da proposta de intervenção, tendo sido levantados e avaliados os recursos e dados necessários para implementação do plano.

Vale destacar que, ao longo deste processo, através dos encontros presenciais, das reuniões extraclasse, e até mesmo por intermédio das redes sociais, os integrantes do grupo desenvolveram as ferramentas necessárias à gestão. Para isso, focaram nas atitudes e habilidades inerentes ao gestor sanitário, além de terem sido debatidas questões relacionadas às ações de vigilância sanitária.

Diante de tal panorama, e tendo em vista a homogeneidade das afinidades dos integrantes, o grupo identificou facilidades e dificuldades no que diz respeito a trabalhar em equipe.

Assim, como facilidade, identificou o “interesse comum entre o grupo para contribuir com a melhoria da Vigilância Sanitária”. Já como dificuldade, a “falta de disponibilidade de tempo para o grupo se encontrar fora dos horários do curso, além da ocorrência de divergência de ideias”.

Contudo, as dificuldades mencionadas foram superadas pela vontade de construir o projeto aplicativo e em virtude de a realidade profissional dos componentes do grupo ser a mesma.

Assim, foi estabelecido como tema do Projeto Aplicativo: "Proposta de integração da Vigilância Sanitária de Maceió ao SIIMM - Sistema Integrado de Informações do Município de Maceió, desenvolvido pela SEMARHP/AL - Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio de Maceió".

Cumpramos ressaltar que a existência deste sistema de informação, já disponível pela Prefeitura e que tem produzido resultados bastante positivos em outros órgãos do município, contribuiu com a escolha do tema pelo grupo, que tem como objetivo primordial a informatização do sistema de protocolo dos processos tramitados na Vigilância Sanitária de Maceió, com vistas a melhorar a organização, controle e segurança destes documentos através de uma gestão eficiente na VISA.

5 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

Um bom plano de ação precisa obedecer a alguns critérios organizados por níveis de importância. O plano não deve excluir nenhum possível ator capaz de contribuir para a construção dessa nova realidade. Além disso, é necessário levar em consideração a governabilidade desses atores e a aplicabilidade do projeto.

Levando em consideração a importância da intervenção - para o serviço, para o público, e até mesmo para o setor regulado - devido ao seu impacto positivo sobre a realidade, foi elaborado um plano que inclui ações e estratégias organizadas em etapas como solicitação, implantação e operacionalização, que estão descritas nos quadros 9, 10 e 11 a seguir:

Quadro 9: ETAPA DE SOLICITAÇÃO.

Nó crítico	<p>1 - Falta de conhecimento, por parte da gestão, da falta de sinergia entre o protocolo e as Inspetorias.</p> <p>2 - Desconhecimento do aumento da necessidade de mão de obra para atender a demanda interna causada pela busca de informações sobre os processos por parte do setor regulado.</p>
Ações	<p>1 - Realizar um levantamento do número de processos cadastrados por ano.</p> <p>2 - Pesquisar os principais problemas ocorridos durante a tramitação processual desde a criação até a entrega do alvará.</p> <p>3 - Contabilizar o número de atendimento/mês prestado por cada Inspetoria, que poderia ser evitado com a informatização do sistema.</p>
Estratégias e atividades	<p>1 - Reunir a Diretoria de Vigilância em Saúde, o Coordenador Geral da Vigilância Sanitária e os demais representantes de cada Inspetoria e setor de protocolo para apresentação do projeto.</p> <p>2 - Elaborar uma solicitação para o secretário de saúde a fim de apresentar o projeto e pedir seu apoio.</p>

Fonte: GAF1(2016).

Quadro 10: ETAPA DE IMPLANTAÇÃO.

Nó crítico	<p>1 - Falta de um sistema para entrada de processos e acompanhamento online.</p> <p>2 - Falta de computadores em numero suficiente e de impressora de etiquetas para identificação dos processos.</p>
Ações	<p>1 - Com ajuda da equipe de trabalho do protocolo, do setor de informática da Secretaria de Saúde e coordenadores das Inspetorias criar um mapa de possibilidades dos tramites dos processos.</p> <p>2 - Elaborar, segundo o levantamento feito anteriormente na fase de solicitação a respeito do número de abertura de processos e levando em consideração a redução do tempo gasto para a execução deste serviço, a logística necessária que atenda a demanda existente.</p>
Estratégias e atividades	<p>1 - Baseado no mapa de tramitação processual, construir junto com a equipe da TI uma porta de entrada de processos e a identificação de todos os setores passíveis de tramitação com seus respectivos agentes de movimentação.</p> <p>2 - Suspender o atendimento ao público por no mínimo quatro dias com a finalidade de instalar os equipamentos e programas necessários tanto no setor de protocolo como nas Inspetorias.</p>

Fonte: GAF1(2016).

Quadro 11: ETAPA DE OPERACIONALIZAÇÃO.

Nó crítico	<p>1 - Falta de uma padronização do trabalho de abertura, tramitação e conclusão de um processo.</p> <p>2 - Falta de habilidade/cultura para lidar com sistemas informatizados.</p>
Ações	<p>1 - Após a elaboração da árvore feita na etapa anterior e após a implantação do sistema, todos os colaboradores participarão de uma capacitação onde esses dois itens deverão ser explanados, o primeiro por um dos componentes da equipe afinidade e o segundo pela equipe de informática responsável pela implantação.</p>
Estratégias e atividades	<p>1 - O treinamento deverá envolver todos os servidores que compõem a Vigilância Sanitária, deverá também ser de caráter explanativo com o uso de datashow com acesso ao sistema implantado.</p>

Fonte: GAF1(2016).

6. RESULTADOS ESPERADOS.

Com esse Projeto Aplicativo, espera-se que ocorra a integração da Vigilância Sanitária de Maceió ao Sistema informatizado de protocolo da SEMARPH, de modo a disponibilizar

aos usuários informações essenciais quanto à regularização de sua empresa junto ao órgão fiscalizador.

Atualmente, na Vigilância sanitária de Maceió, os tramites são realizados pessoalmente, ou por telefone e, devido à falta de recursos, esse serviço não é prestado de forma eficiente. Porém, a integração da Vigilância municipal ao protocolo informatizado e unificado poderá mudar positivamente esta realidade, ao oferecer ao contribuinte informações necessárias, bem como formulários e documentos exigidos para a abertura de estabelecimento, renovação do alvará sanitário e outras demandas.

Esse sistema informatizado visa a alcançar celeridade na tramitação processual, pois irá disponibilizar informações sobre pendências documentais dos estabelecimentos, responder a dúvidas frequentes e informar o usuário sobre as legislações disponíveis.

O serviço de protocolo informatizado facilitará o trabalho das inspetorias, uma vez que poderão ser evitadas, ou facilmente rastreadas as duplicidades de processos, que são comuns atualmente.

Além disso, nas atividades de fiscalização, a instituição conseguirá economizar recursos materiais, o que poderá elevar significativamente o índice estabelecimento funcionando de forma regular, de acordo com a legislação em vigor e sem atrasos.

Nessa linha de pensamento, pode-se concluir que, com a implantação desta informatização, haverá um significativo incremento da produtividade do serviço e, por consequência, a arrecadação da Vigilância sanitária de Maceió tende a elevar-se consideravelmente.

Essa implantação facilitará a eficiência e a qualidade dos serviços, uma vez que o fiscal sanitário, mesmo durante a inspeção, poderá conferir a documentação pertinente ao estabelecimento. Na sequência, o usuário poderá acessar seu processo e acompanhar sua tramitação através do site da Secretaria Municipal de Saúde ou Prefeitura Municipal de Maceió.

Este projeto aplicativo pretende unir o pensar e o agir ao modificar a situação problema e, para sua implementação, será necessário envolver três fases cíclicas: a) planejamento e viabilidade; b) execução da extensão do serviço de protocolo unificado da SMS para a Vigilância Sanitária de Maceió e a capacitação dos servidores do órgão de fiscalização que irão alimentar o protocolo com as informações pertinentes.

Para que a presente proposta signifique realmente uma mudança no processo de trabalho da Vigilância sanitária de Maceió, faz-se necessário um maior envolvimento por parte da Coordenação de Vigilância Sanitária e da Direção de Vigilância em Saúde junto ao Secretário Municipal de Saúde, para que seja adotado o protocolo unificado como um instrumento facilitador para servidores e usuários.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ARQUIVO NACIONAL (BRASIL). Conselho Nacional Arquivo. **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1996. Disponível em: <http://referenciasarquivisticas.blogspot.com.br/2013/02/dicionario-de-terminologia-arquivistica_14.html> Acesso em: 04 out. 2016.

ARQUIVO NACIONAL (BRASIL). Conselho Nacional Arquivo. **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. Disponível em: <<http://www.arquivonacional.gov.br/Media/Dicion%20Term%20Arquiv.pdf>> Acesso em: 04 out. 2016.

ARTMANN, Elizabeth. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial**. 2000. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_5429/5BCSTY9RH6.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

AZEVEDO, Fabiana Tolêdo Vanderlei de. **Modernização e Gestão Digital do RPPS - Maceió**. Maceió, 2015. Disponível em <<http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1283/1/MODERNIZAÇÃO%20E%20GESTÃO%20DIGITAL.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

BAZZOTTI, Cristiane; GARCIA, Elias. **A Importância do sistema de informação gerencial para tomada de decisões**. UNIOESTE, Cascavel-PR, 2012. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/campi/cascavel/ccsa/VISeminarrio/Artigos%20apresentados%20em%20Comunica%20E7%20F5es/ART%203%20-%20A%20import%20ncia%20do%20sistema%20de%20informa%20E7%20E3o%20gerencial%20para%20tomada%20de%20decis%20F5es.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, jan./jun.2011. Disponível em: <http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

BERNARDES, Ieda Pimenta; DELATORRE, Hilda. **Gestão Documental Aplicada**. São Paulo: Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://amormino.com.br/livros/00000000-gestao-documental-aplicada.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira; TEIXEIRA, Helio Janny; PRADO FILHO, Luiz Patrício Cintra do; KNOPP, Glauco da Costa. **Concentração e Centralização das Atividades Financeiras, Compras e Contratações nos Órgãos e nas Entidades da Administração Pública**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Luiz_Cintra_Do_Prado_Filho/publication/303959680_CONCENTRACAO_E_CENTRALIZACAO_DAS_ATIVIDADES_FINANCEIRAS_COMPRAS_E_CONTRATACOES_NOS_ORGAOS_E_NAS_ENTIDADES_DA_ADMINISTRACAO_PUBLICA/links/576019d408ae2b8d20eb22a2.pdf>. Acesso em: 03 out. 2016.

GASPAR, Marcelo; GOMES, Thierry; MIRANDA, Zailton. TI - **Mudar e Inovar - Resolvendo Conflitos**. Brasília: Senac, 2010.

JAMBEIRO, Othon; SILVA, Helena Pereira da; BORGES, Jussara. **Cidades contemporâneas e políticas de informação e comunicações**. Salvador: EDUFBA, 2007.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento governo**. Brasília: IPEA, 1993.

OHIRA, M. L. B. **Fundamentos em arquivologia: gestão de documentos**. Florianópolis: UDESC, 2002.

OLIVEIRA JUNIOR, Walter Barreto Matos de. **Informatização da gestão governamental em municípios do Estado da Bahia**. Salvador, 2008. Disponível em: <http://www.adm.ufba.br/sites/default/files/publicacao/arquivo/dissertacao_waltermatos_revisada_020609.pdf>. Acesso em 03 out. 2016.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebolças. **Sistemas de Informações Gerenciais**. 12 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PAES, M. L. **Arquivo teoria e prática**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

RODRIGUES, E.; PINHEIRO, M. A. S. **Tecnologia da Informação e mudanças Organizacionais**. Universidade IMES, Vol. I - nº 02. São Caetano do Sul-SP, 2008.

SANTOS, Silvio Júnior; FREITAS, Henrique; LUCIANO, Edimara Mezzomo. **Dificuldades para o uso da tecnologia da Informação**. RAE Electron. v.4 n.2, São

Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a05.pdf>>. Acesso em 02 out. 2016.

SILVA, Arídio; RIBEIRO, José Araujo; RODRIGUES, Luiz Alberto. **Sistemas de**

Informação na Administração Pública. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

SILVA, Dayana Soares da. **Aplicabilidade da gestão documental no núcleo de protocolo geral da secretaria de estado da administração da Paraíba**. João Pessoa, 2014. Disponível em:

<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/9044/1/PDF%20-%20Dayana%20Soares%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

TAKARASHI, T. (Org.). **Sociedade da Informação no Brasil**: livro verde. MCT, Brasília, 2000.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

**Deficiência na Integração entre as Ações de Vigilância Sanitária e
Epidemiológica na Superintendência Estadual de Vigilância em Saúde de Goiás -
SUVISA**

São Paulo
2016

Anderson Nunes
Andréa Cristina de Carvalho
Karla Evangelina Marques Lopes
Luciana da Silveira Freire
Luciene de Souza Barbosa Gomes Silva
Ludimila dos Reis Silva
Maiane Magalhães do Nascimento
Rogério Telles Andrade

**Deficiência na Integração entre as Ações de Vigilância Sanitária e
Epidemiológica na Superintendência Estadual de Vigilância em Saúde de Goiás -
SUVISA**

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

Orientadoras: Mônica Rosa de Lima
Sarah Borges

São Paulo
2016

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	13
3.1. Objetivo Geral.....	13
3.2. Objetivos Específicos.....	13
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	14
4.1. Matriz Decisória.....	14
4.2. Descritores.....	15
4.3. Árvore Explicativa.....	16
4.4. Identificação dos nós críticos.....	16
5. PLANO DE AÇÃO.....	17
6. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO.....	17
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

**Se não amo o mundo,
se não amo a vida,
se não amo os homens,
não me é possível o diálogo.
Não há, por outro lado,
diálogo,
se não há humildade.**

(Pedagogia do oprimido, Paulo Freire)

APRESENTAÇÃO

Em Goiás, no ano de 1963 foi criada a Organização de Saúde do Estado de Goiás – OSEGO, com funções normatizadoras e executoras em todo território goiano.¹⁶

Em 1980 a OSEGO recebe maior poder no campo das ações sanitárias passando a assessorar os Poderes do Estado na elaboração da Legislação Sanitária de competência estadual. Em 1984 é criada a Unidade Operacional de Vigilância Sanitária. Com a promulgação da Constituição, em 1988, começa a implantação do Sistema Único de Saúde: a OSEGO é extinta e substituída pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo sido criada a Superintendência de Vigilância Sanitária.¹⁶

Em 2003 é criada uma nova estrutura organizacional para a Superintendência devido à inserção da vigilância ambiental, que passa a se chamar Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental. Em 2011 foi instituída a Superintendência de Vigilância em Saúde – SUVISA a partir da reestruturação administrativa e organizacional da Secretaria de Estado da Saúde integrando as áreas da saúde coletiva que se encontravam em duas Superintendências. Foram atribuídas competências em relação às ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle de riscos, doenças e agravos à saúde com a finalidade de integrar e realizar as ações de saúde na vigilância epidemiológica-VE, sanitária-VISA, saúde ambiental e de saúde do trabalhador em todos os níveis de complexidade e organização do sistema.¹⁶

A situação epidemiológica do Estado de Goiás e no Brasil são complexas, sendo que doenças transmissíveis, muitas delas tradicionalmente relacionadas com precárias condições de vida e/ou de saneamento ambiental e /ou sanitário, em que se incluem desde a tuberculose até doenças transmitidas por vetores (como a dengue, a leishmaniose visceral), dividem importância com doenças e agravos não transmissíveis, muitos dos quais decorrentes de novos padrões econômicos e culturais (como a obesidade, a diabetes, os acidentes e a violência).¹⁶

Esses fatos, associados às rápidas alterações demográficas, com a diminuição progressiva dos nascimentos e crescimento rápido da população de idosos, têm levado o Sistema Único de Saúde - SUS a agregar, com grande rapidez, novas regras, diferentes compromissos e diversificada tecnologia de gestão, na busca de responder às demandas de uma sociedade cada vez mais plural e complexa.^{14,16}

Assim, têm sido constantemente repensadas as formas de se alcançar a plenitude da implementação do SUS, em todas as diretrizes em que foi concebido, implicando a mudança do modelo de atenção, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção da doença, sem prejuízo à assistência, o que exige o aprimoramento das ferramentas de gestão.^{3, 15 e 17}

De acordo com Teixeira et al, o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’ isoladas e/ou fragmentadas – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século. ^{14, 17}

A busca por alternativas que, sem negar as particularidades da VISA e da VE, conjuguem as ações de promoção e proteção da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde é estratégico para Goiás.

A proposta do presente Projeto Aplicativo é o da rearticulação de saberes e de práticas sanitárias e epidemiológicas na SUVISA. Esse é um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS em Goiás. Propõe-se que o profissional de cada área desloque radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida das pessoas. Entendida como uma proposta de ação e uma área de práticas, permitindo que eles cumpram o que preconiza a vigilância em saúde: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações. ¹⁷

O pensar sistemático sobre o conhecimento sanitário e epidemiológico, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio ‘informação-decisão-ação’, dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da VISA e VE conjuntamente apontariam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores. ^{1, 6,7,10}

1. INTRODUÇÃO

No campo da saúde, a vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das patologias.

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática de contatos de doentes, para ter significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.¹⁸

A noção de vigilância, ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias.¹⁸

A necessidade de se garantir serviços de saúde integrais surgiu com a ampliação das políticas sociais, marcada nas democracias ocidentais pela criação do National Health Service, no Reino Unido, o qual estabeleceu, em 1948, como princípio, a responsabilidade coletiva por “*comprehensive health services*”.⁶

O SUS, conforme a Lei nº. 8.080/90, reforçou esse ideal para o Brasil ao definir como um de seus objetivos garantir “*a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas*”. Essa mesma lei assume a integralidade da assistência como um princípio e a descreve 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*”.⁴

O Pacto em Defesa do SUS, dimensão integrante do Pacto pela Saúde, assume como compromisso para os gestores do sistema a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, com a defesa dos princípios e diretrizes do sistema. É atribuído aos municípios, como responsabilidade na gestão do SUS, a integralidade da atenção à saúde de sua população, garantindo o cumprimento desse princípio por meio de ações prestadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo. Assim devem englobar atividades de promoção da saúde; prevenção de riscos, danos e agravos; e ações de assistência e reabilitação.^{3, 4, 15 e 17}

Observando essas questões, é possível verificar que a integralidade resume uma das principais e mais marcantes características de nossa política de saúde, já constante no texto de sua Lei Orgânica: a saúde possui uma gama de fatores

determinantes e condicionantes. Por tal razão, necessita de uma abordagem pautada em políticas sociais e econômicas e na inter-relação de serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde.^{4, 5 e 6}

Para Camargo Júnior, a palavra integralidade, no contexto brasileiro, não pode ser entendida como um conceito, mas sim como um agrupamento de tendências políticas com relação entre si, o que pode demonstrar tanto fragilidade como potencialidade para o tema. Utilizamos-nos da visão de Mattos, ao argumentar que a integralidade é uma “bandeira de luta” e corresponde a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, uma vez que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária.^{5,11}

Não obstante o fato de que o princípio da integralidade demanda políticas públicas que extrapolam o campo de saúde, o exercício prático da integralidade já se apresenta de forma falha quando focamos em ações e serviços específicos da saúde, como no caso das ações isoladas e/ou fragmentadas da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica. Para que sejam superadas a desintegração e a competição entre órgãos gestores dessas áreas – que causam ineficiência nas ações –, torna-se indispensável a articulação e a efetiva integração de saberes e práticas entre essas áreas.^{5, 11}

Isso somente pode ocorrer numa luta cotidiana dentro desses serviços, em reuniões de gestores, nas arenas de negociação e pactuação, ou seja, pautando-se na importância do diálogo, que é o que possibilita a apreensão das necessidades de saúde. Já se entende como ineficiente a atuação de forma separada, como se cada um vivesse em um cenário próprio e independente.

Assim, fica evidente a necessidade de se buscar a formação de vínculos mais profundos entre VE e VISA. Tais vínculos devem ocorrer em diferentes níveis de complexidade: o primeiro é o do reconhecimento do outro como par, com direito a existir e emitir opiniões; o segundo é o do conhecimento de quem é o outro e como vê o mundo; o terceiro é o da colaboração, com vínculos de reciprocidade; a seguir, está o nível da cooperação, que implica a existência ou a identificação de um problema comum, com uma forma sistemática e estável de atividades; enfim, tem-se o nível de associação com contratos ou acordos e utilização conjunta de recursos.^{1, 5, 11 e 12}

Um grande desafio à aplicação prática da integralidade na saúde é a superação do modelo de atuação centralizador e segregado da VISA e da vigilância epidemiológica. A Vigilância Sanitária é uma área da saúde pública definida como espaços de intervenção do Estado com a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário às demandas

sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde. A VE realiza um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. ^{6, 8e 10}

A proposta de intervenção desse Projeto Aplicativo surge da necessidade de reorganização das relações existentes entre VISA e VE na SUVISA, o intuito de otimizar o sistema de repasse de informações entre os profissionais desses entes, num sistema democrático, descentralizado, criando uma maior integração, aproximação entre estes profissionais, como o intuito de mantê-los alertas para a detecção de situações de risco e para a necessidade de prover adequado direcionamento as ações na prática, pautando-se no conhecimento compartilhado.

Ora, integrar as ações entre VISA e VE na SUVISA é necessário para que a mesma avance na busca de um novo modelo de atenção a saúde, muito embora, exista uma percepção de um nítido distanciamento da operacionalização das ações de VISA e VE, na lógica de “apagar incêndios”. Portanto, existe uma excessiva fragmentação de ações observada na institucionalização das ações de vigilância (epidemiológica e sanitária) no Estado de Goiás.

Pensar em ações compartilhadas é pensar em aumentar os espaços destinados às conversas onde apareçam as diferenças, com a intenção de pactua-las. É também pensar no compartilhamento de informações. Nesse sentido é necessário que os profissionais de ambas as áreas percebam-se o conhecimento dos indivíduos a respeito do seu trabalho para que a tomada de decisões compartilhadas seja qualificada.

2. JUSTIFICATIVA

Partindo do pressuposto que “problema” seria uma situação desfavorável que se quer solucionar e com a vivência diária de vários problemas em nosso local de trabalho, partimos para o desenvolvimento do projeto aplicativo, iniciando pelo levantamento dos macros problemas que poderiam ser trabalhados e desta maneira transformar a situação existente em uma situação desejada.

Assistimos ao vídeo “Priorização de Problemas – Atores Sociais”, no qual nos baseamos para a continuação do desenvolvimento do Projeto Aplicativo: levantamos os problemas a serem trabalhados, selecionando os que são viáveis de serem aplicados, utilizando como ferramentas para seleção: magnitude, vulnerabilidade e factibilidade. Inicialmente foram apontados treze macro problemas e selecionados três.

A seleção do problema a ser trabalhado foi baseada nos critérios relacionados também ao tipo, à natureza dos fenômenos envolvidos e à posição na organização. Como resultado, obtivemos:

- Falta de replicação do modelo de autarquia nas esferas estaduais e municipais.
- Ausência de educação continuada, dentre eles a instrução processual.
- Interação e cooperação entre diferentes órgãos e a VISA e em sua própria estrutura (comunicação em vigilância sanitária pouco efetiva).

Passamos a etapa “Identificar Prioridades”, onde apenas um problema seria selecionado. Foram utilizadas as mesmas ferramentas do item anterior, agora com o preenchimento das matrizes decisórias. Deparamo-nos com um empate entre educação continuada e interação entre os diversos órgãos e a Vigilância Sanitária. O critério de seleção foi a governabilidade. Ficamos com a educação continuada com recorte em garantia da qualidade. Dispusemo-nos a ler sobre o assunto para fundamentar nosso projeto e começar a desenvolvê-lo.

Inicialmente selecionado pela priorização de problemas a educação continuada, após revisitarmos a matriz decisória optamos pela mudança para deficiência na integração nas ações de VISA e Vigilância Epidemiológica, que havia obtido a mesma avaliação do tema selecionado anteriormente por acreditarmos ser esse um tema mais viável e mais relevante para a SUVISA.

Passamos a trabalhar os Atores Sociais apenas com respostas individuais sobre o assunto. Ainda não expostas ao grupo. Assistimos novo vídeo para maior fundamentação do desenvolver do projeto aplicativo, através de visões de especialistas. Voltamos a nos reunir somente o grupo afinidade para exposição da opinião de cada membro.

As etapas seguintes à priorização dos problemas e a identificação dos atores sociais foram a construção da árvore explicativa (descritores, causas, consequências, nós críticos), a intervenção no problema selecionado e o plano de ação e sua viabilidade e finalmente a gestão do plano.

A seleção de “Deficiência na integração entre as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na Superintendência de Vigilância em Saúde de Goiás” ocorreu pela observação dos técnicos que atuam na SUVISA da importância na integração efetiva entre estas duas áreas levando-as a resultados mais efetivos e eficientes.

Dentro da SUVISA existem ações conjuntas entre VE e VISA que são exitosas. Fato verificado com as mudanças ocorridas com a dengue no Estado de Goiás. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás o ano de 2015 teve recorde de notificações de casos de dengue. Fato que levou a ação ostensiva de equipe multissetorial do governo, iniciada em Janeiro e culminou com redução significativa dos casos de dengue no Estado, principalmente de óbitos (76 óbitos confirmados até a 47ª semana em 2015 e 5 confirmados em 2016 até abril). A força tarefa desenvolvida pelos membros dos diversos órgãos do Estado de Goiás resultou numa redução de 80% do número de casos notificados até abril deste ano (10.000 casos em 2015 e 2.000 casos em 2016) ¹⁶.

Outro exemplo de integração é observado no projeto Siga Bebê em fase de construção na SUVISA com a participação de diversas áreas do governo inclusive Visa e VE com o objetivo de reduzir mortalidade infantil. ¹⁶

Segundo Oliveira e Casanova as ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental podem favorecer a atuação sobre os riscos, tornando possível, respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde.

A vigilância epidemiológica necessita ultrapassar o modelo tradicional, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, para avançar numa proposta que aborde e contemple a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento. Há necessidade de instituir importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional, gerando uma concepção de vigilância integrada ^{1, 2, e 8}.

Quanto à vigilância sanitária, a demanda por ações específicas no controle de riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços têm crescido significativamente, o que exige uma atuação mais organizada e competente, desde o nível local. A complexidade de seu escopo de atuação faz com que seja necessária a articulação permanente de uma gama de conhecimentos provenientes de várias disciplinas e de profissionais de diferentes áreas, de modo a garantir a qualidade dos

produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos fundamentais para a promoção da qualidade de vida das pessoas^{6, 9 e 10}.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

O objetivo desse projeto aplicativo e a integração eficiente entre VISA e VE na SUVISA. Nesse sentido, deve-se procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário e epidemiológico, tornando possível, respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Sensibilizar atores sociais envolvidos nos processos de trabalho da VISA e da VE;

3.2.2. Estimular a busca por ações de VISA e VE mais efetivas e eficientes.

3.2.3. Estimular a reflexão sobre os processos de trabalho da VISA e VE;

3.2.4. Criar condições para que as ações de VISA sejam norteadas pelas ações de VE e vice-versa.

3.2.5. Aumentar o número de ações conjuntas entre VISA e VE na SUVISA;

3.2.6. Estimular a utilização de dados epidemiológicos nas ações de VISA e VE na SUVISA;

3.2.7. Aumentar o número de ações conjuntas entre VISA e VE na SUVISA;

3.2.8. Identificar problemas na integração de VISA e VE.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1. Matriz Decisória

Matriz Decisória I

Problema	Valor	Interesse	Nota (0a10)
1. Replicação do modelo de autarquia	alto	(-)	++++
2. Educação continuada	alto	(+)	++++++
3. Interação entre os diferentes órgãos	alto	(+)	++++++

Tabela 1: Matriz decisória I definindo problemas e aplicados aos conceitos de valor e interesse.

Matriz Decisória II

Problema	Urgência	CE	OP
1. Replicação do modelo de autarquia	++	+	+
2. Educação continuada	+++	+++	+++
3. Interação entre os diferentes órgãos	++	++	++++

Tabela 2: Matriz decisória II definindo para os problemas a sua urgência, capacidade de enfrentamento –CE e ordem de prioridade –OP.

Matriz Decisória III

Problema	Magnitude	Valorização	Vulnerabilidade	Custos	OP
1. Replicação do modelo de autarquia	++++	+	+	+	3
2. Educação continuada	+++	++	++	++	1
3. Interação entre os diferentes órgãos	++++	++	+	++	1

Tabela 3: Matriz decisória III definindo para os problemas uma magnitude, valorização, vulnerabilidade, custos e Ordem de prioridade –OP.

Matriz Decisória IV

Problema	Relevância	Prazo/ Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total pontos
1. Replicação do modelo de autarquia	++++	++	+	+	8
2. Educação continuada	++++	++	+++	++	11
3. Interação entre os diferentes órgãos	++++	++	++	+++	11

Tabela 4: Matriz decisória IV mensurando para os problemas uma relevância, prazo/urgência, factibilidade, viabilidade aplicados aos conceitos de valor e interesse.

Para identificação e seleção dos problemas foi utilizada a técnica aplicada à Matriz Decisória como forma de apoiar a tomada de decisão para a priorização dos problemas.

Na Matriz I e II o grupo avaliou o valor e o interesse em solucionar os problemas e fez uma pontuação baseada na urgência, capacidade e prioridade das ações necessárias para enfrentá-los.

Na terceira matriz foram avaliados a magnitude, valorização, vulnerabilidade e custos para a resolução dos problemas abordados pela equipe atribuindo-lhes uma ordem de prioridade para aplicação.

Na quarta e última matriz trabalhada pelo grupo as análises se deram em relação à relevância, prazo, factibilidade e viabilidade, sendo aplicada para todos eles uma pontuação.

Após análise das quatro matrizes decisórias, definiu-se como tema do projeto aplicativo “Interação entre diferentes órgãos”, especificamente a deficiência de Integração entre VISA e VE. Confirmado nos itens: Valor, Interesse, Ordem de prioridade, Magnitude, Valorização, Relevância e Viabilidade.

4.2. Descritores

Em decorrência do problema selecionado pelo grupo, deficiência/ineficiência na integração entre as ações de vigilância sanitária e epidemiológica na SUVISA, partimos para descrever as manifestações que poderiam descrever e mensurar este problema.

Foram listados os seguintes descritores:

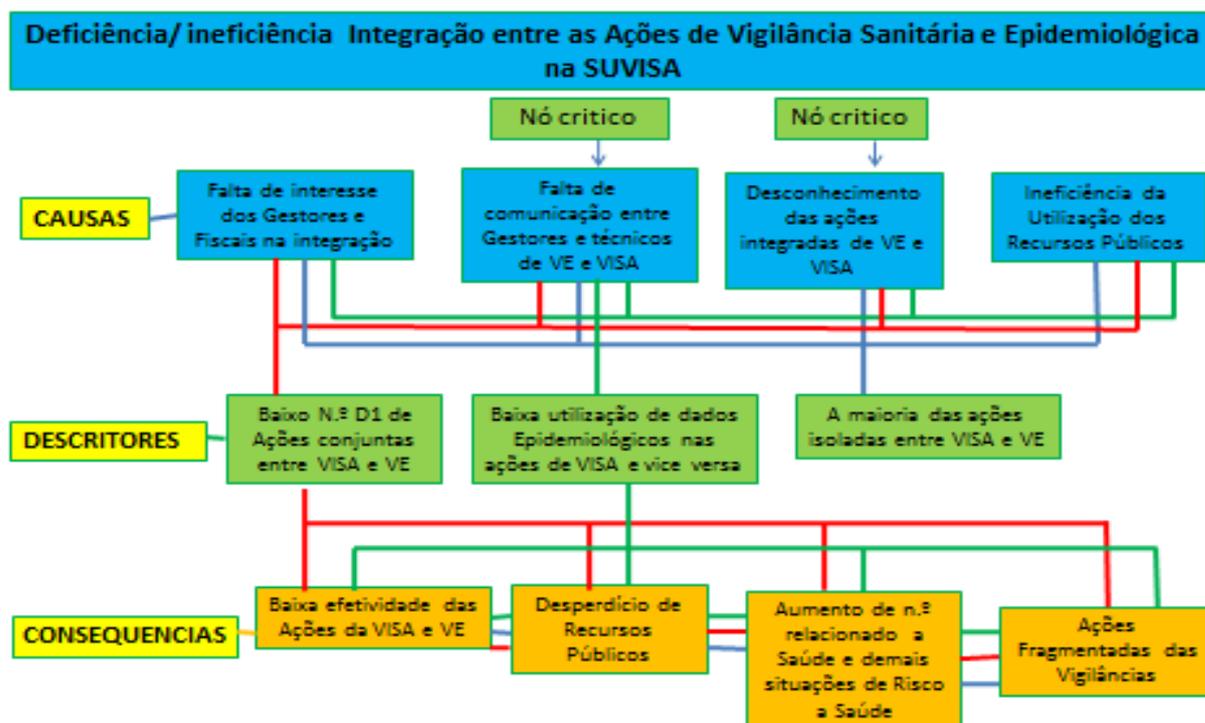
4.2.1. Baixo número de ações conjuntas entre VISA e VE;

4.2.2. Baixa utilização de dados epidemiológicos nas ações de VISA e VE;

4.2.3. Alto número das ações isoladas entre VISA e VE.

4.3. Árvore Explicativa

Nesse projeto foi utilizada a Árvore de Problemas que possibilita uma identificação mais objetiva dos problemas e uma melhor oportunidade para construção de intervenções.



4.4. Identificação dos nós críticos

Priorizados os problemas, identificado os atores sociais e criado a árvore de problemas, passamos para a identificação das causas que determinaram os descritores que qualificaram e quantificaram o problema a ser trabalhado.

Posteriormente com o levantamento das consequências, tivemos os resultados (em longo prazo). Definidos os itens, as causas foram ligadas ao descritor e depois às consequências.

Finalmente definimos os nós críticos que deveriam atender a todos os descritores e que fossem politicamente oportunos, tivessem campo prático de ação e ação com impacto decisivo.

Nós críticos:

1. Falta de comunicação entre gestores e profissionais de VISA e VE;
2. Diminuição das ações pertinentes a cada vigilância.

5. PLANO DE AÇÃO

MACROPROBLEMAS PRIORIZADOS

NÓ CRÍTICO – NC

NC1:Falta de comunicação entre gestores e técnicos de VISA e VE.

NC2:Desconhecimento das ações integradas de VISA e VE.

PES SIMPLIFICADO

MACROPROBLEMA: Falta de interação e cooperação entre deferentes órgãos e a visa.

PROBLEMA: Deficiência/ Ineficiência Integração entre as Ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na SUVISA.

NC	Resultado Esperado	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/Eventuais Opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazos
NC1	Melhoria de 80% das ações em surtos	Criação de grupo técnico–GT para desenvolvimento das ações de integração entre VISA e VE. Criação de grupo técnico –GT para o monitoramento	Técnicos GAF4	Gestores e técnicos de VISA e VE.	Percentual de reuniões. Instrumentos de pactuação das ações de integração Número de ações integradas.	Organizativos: sala, computador, materiais expediente; Cognitivos: oficina de trabalho, material educativo.	12 meses
NC2	Capacitação de 100% das equipes técnicas de VISA e VE sobre as ações pertinentes a integração	1-Oficina de aprendizagem 2-Programa de educação permanente dos técnicos.	Técnicos GAF4	Gestores e técnicos de VISA e VE	Avaliação com teste pré e pós; Oficina de Aprendizagem	Organizativos: sala, computador, materiais expediente; Cognitivos: oficina de trabalho, material educativo Políticos: Financeiros:	12 meses

Tabela 6: Priorização de macroproblemas

Revisitando o projeto aplicativo optou-se por trabalhar primeiramente o nó crítico – NC1 pela viabilidade, governabilidade e representatividade no contexto a ser trabalhado.

6. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano GAF4

Operações – Op ou Ações e Demandas de Operações – DOP ou Demandas de Ação

Atores	Ação 1: Criação de grupo técnico – GT para desenvolvimento das ações de integração entre VISA e VE.	Ação 2: Criação de grupo técnico –GT para monitoramento das ações de integração entre VISA e VE.
Ator 1: Superintendência estadual- Suvisa	A+	A+
Ator 2 : Gerente de visa	A+	A +
Ator 3: Gerente de VE	A+	A +
Ator 4: coordenador geral de educação e comunicação as Suvisa	A+	A +
Ator 5: Técnicas visa / VE.	A+	A +

Tabela 7: Matriz de análise de motivação dos atores sociais. Foram mensurados o valor (A = alto, M = médio e B = baixo) e o interesse (+ = a favor, - = contra e 0 = indiferente) para os diferentes atores sociais envolvidos Projeto Aplicativo.

Na análise da viabilidade detectamos que as ações priorizadas com relação aos atores sociais envolvidos tiveram valor alto e interesse positivo.

Dentro das ações serão desenvolvidas as seguintes atividades:

Grupo Técnico de Desenvolvimento

- 1) Identificar problemas na integração de Visa e VE;
- 2) Reflexão do processo de trabalho;
- 3) Definir estratégias de ações;
- 4) Proposição de instrumento de pactuação.

Grupo Técnico de Monitoramento

- 1) Criação dos indicadores específicos e representativos da integração de Visa e VE;
- 2) Análise e interpretação dos indicadores;

3) Divulgação de resultados.

Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas.

Ações conflitivas do plano de ação	Ação 1: Criação de grupo técnico – GT para desenvolvimento das ações de integração entre VISA e VE.	Ação 2: Criação de grupo técnico – GT para monitoramento das ações de integração entre VISA e VE.
Recursos necessários	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.
Recurso existente	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.	Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.
Viabilidade	Viáveis	Viáveis
Estratégia	Reuniões periódicas (pensar potencialidades e fragilidades/ reflexão do processo de trabalho).	Análise dos indicadores.

Tabela 8: Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas.

Por recursos entende-se: Político: Recurso de poder; Econômico: Disponibilidade de recursos econômicos e financeiros; Técnico: Capacidade técnica em uma determinada área ou campo de atuação; Organizacionais: Capacidade institucional do sistema como um todo, pessoais e de liderança.

7. GESTÃO DO PLANO – MONITORANDO O PLANO

Matriz de Gestão do Plano

Ações	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração (meses)	Recurso	Precedência
Ação 1	A	A	Atores Internos	06	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais	*
Ação 2	A	A	Atores Internos	12	Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.	*

Tabela 9: Matriz de gestão do plano definindo para as ações a viabilidade, impacto, comando, duração, recurso e precedência (a ações serão concomitantes, pois não há antecedência obrigatória ou estratégica de uma com relação à outra).

Matriz de Monitoramento do Plano

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
Ação 1	Reunião SUVISA, da GVSP* e GVE**	O grupo recebeu o apoio da superintendência VISA e da gerência da vigilância sanitária de produtos.	O grupo não conseguiu reunião com a Gerência de Vigilância Epidemiológica.	Interação das ações de vigilância sanitária de alimentos, monitoramento Pós-comércio e vigilância epidemiológica.

Ação 2

Tabela 10: Matriz de Monitoramento do Plano, estruturada por ação em ordem de precedência e descrevendo situação, resultados, dificuldades e novas ações e/ou ajustes.

Até este momento do Plano de Ação, as ações de monitoramento não foram realizadas porque dependem da criação e efetivação dos grupos técnicos pelos atores sociais.

*GVSP – Gerência de Vigilância Sanitária e Produtos

**GVE – Gerência de Vigilância Epidemiológica

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seleção do problema “Deficiência na integração entre as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na Superintendência de Vigilância em Saúde de Goiás” ocorreu devido à vivência dos técnicos que atuam na SUVISA, nas ações de vigilância em saúde, que perceberam a importância da integração entre as duas vigilâncias. Constatou-se que estas, quando se integram, são mais eficientes e eficazes. A exemplo da experiência no combate à dengue, em 2015/2016, que resultou na redução do número de óbitos e de 80% do número de casos notificados e confirmados.¹⁶

O presente projeto aplicativo propõe melhorar a comunicação entre as áreas de VISA e VE. Trata-se de um desafio, pois vem alterar a atuação das duas vigilâncias o que poderá acarretar um aumento da carga de trabalho a ser inserido na rotina das vigilâncias. A integração entre VISA e VE promoverá um melhor conhecimento dos diversos setores sujeitos a uma fiscalização sanitária e melhorará articulação na resolução dos problemas de saúde da população derrubando o modelo segregado e centralizado da VISA.

Foram consultados referenciais teóricos que corroboram com a iniciativa do grupo em integrar as ações de vigilância dentro da própria vigilância.^{1, 5, 6, 11, e 18}

*

Dentre as ações propostas, consta criação de grupo técnico – GT para o desenvolvimento e monitoramento das ações de integração entre VISA e VE.

A sensibilização e participação dos atores sociais são de suma importância para o desenvolvimento do projeto. Após os primeiros contatos do GAF-4 com os setores envolvidos na aplicação do projeto o grupo percebeu que enfrentará dificuldades. O apoio e a receptividade das áreas serão de grande valia para a evolução do projeto.

As primeiras áreas a terem a implantação do projeto serão: Coordenação da Vigilância de Alimentos (CFA); Coordenação de Vigilância Pós - Comércio (VIGIPOS) e a VE. Já estamos com expectativas de ampliar o projeto para os serviços hospitalares que envolverá na Suvisa as áreas da GVSP; GVSS e VE.

Espera-se que este Projeto possa ser apenas o despertar para integração e fortalecimento das ações nas esferas do estado de Goiás.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. **Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos da Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. BRASIL. Lei Federal nº. 8.080/90. 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.
5. CAMARGO JUNIOR, KR. **As muitas vozes da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6a Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. p. 13-7.
6. COSTA, EA, Rozenfeld S. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil**. In: Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-40.
7. CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.
8. Drumond MJ. **Epidemiologia nos municípios - muito além das normas**. São Paulo: Hucitec; 2003.
9. LUCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
10. FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: FOUCAULT, M. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
11. MATTOS RA. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6a Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. p. 41-66.
12. OLIVEIRA, Cátia Martins and CASANOVA, Ângela Oliveira. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica**. Cienc. Saúde coletiva [online]- 2009, vol14, n.3 [cited 2016-09-15], pp929-936.

13. PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
14. ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
15. SOARES, JCRS; LIMA, LCV. **Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária**. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.130-156.
16. SUVISA. Disponível em: <http://www.visagoias.gov.br>. Acesso em 06/11/2016.
17. TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.
18. WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania).

**Integração entre as Ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na
Superintendência Estadual de Vigilância em Saúde de Goiás - SUVISA**

Goiânia
2016

Anderson Nunes
Andréa Cristina de Carvalho
Karla Evangelina Marques Lopes
Luciana da Silveira Freire
Luciene de Souza Barbosa Gomes Silva
Ludimila dos Reis Silva
Maiane Magalhães. do Nascimento
Rogério Telles Andrade

**Integração entre as Ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na
Superintendência Estadual de Vigilância em Saúde de Goiás - SUVISA**

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

Orientadoras: Mônica Rosa de Lima
Sarah Borges

Goiânia
2016
SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. Objetivo Geral.....	11
3.2. Objetivos Específicos.....	11
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	14
4.1. Matriz Decisória.....	14
4.2. Descritores.....	15
4.3. Árvore Explicativa.....	16
4.4. Identificação dos nós críticos.....	16
5. PLANO DE AÇÃO.....	17
6. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO.....	18
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

**Se não amo o mundo,
se não amo a vida,
se não amo os homens,
não me é possível o diálogo.
Não há, por outro lado,
diálogo,
se não há humildade.**

(Pedagogia do oprimido, Paulo Freire)

APRESENTAÇÃO

Em Goiás, no ano de 1963 foi criada a Organização de Saúde do Estado de Goiás – OSEGO, com funções normatizadoras e executoras em todo território goiano.¹⁶

Em 1980 a OSEGO recebe maior poder no campo das ações sanitárias passando a assessorar os Poderes do Estado na elaboração da Legislação Sanitária de competência estadual. Em 1984 é criada a Unidade Operacional de Vigilância Sanitária. Com a promulgação da Constituição, em 1988, começa a implantação do Sistema Único de Saúde: a OSEGO é extinta e substituída pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo sido criada a Superintendência de Vigilância Sanitária.¹⁶

Em 2003 é criada uma nova estrutura organizacional para a Superintendência devido à inserção da vigilância ambiental, que passa a se chamar Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental. Em 2011 foi instituída a Superintendência de Vigilância em Saúde – SUVISA a partir da reestruturação administrativa e organizacional da Secretaria de Estado da Saúde integrando as áreas da saúde coletiva que se encontravam em duas Superintendências. Foram atribuídos competências em relação às ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle de riscos, doenças e agravos à saúde com a finalidade de integrar e realizar as ações de saúde na vigilância epidemiológica-VE, sanitária-VISA, saúde ambiental e de saúde do trabalhador em todos os níveis de complexidade e organização do sistema.¹⁶

A situação epidemiológica do Estado de Goiás e no Brasil são complexas, sendo que doenças transmissíveis, muitas delas tradicionalmente relacionadas com precárias condições de vida e/ou de saneamento ambiental e /ou sanitário, em que se incluem desde a tuberculose até doenças transmitidas por vetores (como a dengue, a leishmaniose visceral), dividem importância com doenças e agravos não transmissíveis, muitos dos quais decorrentes de novos padrões econômicos e culturais (como a obesidade, a diabetes, os acidentes e a violência).¹⁶

Esses fatos, associados às rápidas alterações demográficas, com a diminuição progressiva dos nascimentos e crescimento rápido da população de idosos, têm levado o Sistema Único de Saúde - SUS a agregar, com grande rapidez, novas regras, diferentes compromissos e diversificada tecnologia de gestão, na busca de responder às demandas de uma sociedade cada vez mais plural e complexa.^{14,16}

Assim, têm sido constantemente repensadas as formas de se alcançar a plenitude da implementação do SUS, em todas as diretrizes em que foi concebido, implicando a mudança do modelo de atenção, privilegiando a promoção da saúde e a

prevenção da doença, sem prejuízo à assistência, o que exige o aprimoramento das ferramentas de gestão.^{3, 15 e 17}

De acordo com Teixeira et al, o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’ isoladas e/ou fragmentadas – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.^{14, 17}

A busca por alternativas que, sem negar as particularidades da VISA e da VE, conjuguem as ações de promoção e proteção da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde é estratégico para Goiás.

A proposta do presente Projeto Aplicativo é o da rearticulação de saberes e de práticas sanitárias e epidemiológicas na SUVISA. Esse é um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS em Goiás. Propõe-se que os profissionais de cada área desloque radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida das pessoas. Entendida como uma proposta de ação e uma área de práticas, permitindo que eles cumpram o que preconiza a vigilância em saúde: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações.¹⁷

O pensar sistemático sobre o conhecimento sanitário e epidemiológico, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio ‘informação-decisão-ação’, dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da VISA e VE conjuntamente apontariam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.^{1, 6,7,10}

1. INTRODUÇÃO

No campo da saúde, a vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das patologias.

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática de contatos de doentes, para ter significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.¹⁸

A noção de vigilância, ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias.¹⁸

A necessidade de se garantir serviços de saúde integrais surgiu com a ampliação das políticas sociais, marcada nas democracias ocidentais pela criação do National Health Service, no Reino Unido, o qual estabeleceu, em 1948, como princípio, a responsabilidade coletiva por “*comprehensive health services*”.⁶

O SUS, conforme a Lei nº. 8.080/90, reforçou esse ideal para o Brasil ao definir como um de seus objetivos garantir “*a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas*”. Essa mesma lei assume a integralidade da assistência como um princípio e a descreve 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*”.⁴

O Pacto em Defesa do SUS, dimensão integrante do Pacto pela Saúde, assume como compromisso para os gestores do sistema a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, com a defesa dos princípios e diretrizes do sistema. É atribuído aos municípios, como responsabilidade na gestão do SUS, a integralidade da atenção à saúde de sua população, garantindo o cumprimento desse princípio por meio de ações prestadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo. Assim devem englobar atividades de promoção da saúde; prevenção de riscos, danos e agravos; e ações de assistência e reabilitação.^{3, 4, 15 e 17}

Observando essas questões, é possível verificar que a integralidade resume uma das principais e mais marcantes características de nossa política de saúde, já constante no texto de sua Lei Orgânica: a saúde possui uma gama de fatores determinantes e condicionantes. Por tal razão, necessita de uma abordagem pautada em políticas sociais e econômicas e na inter-relação de serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde.^{4, 5 e 6}

Para Camargo Júnior, a palavra integralidade, no contexto brasileiro, não pode ser entendida como um conceito, mas sim como um agrupamento de tendências políticas com relação entre si, o que pode demonstrar tanto fragilidade como potencialidade para o tema. Utilizamos-nos da visão de Mattos, ao argumentar que a integralidade é uma “bandeira de luta” e corresponde a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, uma vez que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária.^{5,11}

Não obstante o fato de que o princípio da integralidade demanda políticas públicas que extrapolam o campo de saúde, o exercício prático da integralidade já se apresenta de forma falha quando focamos em ações e serviços específicos da saúde, como no caso das ações isoladas e/ou fragmentadas da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica. Para que sejam superadas a desintegração e a competição entre órgãos gestores dessas áreas – que causam ineficiência nas ações –, torna-se indispensável a articulação e a efetiva integração de saberes e práticas entre essas áreas.^{5, 11}

Isso somente pode ocorrer numa luta cotidiana dentro desses serviços, em reuniões de gestores, nas arenas de negociação e pactuação, ou seja, pautando-se na importância do diálogo, que é o que possibilita a apreensão das necessidades de saúde. Já se entende como ineficiente a atuação de forma separada, como se cada um vivesse em um cenário próprio e independente.

Assim, fica evidente a necessidade de se buscar a formação de vínculos mais profundos entre VE e VISA. Tais vínculos devem ocorrer em diferentes níveis de complexidade: o primeiro é o do reconhecimento do outro como par, com direito a existir e emitir opiniões; o segundo é o do conhecimento de quem é o outro e como vê o mundo; o terceiro é o da colaboração, com vínculos de reciprocidade; a seguir, está o nível da cooperação, que implica a existência ou a identificação de um problema comum, com uma forma sistemática e estável de atividades; enfim, tem-se o nível de associação com contratos ou acordos e utilização conjunta de recursos.^{1, 5,}

11 e 12

Um grande desafio à aplicação prática da integralidade na saúde é a

superação do modelo de atuação centralizador e segregado da VISA e da vigilância epidemiológica. A Vigilância Sanitária é uma área da saúde pública definida como espaços de intervenção do Estado com a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde. A VE realiza um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.^{6, 8e 10}

A proposta de intervenção desse Projeto Aplicativo surge da necessidade de reorganização das relações existentes entre VISA e VE na SUVISA, o intuito de otimizar o sistema de repasse de informações entre os profissionais desses entes, num sistema democrático, descentralizado, criando uma maior integração, aproximação entre estes profissionais, como o intuito de mantê-los alertas para a detecção de situações de risco e para a necessidade de prover adequado direcionamento as ações na prática, pautando-se no conhecimento compartilhado.

Ora, integrar as ações entre VISA e VE na SUVISA é necessário para que a mesma avance na busca de um novo modelo de atenção a saúde, muito embora, exista uma percepção de um nítido distanciamento da operacionalização das ações de VISA e VE, na lógica de “apagar incêndios”. Portanto, existe uma excessiva fragmentação de ações observada na institucionalização das ações de vigilância (epidemiológica e sanitária) no Estado de Goiás.

Pensar em ações compartilhadas é pensar em aumentar os espaços destinados às conversas onde apareçam as diferenças, com a intenção de pactua-las. É também pensar no compartilhamento de informações. Nesse sentido é necessário que os profissionais de ambas as áreas percebam-se o conhecimento dos indivíduos a respeito do seu trabalho para que a tomada de decisões compartilhadas seja qualificada.

2. JUSTIFICATIVA

Partindo do pressuposto que “problema” seria uma situação desfavorável que se quer solucionar e com a vivência diária de vários problemas em nosso local de trabalho, partimos para o desenvolvimento do projeto aplicativo, iniciando pelo levantamento dos macros problemas que poderiam ser trabalhados e desta maneira transformar a situação existente em uma situação desejada.

Assistimos ao vídeo “Priorização de Problemas – Atores Sociais”, no qual nos baseamos para a continuação do desenvolvimento do Projeto Aplicativo: levantamos os problemas a serem trabalhados, selecionando os que são viáveis de serem aplicados, utilizando como ferramentas para seleção: magnitude, vulnerabilidade e factibilidade. Inicialmente foram apontados treze macro problemas e selecionados três.

A seleção do problema a ser trabalhado foi baseada nos critérios relacionados também ao tipo, à natureza dos fenômenos envolvidos e à posição na organização. Como resultado, obtivemos:

- Falta de replicação do modelo de autarquia nas esferas estaduais e municipais.
- Ausência de educação continuada, dentre eles a instrução processual.
- Interação e cooperação entre diferentes órgãos e a VISA e em sua própria estrutura (comunicação em vigilância sanitária pouco efetiva).

Passamos a etapa “Identificar Prioridades”, onde apenas um problema seria selecionado. Foram utilizadas as mesmas ferramentas do item anterior, agora com o preenchimento das matrizes decisórias. Deparamo-nos com um empate entre educação continuada e interação entre os diversos órgãos e a Vigilância Sanitária. O critério de seleção foi a governabilidade. Ficamos com a educação continuada com recorte em garantia da qualidade. Dispusemo-nos a ler sobre o assunto para fundamentar nosso projeto e começar a desenvolvê-lo.

Inicialmente selecionado pela priorização de problemas a educação continuada, após revisitarmos a matriz decisória optamos pela mudança para deficiência na integração nas ações de VISA e Vigilância Epidemiológica, que havia obtido a mesma avaliação do tema selecionado anteriormente por acreditarmos ser esse um tema mais viável e mais relevante para a SUVISA.

Passamos a trabalhar os Atores Sociais apenas com respostas individuais sobre o assunto. Ainda não expostas ao grupo. Assistimos novo vídeo

para maior fundamentação do desenvolver do projeto aplicativo, através de visões de especialistas. Voltamos a nos reunir somente o grupo afinidade para exposição da opinião de cada membro.

As etapas seguintes à priorização dos problemas e a identificação dos atores sociais foram a construção da árvore explicativa (descritores, causas, consequências, nós críticos), a intervenção no problema selecionado e o plano de ação e sua viabilidade e finalmente a gestão do plano.

A seleção de “Deficiência na integração entre as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na Superintendência de Vigilância em Saúde de Goiás” ocorreu pela observação dos técnicos que atuam na SUVISA da importância na integração efetiva entre estas duas áreas levando-as a resultados mais efetivos e eficientes.

Dentro da SUVISA existem ações conjuntas entre VE e VISA que são exitosas. Fato verificado com as mudanças ocorridas com a dengue no Estado de Goiás. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás o ano de 2015 teve recorde de notificações de casos de dengue. Fato que levou a ação ostensiva de equipe multissetorial do governo, iniciada em Janeiro e culminou com redução significativa dos casos de dengue no Estado, principalmente de óbitos (76 óbitos confirmados até a 47ª semana em 2015 e 5 confirmados em 2016 até abril). A força tarefa desenvolvida pelos membros dos diversos órgãos do Estado de Goiás resultou numa redução de 80% do número de casos notificados até abril deste ano (10.000 casos em 2015 e 2.000 casos em 2016) ¹⁶.

Outro exemplo de integração é observado no projeto Siga Bebê em fase de construção na SUVISA com a participação de diversas áreas do governo inclusive VISA e VE com o objetivo de reduzir mortalidade infantil. ¹⁶

Segundo Oliveira e Casanova as ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental podem favorecer a atuação sobre os riscos, tornando possível, respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde.

A vigilância epidemiológica necessita ultrapassar o modelo tradicional, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, para avançar numa proposta que aborde e contemple a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento. Há necessidade de instituir importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional, gerando uma concepção de vigilância integrada ^{1, 2, e 8}.

Quanto à vigilância sanitária, a demanda por ações específicas no controle de riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços têm crescido significativamente, o que exige uma atuação mais organizada e competente, desde o

nível local. A complexidade de seu escopo de atuação faz com que seja necessária a articulação permanente de uma gama de conhecimentos provenientes de várias disciplinas e de profissionais de diferentes áreas, de modo a garantir a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos fundamentais para a promoção da qualidade de vida das pessoas^{6, 9 e 10}.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

O objetivo desse projeto aplicativo e a integração eficiente entre VISA e VE na SUVISA. Nesse sentido, deve-se procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário e epidemiológico, tornando possível, respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1. Sensibilizar atores sociais envolvidos nos processos de trabalho da VISA e da VE;
- 3.2.2. Estimular a busca por ações de VISA e VE mais efetivas e eficientes.
- 3.2.3. Estimular a reflexão sobre os processos de trabalho da VISA e VE;
- 3.2.4. Criar condições para que as ações de VISA sejam norteadas pelas ações de VE e vice-versa.
- 3.2.5. Aumentar o número de ações conjuntas entre VISA e VE na SUVISA;
- 3.2.6. Estimular a utilização de dados epidemiológicos nas ações de VISA e VE na SUVISA;
- 3.2.7. Aumentar o número de ações conjuntas entre VISA e VE na SUVISA;
- 3.2.8. Identificar problemas na integração de VISA e VE.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1. Matriz Decisória

Matriz Decisória I

Problema	Valor	Interesse	Nota (0a10)
1. Replicação do modelo de autarquia	alto	(-)	++++
2. Educação continuada	alto	(+)	++++++
3. Interação entre os diferentes órgãos	alto	(+)	++++++

Tabela 1: Matriz decisória I definindo problemas e aplicados aos conceitos de valor e interesse.

Matriz Decisória II

Problema	Urgência	CE	OP
1. Replicação do modelo de autarquia	++	+	+
2. Educação continuada	+++	+++	+++
3. Interação entre os diferentes órgãos	++	++	++++

Tabela 2: Matriz decisória II definindo para os problemas a sua urgência, capacidade de enfrentamento –CE e ordem de prioridade –OP.

Matriz Decisória III

Problema	Magnitude	Valorização	Vulnerabilidade	Custos	OP
1. Replicação do modelo de autarquia	++++	+	+	+	3
2. Educação continuada	+++	++	++	++	1
3. Interação entre os diferentes órgãos	++++	++	+	++	1

Tabela 3: Matriz decisória III definindo para os problemas uma magnitude, valorização, vulnerabilidade, custos e Ordem de prioridade –OP.

Matriz Decisória IV

Problema	Relevância	Prazo/ Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total pontons
1. Replicação do modelo de autarquia	++++	++	+	+	8
2. Educação continuada	++++	++	+++	++	11
3. Interação entre os diferentes órgãos	++++	++	++	+++	11

Tabela 4: Matriz decisória IV mensurando para os problemas uma relevância, prazo/urgência, factibilidade, viabilidade e aplicados aos conceitos de valor e interesse.

Para identificação e seleção dos problemas foi utilizada a técnica aplicada à Matriz Decisória como forma de apoiar a tomada de decisão para a priorização dos problemas.

Na Matriz I e II o grupo avaliou o valor e o interesse em solucionar os problemas e fez uma pontuação baseada na urgência, capacidade e prioridade das ações necessárias para enfrentá-los.

Na terceira matriz foram avaliados a magnitude, valorização, vulnerabilidade e custos para a resolução dos problemas abordados pela equipe atribuindo-lhes uma ordem de prioridade para aplicação.

Na quarta e última matriz trabalhada pelo grupo as análises se deram em relação à relevância, prazo, factibilidade e viabilidade, sendo aplicada para todos eles uma pontuação.

Após análise das quatro matrizes decisórias, definiu-se como tema do projeto aplicativo “Interação entre diferentes órgãos”, especificamente a deficiência de Integração entre Visa e VE. Confirmado nos itens: Valor, Interesse, Ordem de prioridade, Magnitude, Valorização, Relevância e Viabilidade.

4.2. Descritores

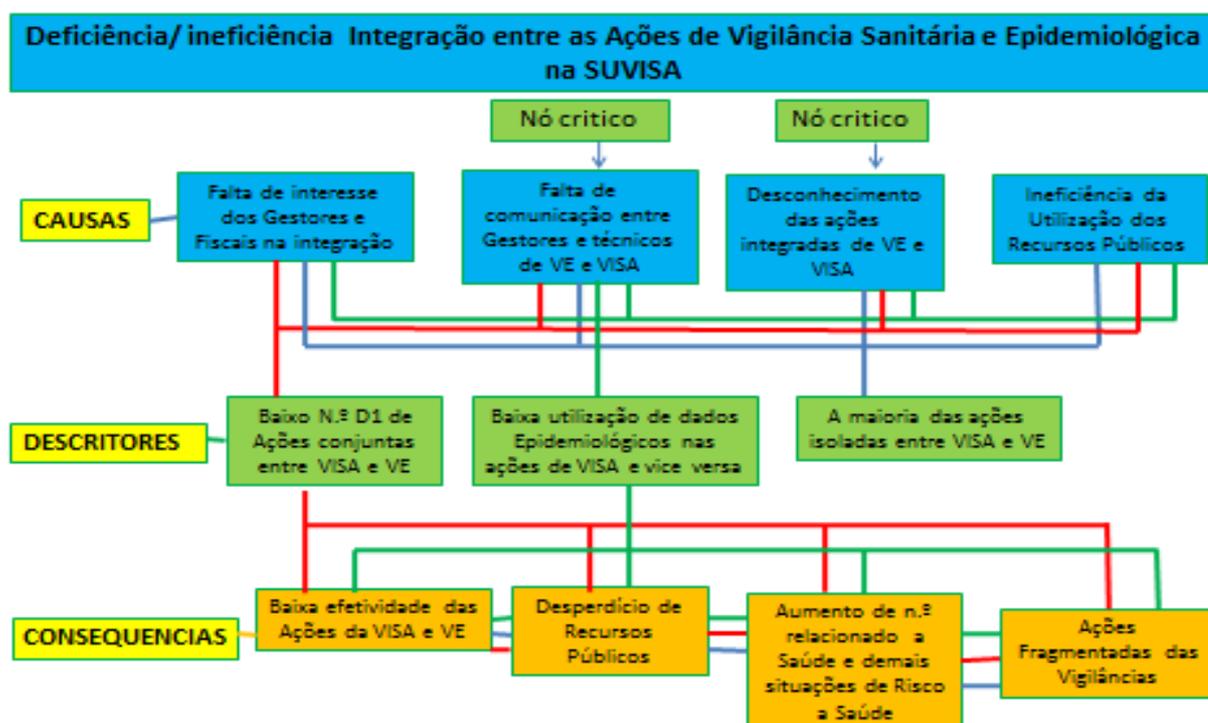
Em decorrência do problema selecionado pelo grupo, deficiência/ineficiência na integração entre as ações de vigilância sanitária e epidemiológica na SUVISA, partimos para descrever as manifestações que poderiam descrever e mensurar este problema.

Foram listados os seguintes descritores:

- 4.2.1. Baixo número de ações conjuntas entre VISA e VE;
- 4.2.2. Baixa utilização de dados epidemiológicos nas ações de VISA e VE;
- 4.2.3. Alto número das ações isoladas entre VISA e VE.

4.3. Árvore Explicativa

Nesse projeto foi utilizada a Árvore de Problemas que possibilita uma identificação mais objetiva dos problemas e uma melhor oportunidade para construção de intervenções.



4.4. Identificação dos nós críticos

Priorizados os problemas, identificado os atores sociais e criado a árvore de problemas, passamos para a identificação das causas que determinaram os descritores que qualificaram e quantificaram o problema a ser trabalhado.

Posteriormente com o levantamento das consequências, tivemos os resultados (em longo prazo). Definidos os itens, as causas foram ligadas ao descritor e depois às consequências.

Finalmente definimos os nós críticos que deveriam atender a todos os descritores e que fossem politicamente oportunos, tivessem campo prático de ação e ação com impacto decisivo.

Nós críticos:

1. Falta de comunicação entre gestores e profissionais de VISA e VE;

2. Diminuição das ações pertinentes a cada vigilância.

5. PLANO DE AÇÃO

MACROPROBLEMAS PRIORIZADOS

NÓ CRÍTICO – NC

NC1:Falta de comunicação entre gestores e técnicos de VISA e VE.

NC2:Desconhecimento das ações integradas de VISA e VE.

PES SIMPLIFICADO

MACROPROBLEMA: Falta de interação e cooperação entre deferentes órgãos e a visa.

PROBLEMA: Deficiência/ Ineficiência Integração entre as Ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na SUVISA.

NC	Resultado Esperado	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/Eventuais Opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazos
NC1	Melhoria de 80% das ações em surtos	Criação de grupo técnico–GT para desenvolvimento das ações de integração entre VISA e VE. Criação de grupo técnico –GT para o monitoramento	Técnicos GAF4	Gestores e técnicos de VISA e VE.	Percentual de reuniões. Instrumentos de pactuação das ações de integração Numero de ações integradas.	Organizativos: sala, computador, materiais expediente; Cognitivos: oficina de trabalho, material educativo.	12 meses
NC2	Capacitação de 100% das equipes técnicas de VISA e VE sobre as ações pertinentes a integração	1-Oficina de aprendizagem 2-Programa de educação permanente dos técnicos.	Técnicos GAF4	Gestores e técnicos de VISA e VE	Avaliação com teste pré e pós; Oficina de Aprendizagem	Organizativos: sala, computador, materiais expediente; Cognitivos: oficina de trabalho, material educativo Políticos: Financeiros:	12 meses

Tabela 6: Priorização de macroproblemas

Revisitando o projeto aplicativo optou-se por trabalhar primeiramente o nó crítico – NC1 pela viabilidade, governabilidade e representatividade no contexto a ser trabalhado.

6. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano GAF4

Operações – Op ou Ações e Demandas de Operações – DOP ou Demandas de Ação		
Atores	Ação 1: Criação de grupo técnico – GT para desenvolvimento das ações de integração entre VISA e VE.	Ação 2: Criação de grupo técnico –GT para monitoramento das ações de integração entre VISA e VE.
Ator 1: Superintendência estadual- Suvisa	A+	A+
Ator 2 : Gerente de visa	A+	A +
Ator 3: Gerente de VE	A+	A +
Ator 4: coordenador geral de educação e comunicação as Suvisa	A+	A +
Ator 5: Técnicas visa / VE.	A+	A +

Tabela 7: Matriz de análise de motivação dos atores sociais. Foram mensurados o valor (A = alto, M = médio e B = baixo) e o interesse (+ = a favor, - = contra e 0 = indiferente) para os diferentes atores sociais envolvidos Projeto Aplicativo.

Na análise da viabilidade detectamos que as ações priorizadas com relação aos atores sociais envolvidos tiveram valor alto e interesse positivo.

Dentro das ações serão desenvolvidas as seguintes atividades:

Grupo Técnico de Desenvolvimento

- 1) Identificar problemas na integração de Visa e VE;
- 2) Reflexão do processo de trabalho;
- 3) Definir estratégias de ações;
- 4) Proposição de instrumento de pactuação.

Grupo Técnico de Monitoramento

- 1) Criação dos indicadores específicos e representativos da integração de Visa e VE;
- 2) Análise e interpretação dos indicadores;
- 3) Divulgação de resultados.

Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas.

Ações conflitivas do plano de ação	Ação 1: Criação de grupo técnico – GT para desenvolvimento das ações de integração entre VISA e VE.	Ação 2: Criação de grupo técnico – GT para monitoramento das ações de integração entre VISA e VE.
Recursos necessários	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.
Recurso existente	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.	Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.
Viabilidade	Viáveis	Viáveis
Estratégia	Reuniões periódicas (pensar potencialidades e fragilidades/ reflexão do processo de trabalho).	Análise dos indicadores.

Tabela 8: Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas.

Por recursos entende-se: Político: Recurso de poder; Econômico: Disponibilidade de recursos econômicos e financeiros; Técnico: Capacidade técnica em uma determinada área ou campo de atuação; Organizacionais: Capacidade institucional do sistema como um todo, pessoais e de liderança.

7. GESTÃO DO PLANO – MONITORANDO O PLANO

Matriz de Gestão do Plano

Ações	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração (meses)	Recurso	Precedência
Ação 1	A	A	Atores Internos	06	Recursos políticos Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais	*
Ação 2	A	A	Atores Internos	12	Recursos Econômicos Recursos técnicos Recursos organizacionais.	*

Tabela 9: Matriz de gestão do plano definindo para as ações a viabilidade, impacto, comando, duração, recurso e procedência (a ações serão concomitantes, pois não há antecedência obrigatória ou estratégica de uma com relação à outra).

Matriz de Monitoramento do Plano

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
Ação 1	Reunião SUVISA, apoio GVSP e GVE e da gerência de vigilância sanitária de produtos.	O grupo recebeu o apoio da superintendência VISA e da gerência de vigilância sanitária de produtos.	O grupo não conseguiu reunião com a Gerência de Vigilância Epidemiológica.	Interação das ações de vigilância sanitária de alimentos, monitoramento Pós-comércio e vigilância epidemiológica.

Ação 2

Tabela 10: Matriz de Monitoramento do Plano, estruturada por ação em ordem de precedência e descrevendo situação, resultados, dificuldades e novas ações e/ou ajustes.

Até este momento do Plano de Ação, as ações de monitoramento não foram realizadas porque dependem da criação e efetivação dos grupos técnicos pelos atores sociais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seleção do problema “Deficiência na integração entre as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica na Superintendência de Vigilância em Saúde de Goiás” ocorreu devido à vivência dos técnicos que atuam na SUVISA, nas ações de vigilância em saúde, que perceberam a importância da integração entre as duas vigilâncias. Constatou-se que estas, quando se integram, são mais eficientes e eficazes. A exemplo da experiência no combate à dengue, em 2015/2016, que resultou na redução do número de óbitos e de 80% do número de casos notificados e confirmados.¹⁶

O presente projeto aplicativo propõe melhorar a comunicação entre as áreas de VISA e VE. Trata-se de um desafio, pois vem alterar a atuação das duas vigilâncias o que poderá acarretar um aumento da carga de trabalho a ser inserido na rotina das vigilâncias. A integração entre VISA e VE promoverá um melhor conhecimento dos

diversos setores sujeitos a uma fiscalização sanitária e melhorará articulação na resolução dos problemas de saúde da população derrubando o modelo segregado e centralizado da VISA.

Foram consultados referenciais teóricos que corroboram com a iniciativa do grupo em integrar as ações de vigilância dentro da própria vigilância.^{1, 5, 6, 11, e 18}

Dentre as ações propostas, consta criação de grupo técnico – GT para o desenvolvimento e monitoramento das ações de integração entre VISA e VE.

A sensibilização e participação dos atores sociais são de suma importância para o desenvolvimento do projeto. Após os primeiros contatos do GAF-4 com os setores envolvidos na aplicação do projeto o grupo percebeu que enfrentará dificuldades. O apoio e a receptividade das áreas será de grande valia para a evolução do projeto.

As primeiras áreas a terem a implantação do projeto serão: Coordenação da Vigilância de Alimentos (CFA); Coordenação de Vigilância Pós -Comércio (VIGIPOS) e a VE. Já estamos com expectativas de ampliar o projeto para os serviços hospitalares que envolverá na Suvisa as áreas da GVSP; GVSS e VE.

Espera-se que este Projeto possa ser apenas o despertar para integração e fortalecimento das ações nas esferas do estado de Goiás.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. **Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos da Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. BRASIL. Lei Federal nº. 8.080/90. 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.
5. CAMARGO JUNIOR, KR. **As muitas vozes da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6a Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. p. 13-7.

6. COSTA, EA, Rozenfeld S. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil**. In: Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-40.
7. CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.
8. Drumond MJ. **Epidemiologia nos municípios - muito além das normas**. São Paulo: Hucitec; 2003.
9. 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.
10. FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: FOUCAULT, M. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
11. MATTOS RA. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6a Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. p. 41-66.
12. OLIVEIRA, Cátia Martins and CASANOVA, Ângela Oliveira. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica**. Cienc. Saúde coletiva [online]- 2009, vol14, n.3 [cited 2016-09-15], pp929-936.
13. PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
14. ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Unesp/Abrasco, 1994.
15. SOARES, JCRS; LIMA, LCV. **Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária**. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.130-156.
16. SUVISA
17. TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.
18. WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania).

CLAUDERCI DANTAS BARBOSA
GENILDES DE CARVALHO RIBEIRO
GENILSON SANTOS
JONHNATAS SOUZA DA SILVA
JOÃO PAULO ALBUQUERQUE DO Ó
JULIANNA SALGADO RIBEIRO GOIS
JUCICLEIDE DOS SANTOS
MARIA APARECIDA SOBRAL SANTOS
MESMER DA SILVA FERREIRA
TACIANA SANTOS ALBUQUERQUE DO Ó

ATUALIZAÇÃO DOS CÓDIGOS SANITÁRIOS MUNICIPAIS

SÃO PAULO

2016

CLAUDERCI DANTAS BARBOSA
GENILDES DE CARVALHO RIBEIRO
GENILSON SANTOS
JONHNATAS SOUZA DA SILVA
JOÃO PAULO ALBUQUERQUE DO Ó
JULIANNA SALGADO RIBEIRO GOIS
JUCICLEIDE DOS SANTOS
MARIA APARECIDA SOBRAL SANTOS
MESMER DA SILVA FERREIRA
TACIANA SANTOS ALBUQUERQUE DO Ó

ATUALIZAÇÃO DOS CÓDIGOS SANITÁRIOS MUNICIPAIS

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa IEP/HSL para certificação no Curso de Especialização em Gestão em Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof.^a Maria José de Freitas Pereira

SÃO PAULO
2016

SUMÁRIO

1. CONTEXTO.....	04
2. OBJETO.....	05
2.1 Objetivo Geral.....	05
2.2 Objetivos Específicos.....	05
3. FUNDAMENTAÇÃO.....	05
3.1 O Trabalho em Vigilância Sanitária.....	11
3.2 O Trabalhador de Vigilância Sanitária.....	11
3.3 O Debate e a Reestruturação da Vigilância Sanitária.....	13
4. PERCURSO METODOLOGICO.....	14
5. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1. CONTEXTO

No Brasil, a saúde é um direito social inscrito na Constituição Federal de 1988, que também criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de concretizar esse direito.

O artigo 196 (CF/88) traz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (GOUVEIA, 2000)

Um dos objetivos essenciais do SUS é a implantação e manutenção de sistemas reguladores, sendo a Vigilância Sanitária (VISA) responsável por um conjunto de ações, que podem ser consideradas uma forma de intervenção do Estado, com relação à propriedade privada, procurando adequar bens e serviços de interesse à saúde, assim como ambientes, aos interesses sociais (CAMPOS, *et al.*, 2014).

No artigo 200 há a previsão de competência do SUS para controlar e fiscalizar produtos e substâncias de interesse da saúde e fiscalizar e inspecionar alimentos, bem como, bebidas e águas para consumo humano (GOUVEIA, 2000).

A prática da Vigilância Sanitária é realizada por meio de um conjunto de ações, as quais são circunscritas em políticas, normas, técnicas, legislações, fiscalizações, planejamento, avaliação, monitoramento, entre outras ações. A utilização desse aparato é de fundamental importância como meio de alcançar e de garantir os princípios e diretrizes do SUS incluindo a proteção da população frente aos riscos sanitários. (NETO, *et al.*, 2006).

O Código Sanitário estabelece normas e define as competências no que se refere à Vigilância Sanitária, sendo um instrumento facilitador da ação da VISA. No entanto, pode-se constatar a falta, insuficiência ou desatualização deste. Desta forma, podemos dizer que é necessário ainda um esforço para que os estados e municípios elaborem ou atualizem e aprovelem seus próprios códigos (ANVISA).

Este projeto tem como objetivo propor meios para atualização dos Códigos Sanitários dos municípios de Japarutuba, Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros, São Cristóvão, Aracaju, Canindé de São Francisco e Poço Redondo no estado de Sergipe. Espera-se que esta iniciativa possa contribuir para a efetivação das ações de Vigilância Sanitária, possibilitando um desempenho mais propositivo, preventivo e, portanto, mais eficaz de cada município no âmbito do SUS.

2. OBJETO

Desatualização do código sanitário dos municípios de Japaratuba e Nossa Senhora do Socorro inseridas na Regional Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Aracaju inseridos na Regional Aracaju, Canindé de São Francisco e Poço Redondo inserido na Regional Nossa Senhora da Glória.

2.1 OBJETIVO GERAL

Adequar o código sanitário dos municípios de Japaratuba e Nossa Senhora do Socorro inseridas na Regional Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Aracaju inserida na Regional Aracaju, Canindé de São Francisco e Poço Redondo inserida na Regional Nossa Senhora da Glória a legislação vigente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar gestores e conselhos municipais de saúde através da apresentação do Projeto Aplicativo, produto do investimento da formação dos profissionais em Gestão em Vigilância Sanitária.
- Compor grupos técnicos multiprofissional das VISA's dos municípios envolvidos;
- Realizar reuniões para analisar os códigos existentes e propor estratégias para atualização;
- Realizar ações de educação continuada para qualificar os atores envolvidos na atualização dos códigos sanitários municipais.

3. FUNDAMENTAÇÃO

Para a elaboração da fundamentação teórica, foram realizadas pesquisas em artigos, legislação e bibliografias relacionadas ao tema do Projeto Aplicativo.

O tema abordado pela equipe dificultou muito as pesquisas, pois, o mesmo ainda não tem sido prioritário para o sistema de vigilâncias municipais, pelo próprio desinteresse do poder público em relação ao direito sanitário.

Nos municípios brasileiros constatam-se realidades distintas de organização do poder público, o que, necessariamente, configura distintos modelos de gestão. As condições de gestão a que se habilitam os municípios, de certa forma, definem as ações de vigilância sanitária a serem assumidas. No entanto é importante que o município tenha o controle de

todas as ações desenvolvida, da baixa à alta complexidade conforme os pactos do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA).

A formação dos profissionais de VISA deve estar estimulada à produção de conhecimento em Vigilância Sanitária, integrá-la à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, do SUS (Sistema Único de Saúde), buscando a Consolidação do campo e nos espaços acadêmicos de formação e de produção científica, ensino e pesquisa e reconhecimento dela como campo de pesquisa, inerente ao campo da Saúde Coletiva, ressaltando a necessidade de interlocução com outras áreas, tendo em vista seu caráter interdisciplinar, multiprofissional e Intersetorial.

Fomentar a produção de conhecimento e ao desenvolvimento tecnológico voltado para o aprimoramento do SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária), na perspectiva da diversidade de abordagens metodológicas; a. Participação com outros setores governamentais envolvidos na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para a elaboração de um plano de incorporação tecnológica a partir da identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias.

Essa formação deve utilizar as diretrizes e definições estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) como base para a avaliação de tecnologia em saúde, envolvendo as três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão acerca da incorporação crítica e independente de produtos e processos; toda formação deve estar buscando a Incorporação e utilização do conhecimento acerca dos avanços tecnológicos e biotecnológicos em saúde, com ênfase na biossegurança, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa; sempre utilizar mecanismos e critérios para avaliação do uso de produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária e outras inovações tecnológicas, visando ao desenvolvimento de pesquisas, considerando a avaliação de impactos e suas consequências para a saúde; o profissional de VISA deve buscar a. promoção sistemática de eventos para a ampla difusão de conhecimentos sobre os determinantes do processo saúde-doença, fatores de risco e situação de saúde da população (PDVISA, 2007).

A qualificação dos profissionais de VISA está atrelada a cursos rápidos oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Enfrentamos essa problemática em todo SUS e a VISA enfrenta essa insuficiência com distorção na distribuição geográfica e social. A vigilância Sanitária se destaca entre outros setores da saúde, devido as suas ações exigir profissionais altamente qualificados e com conhecimentos amplos de várias áreas. A Vigilância Sanitária necessita de equipe multidisciplinar, com perfil altamente qualificado, pois sua atuação requer extrema responsabilidade atrelada à promoção da saúde a população. A VISA utiliza o seu poder de polícia em ações de inspeção, apreensão e interdição interferindo diretamente na produção

econômico-social, lidando com grandes empresas organizadas, enfrentamento a processos jurídicos de defesa. A formação dos Recursos Humanos de VISA exige um conhecimento técnico científico pautado em conhecimentos e técnica, que sustentam suas ações no processo de trabalho. Os trabalhadores precisam informar suas ações à sociedade, dessa forma trazer a população para o nosso lado. Devemos sensibilizar o povo do seu real papel, ser parceiro aos serviços que defendem seus direitos, mostrando que eles que são os verdadeiros fiscais de VISA, fortalecendo o trabalho e minimizar as influências da política maléfica de assédio ao trabalhador de VISA. A sociedade ciente de seus direitos é um parceiro forte no exercício de poder de Polícia de VISA, fortalecendo suas ações de proteção à saúde e redução de risco e danos a saúde (LEITE E OLIVEIRA, 2008).

Estudos demonstram que a formação de profissionais de VISA é deficiente, e que temos baixa capacitação, é clara a necessidade de uma política de desenvolvimento e capacitação, associada à valorização profissional relacionado a salário, levando em conta os aspectos da formação geral e as necessidades locais, percebe que não existe luta organizada para esse fim, a formação desse profissional é fragmentada, insuficiente, desconectada dos serviços e processos de trabalho (ANVISA, 2016).

Em outros serviços a lei é cumprida muitas vezes prematuramente, como exemplos de multas e apreensões do DETRAN, somente comunica que a partir de tal data aplicará a lei, a VISA há anos executa seu papel de educador, orientador de forma individual ao setor regulado e elas continua a infringir a legislação e produzir danos à sociedade, percebemos que não há interesse por parte dos gestores em fortalecer as ações de VISA, pois mexe exatamente no setor privado, financiador de campanhas políticas e dos acordos de cavalheiros de troca de favores, que só prejudicam a sociedade. A VISA só é vista e valorizada quando ocorrem denúncias públicas catástrofes ou quando querem liberar licenças de amigos. Os gestores não apoiam o trabalhador, que são discriminados, assediados, o patinho feio da saúde, relatórios de inspeções não são atendidos, trabalhamos sob enorme pressão de empresários e da própria gestão do SUS. O setor privado também tratado de forma diferente, pressionado a cumprir as determinações de VISA e cobrada pela sociedade. O Setor Público não dá o exemplo para a rede privada, pois os nossos serviços não precisam de liberação de licença para funcionar, não somos chamados para acompanhar construções ou outros serviços que requer controle de VISA.

A natureza jurídica da vigilância sanitária demarca uma esfera de atuação, necessariamente, nas competências do Estado, para as quais a vigilância sanitária é detentora poder de polícia. Esse atributo, no entanto, não é idêntico ao poder repressivo do aparato de segurança pública; é exercido de forma regrada, dentro da legislação sanitária, congrega um conjunto de tecnologias que se articulam e se Inter complementam para

prevenir, eliminar ou minimizar riscos à saúde e se integram no conjunto das práticas sanitárias (CARDOSO, 2013).

Segundo a publicação de Costa, “o poder de polícia tem seu fundamento no princípio da predominância do interesse Público sobre o particular; é essencial para que a vigilância cumpra o dever que tem o Estado de proteger a saúde e preservar os interesses sanitários da coletividade. Nem sempre o poder de polícia Público sobre o particular; é essencial para que a vigilância cumpra o dever que tem o Estado de proteger a saúde e preservar os interesses sanitários da coletividade. Nem sempre o poder de polícia é compreendido, frequentemente é confundido com uma postura autoritária que certos agentes, adotam na execução das práticas e acaba provocando rejeição a essa dimensão intransferível da Saúde Pública. Na verdade, esse poder é a contra face do dever (GRAU, 1988; Di Pietro, 2003); é inerente às mais diversas esferas da administração pública e constitui um meio de assegurar direitos individuais e coletivos passíveis de serem ameaçados pelo exercício ilimitado de direitos. O interesse público, portanto, está no cerne do conceito moderno de poder de polícia, adotado no direito brasileiro, como a “atividade do Estado consistente em limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público” (Di Pietro, 2003, p. 110).

Segundo Costa, “buscando regular a vida social, a própria sociedade, através do aparato de Estado, definem em leis os comportamentos considerados nocivos à saúde pública; determina que sejam evitados e os infratores punidos com as penas que ela mesma estipula”. Assim também estabelece os comportamentos a serem observados pelo aparelho institucional de modo a evitar que sua atuação vise a atender interesses de grupos ou de partes da sociedade, em vez de ao interesse público (Di Pietro, 2003). Uma questão que se põe é que se a sociedade não é uniforme, nem o Estado neutro, como fazer para que os cidadãos sejam de fato senhores dos destinos do Estado e a Administração Pública seja realmente o aparelho institucional para a realização de tal propósito, isto é, que esteja de fato voltada à execução dos fins de interesse coletivo (BUCCI, 2002).

O direito à saúde, com frequência, depende do conjunto de normas jurídicas que estabelecem direitos e obrigações em matéria de saúde – o direito da saúde. Isto é, a saúde depende de políticas sociais e econômicas e do cumprimento, pelo Estado, por indivíduos e coletividades, daquelas normas que visa regular, de forma ordenada, as relações entre eles, na prática ou abstenção de atos relacionados com a saúde (DIAS, 2002).

Além da observância das normas internas, também devem ser seguidos os princípios, compromissos e normas firmados nos tratados e convenções acordados pelo Brasil e nos Códigos e Regulamentos internacionais, a exemplo do Regulamento Sanitário Internacional. Depreende-se, portanto, a necessidade de conhecimento do ordenamento jurídico nacional por parte dos gestores de saúde pública (DIAS, 2002).

As práticas de vigilância sanitárias comumente referidas nas competências do Estado integram um conjunto de ações que têm por objeto a prevenção de doenças e agravos, a proteção, promoção e recuperação da saúde da população, centrando-se predominantemente no controle de riscos, cabendo-lhe avaliar, gerenciar e comunicar os riscos relacionados a produtos, serviços e tecnologias relacionadas com a saúde humana e ambiental.

Pode-se dizer que a vigilância sanitária tem duas funções básicas: a primeira, de natureza teleológica, diz respeito à ação de proteção da saúde individual e coletiva; constitui a essência mesma da existência desse componente do sistema de serviços de saúde que abriga um conjunto de práticas dirigidas a limitações das liberdades individuais para atuações de interesse da saúde. A segunda função ainda é pouco perceptível no senso comum: em sua natureza limitador-garantidora de direitos reporta-se à função da vigilância sanitária na organização econômica da sociedade, integrando as condições gerais de produção (COSTA, 2004).

Como parte do setor de serviços integra aquelas funções que segundo Offe (1991) estão voltadas para a produção das condições e pressupostos institucionais e culturais específicos para as atividades de reprodução material da sociedade. Portanto, há um tempo as práticas de vigilância sanitária constituem uma ação de saúde e uma prestação de serviço público aos agentes de atividades submetidas a controle sanitário. Na dinâmica desses elementos podemos compreender a incessante produção normativa, a finalidade e o limitado alcance das normas – um dos instrumentos essenciais da vigilância sanitária – se não estiverem conjugadas com outros instrumentos de controle de riscos.

Em consonância com o ordenamento jurídico do país e o desenvolvimento científico e tecnológico são estabelecidas regras para o exercício de um conjunto de práticas que visam prevenir, eliminar ou diminuir riscos à saúde relacionados à complexa produção consumo de um conjunto sempre ampliado e diversificado de bens, e à circulação de veículos, cargas e pessoas (CARDOSO, 2013).

Outra ordem de questões que representam desafios à vigilância sanitária diz respeito aos objetos de ação que compõem um universo cada vez mais abrangente e obrigam a um constante repensar, não apenas no que concerne à aplicação dos conceitos próprios da área-eficácia, segurança, qualidade – mas também às estratégias de controle. O setor produtivo está em constante movimento na busca da inovação que potencialize seus lucros e até mesmo a sobrevivência num mercado de bens e serviços altamente competitivo.

Na sociedade atual a medicalização da saúde, que significa conferir ao setor saúde a resolução de inúmeros problemas sociais, se soma à “mercantilização” da saúde, com a qual a produção e comercialização de uma variedade incomensurável de produtos, serviços e informações dirigidas aos consumidores se fazem em nome da prevenção de doenças,

promoção, preservação e recuperação da saúde. Poderosas estratégias de marketing são utilizadas para promover o consumo: os meios tradicionais se somam aos novos meios de comunicação, a exemplo da internet, dificultando as atividades de controle de riscos relacionados à propaganda e comercialização (COSTA, 2001).

Os objetos de controle portam riscos de natureza variada, riscos podem ser adicionados ao longo do ciclo de vida desses objetos, e muitos deles possuem riscos intrínsecos, havendo ainda situações em que não existe conhecimento científico sobre eles. Há objetos diretamente relacionados com a saúde, os insumos de saúde ou meios de vida (medicamentos, alimentos), mas há outros, tão somente nocivos, como os derivados do tabaco que cabem à vigilância sanitária controlar. Outro aspecto diz respeito à repartição de competências institucionais no controle sanitário de certas categorias de objetos, a exemplo de alimentos, bebidas e agrotóxicos. Fazer prevalecer os interesses da saúde constitui um quantum de esforço a mais para construir a intersectoralidade com campos institucionais movidos por outras racionalidades que não a sanitária. Feitas essas breves considerações para caracterizar a área passa-se a pontuar características do trabalho em vigilância considerando o modelo tradicional, para cotejar com nova face que emerge no debate e reestruturação atual a ser pautada pela lógica do controle de riscos (COSTA, 2001).

3.1 O trabalho em Vigilância Sanitária

O exame da natureza jurídica dessa subárea da Saúde Pública denota a dimensão política da atuação da vigilância sanitária. Controlar riscos, originados, fundamentalmente, de processos resultantes da intervenção humana confere à vigilância sanitária uma função mediadora de um conjunto de interações complexas no universo das relações produção-consumo – os lócus privilegiados de atuação – em que interesses econômicos e sanitários muitas das vezes encontram-se em confronto em meio às forças do mercado. Esses aspectos, de profundo conteúdo político e ético, têm implicações absolutamente fundamentais na questão do poder de que é investido o trabalhador de vigilância sanitária como agente público inserido num aparato institucional hipercomplexo que representa o Estado na defesa da qualidade são um dos requisitos do sistema, mas necessariamente não garante a proteção da saúde que é tarefa de todos os elos de uma rede complexa que envolve instituições estatais, agentes do sistema produtivo, profissionais de saúde e população.

Tal abrangência confere à proteção da saúde o qualificativo de assunto de responsabilidade pública, o que não raro transborda do território nacional, uma vez que no processo de globalização econômica dá-se o fenômeno da fragmentação e desterritorialização da produção. Atualmente a vigilância sanitária realiza atividades de

inspeção em outros territórios nacionais de cujas indústrias importamos produtos de interesse da saúde.

Existe atualmente um reconhecimento de que os Estados nacionais não conseguiriam sozinho lidar com as questões sanitárias e ambientais, por isso deveriam se pautar pela integração em vez do isolamento. Verifica-se cada vez mais, a constituição de organismos multilaterais para tratar dos assuntos que envolvem essa problemática, como também se observa a reivindicação, por parte de grupos organizados independentes do aparelho de Estado, para participar das decisões que envolvem a saúde e o ambiente (DALLARI *et al*, 2002).

3.2 O trabalhador de Vigilância Sanitária

Quando comparado com outros trabalhadores da saúde o trabalhador de vigilância apresenta distinções: além de lidar com um objeto complexo em suas diversidades e características resultantes de múltiplas determinações, é detentor do poder de polícia. Como agente do poder de autoridade do Estado, este trabalhador enfrenta limites ao seu exercício profissional, razão pela qual não pode inserir-se nos setores regulados, sendo, portanto, praticamente obrigado à dedicação exclusiva, excetuando-se apenas o exercício na docência e na pesquisa.

Seu exercício profissional implica em demanda crescente por informação e conhecimento científico atualizado; requer saberes oriundos de vários ramos do conhecimento humano e saberes específicos não incluídos nos cursos de formação profissional em saúde e de outras profissões que também atuam na vigilância sanitária. A finalidade do trabalho que lhe compete realizar – a saúde – demanda um conjunto de práticas estruturadas com base em conhecimento técnico-científico e também em valores que influem nos processos de decisão. Dessa forma, o exercício profissional em vigilância sanitária ultrapassa os limites da fiscalização.

Essa contradição tem implicações para a formação profissional que requer estratégias de ensino aprendizagem para aquisição de saberes práticos e saberes teórico e conceitos científicos (RAMOS, 2003).

Os desafios da formação profissional em saúde tornam-se mais agudos na área da Visão que ainda padece de insuficiências no desenvolvimento teórico-conceitual e seus conteúdos sequer constam da formação graduada em saúde. Diante de tais ponderações, surge a pergunta: o trabalhador de vigilância se caracterizaria como um profissional de saúde específico? Sem contar a exigência de permanente atualização técnico-científica para acompanhar as mudanças tecnológicas que se expressam na rápida dinâmica do setor produtivo e uma postura ética escrupulosa para lidar com os segmentos privados e públicos,

a modalidade restritiva na inserção funcional desse trabalhador deveria significar condições dignas de vida, valorização profissional e pessoal, e estabilidade funcional como uma das condições para o necessário respaldo político a decisões que contrariam interesses e provocam os mais diversos tipos de pressão sobre o trabalhador de vigilância sanitária.

Um dos problemas mais relevantes na área de vigilância sanitária é praticamente sua ausência das instâncias de controle social. Tais espaços, no setor saúde, ainda são ocupados pelas questões advindas das demandas da assistência médica, em razão não apenas do modelo assistencial hegemônico como também pelo imenso débito em termos de atenção à saúde que o país tem para com a maioria da população. É possível que a ampliação do debate acerca das complexas questões da área de vigilância sanitária, junto com iniciativas no bojo de uma política de comunicação do risco resulte não só em respaldo político para intervenções em favor da saúde quando desagradam os setores hegemônicos, como também que diferentes forças sociais possam influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e serviços da área de vigilância sanitária.

3.3 O debate e a reestruturação da Vigilância Sanitária

Atualmente verifica-se que, não obstante a persistência de certo descolamento das demais ações de saúde e as imensas lacunas de ordem teórico-conceitual, metodológica e técnico gerencial na área, há um rico processo em curso de apropriação social da importância da vigilância sanitária como ação de saúde e instrumento da organização econômica da sociedade. Este movimento vem desencadeando, desde o final da penúltima década, um conjunto de processos de reorganização das práticas e redefinição da política de desenvolvimento de seus recursos humanos, vislumbrando-se a possibilidade de construção de uma nova “cultura sanitária” (COSTA, 2001), prevista na ordem social postulada pela Constituição dirigente (TOJAL, 2003), na qual a vigilância sanitária tem destaque entre as ações de saúde atribuídas ao SUS.

Nesta ordem a defesa do consumidor – o elo mais frágil da cadeia produção-consumo – foi erigida como um dos princípios da ordem econômica, o que implica em reorganização de serviços, entre os quais os de vigilância sanitária. No caso da saúde, a reorganização das práticas (e entre elas as de vigilância sanitária) representa tanto uma possibilidade teórica e um dos possíveis históricos da reorientação de sistemas de saúde (Teixeira *et al*, 1998, p. 24) quanto uma exigência da razão, ou seja, mudanças no sistema de saúde constituem um imperativo, em face dos crescentes custos da assistência médica,

do potencial iatrogênico dessas práticas e da baixa efetividade do modelo assistencial hegemônico centrado na assistência médica.

A mudança necessária no modelo de atenção implica em reorientar o foco das práticas sanitárias para a promoção da saúde e ações de natureza preventiva, não só de danos e agravos, mas dos próprios riscos; e isto corresponde na área específica à adoção de uma concepção ampliada de vigilância sanitária, de modo a efetivá-la como a “Saúde Pública da vida moderna”. Como mostra o quadro adaptado por Teixeira et al. (1998) para buscar os enfoques do âmbito da velha e da nova Vigilância Sanitária. Como todo esquema, sabe-se que na prática não são totalmente distintas. O objetivo é comparar as concepções que predominam a vigilância sanitária tradicional com aquelas que se espera numa nova vigilância, com relação aos sujeitos, objeto, meios, e formas de organização do processo de trabalho, que ainda está distante de uma vigilância sanitária moderna.

O modelo tradicional atua de uma forma apenas fiscalizadora e punitiva, onde sua ação é o produto (medicamento, cosmético, alimento, saneante etc.) ou o serviço, descontextualizado e em sua expressão individualizada. Tendo como meios de trabalho a fiscalização e o cumprimento de normas, especialmente exercida com a inspeção, que se expressa como uma prática carregada de intersubjetividades.

A “nova” vigilância tem uma visão de equipe de vigilância sanitária, entendida como uma equipe de saúde com tarefas específicas, mas integrando o conjunto dos profissionais e trabalhadores de saúde, numa atuação conjunta com eles, com equipes dos outros níveis do sistema de vigilância sanitária e com outros sujeitos coletivos, representantes da população organizada e não apenas os representantes do segmento produtivo.

Passa-se a adotar o planejamento estratégico vinculado à operacionalização das diversas faces da noção de risco, à informação e ao conhecimento técnico-científico interdisciplinar atualizado, integrado nas políticas de saúde como um todo, com ações articuladas com outras instituições afins à área de atuação da vigilância sanitária no esforço de construção da intersectoralidade através de políticas públicas saudáveis. Sem se descurar da ação fiscal, inerente à competência institucional, são incorporadas outras ferramentas de trabalho para permitir a adoção de enfoque essencialmente preventivo, mediante ações programáticas integradas às demais ações de saúde, em articulação interinstitucional e inter setorial e com instâncias organizadas da sociedade, compondo o “movimento” de transformação do modelo assistencial numa concepção integradora de vigilância da saúde.

Em suma, os aspectos da complexidade das práticas e dos trabalhadores de vigilância sanitária no modelo tradicional percebe-se que seus agentes agem com uma postura ética intransigente e vigorosa, com capacidade para negociar e administrar conflitos de interesses, com a construção de uma nova vigilância implica em investimento

institucional na qualificação dos trabalhadores para novas competências e habilidades requeridas desses profissionais, deixando o lado mais punitivo e adquirindo o lado mais humanitário, buscando melhorias na qualidade do serviço voltada para a educação de modo humanizado, contribuindo assim para uma qualidade de vida da população.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O Projeto Aplicativo construído pelo Grupo Afinidade III, composto por técnicos da Vigilância Sanitária das três esferas do Governo no Estado de Sergipe, trata-se de uma construção coletiva, elaborada a partir das discussões do grupo, sustentadas nos conhecimentos científicos, oriundos da diversidade de formação dos profissionais, das experiências e saberes construídos na prática dos processos de trabalho. O processo de identificação do problema teve início no dia 09/03/2016. No primeiro momento foi assistido o vídeo “Circulando Saberes”, um exercício orientando a identificação dos problemas. No segundo momento buscando no cotidiano de cada participante do grupo, foram elencados os problemas. No terceiro momento identificamos as cargas negativas na atuação das VISA’s, ampliando e correlacionando, até chegar à concepção de macroproblemas, com base no desejo comum de mudanças.

- **Integração insuficiente dos serviços de vigilância sanitária:**
Fazer valer a intersetorialidade dos serviços;
- **Desatualização do código sanitário municipal:**
Adequar do código sanitário municipal a legislação vigente;
- **Falta de estrutura – Física e organizacional:**
Direcionar recursos para estruturação da VISA;
Promover fórum com profissionais da ativa para a criação e definição de estrutura organizacional;
- **Insuficiência de Informação do setor regulado e usuários:**
Implementar serviços de informação e educação permanente de assuntos de interesse das Visas ao setor regulado e usuários;
- **Baixo comprometimento com a instituição:**
Incentivar políticas internas motivacionais com as equipes de trabalho;
- **RH (Gestão de pessoas) – Deficiência salarial; - Qualificação; motivacional:**
Implantar o plano de cargos, carreira e vencimentos;
Implementar programas de treinamento e atualização na capacitação dos servidores;

➤ **Utilização indevido dos recursos:**

Criar critérios para garantir que a utilização dos recursos seja destinada exclusivamente para a VISA.

A situação problema prioriza a “Proposta para Atualização do Código Sanitário Municipal” de sete municípios: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Barra dos Coqueiros, Japaratuba, Canindé do São Francisco e Poço Redondo. A regional de Nossa Senhora do Socorro abarca Japaratuba, a regional de Aracaju abarca a Barra dos Coqueiros e São Cristóvão e a regional de Nossa Senhora da Glória abarca Canindé e Poço Redondo, considerando as dificuldades encontradas na execução das ações de Vigilância Sanitária.

O projeto aplicativo tem o objetivo de contribuir com a gestão municipal para qualificação das ações de vigilância sanitária, tendo como base o Código Sanitário.

Matrizes Decisórias que orientaram a construção do projeto:

TABELA 01 - MATRIZ DECISÓRIA I PARA SELEÇÃO DE PROBLEMAS, COM BASE NOS CINCO MACROPROBLEMAS ELENCADOS PELO GRUPO AFINIDADE.			
PROBLEMA	VALOR	INTERESSE	NOTA
1- Integração insuficiente dos serviços de VISA	Alto (8 votos)	(+) 8 votos	70
2- Desatualização do código Sanitário Municipal	Alto (8 votos)	(+) 6 votos (indiferente) 2 votos	72
3- Falta de estrutura física e organizacional	Alto (8 votos)	(+) 8 votos	67
4- Insuficiência de informação do setor regulado e usuários	Alto (2 votos) Médio (6 votos)	(+) 8 votos	59
5- Baixo comprometimento com a instituição	Alto (7 votos) Médio (1 voto)	(+) 8 votos	46
6- RH (gestão de pessoas) deficiência salarial, qualificação, motivacional	Baixo (8 votos)	(+) 8 votos	35
7- Utilização indevida do recurso	Alto (8 votos)	(+) 8 votos	43

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

Na Matriz Decisória I, foram reunidos e contabilizados os votos individuais de todos os integrantes do grupo referente ao valor do problema e seu interesse em solucioná-lo, no final cada integrante também atribuiu uma nota decrescente partindo de 10 (em ordem de prioridade), para cada macroproblema elencado na tabela que foi somado para totalizar a nota final e definir a priorização segundo valor e interesse. Desta maneira o Macroproblema “Desatualização do Código Sanitário Municipal obteve a pontuação máxima com 72 pontos”.

TABELA 02 - MATRIZ DECISÓRIA II PARA PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS, SEGUNDO URGÊNCIA E CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO			
PROBLEMA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	ORDEM DE PRIORIDADE
1- Integração insuficiente dos serviços de VISA	54	PARCIAL	2
2- Desatualização do código Sanitário Municipal.	57	PARCIAL	1
3- Falta de estrutura física e organizacional	46	FORA	5
4- Insuficiência de informação do setor regulado e usuários	41	PARCIAL	3
5- Baixo comprometimento com a instituição	33	PARCIAL	4
6- RH (gestão de pessoas) deficiência salarial, qualificação, motivacional	26	FORA	7
7- Utilização indevida do recurso	37	FORA	6

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

Na Matriz Decisória II foi trabalhada a priorização de problema considerando a urgência e capacidade de enfrentamento de cada um deles, tendo como pontuação maior “Desatualização do Código Sanitário Municipal, sendo classificado como parcialmente dentro da capacidade pois o ator controla parte dos recursos, buscou-se ainda destacar a ordem de prioridade para cada problema apresentado, sobressaindo mais uma vez o problema “Desatualização do Código Sanitário Municipal, tendo com primeiro lugar na ordem de prioridade.

TABELA 3- MATRIZ DECISÓRIA III PARA PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS, SEGUNDO MAGNITUDE, VALORIZAÇÃO, VULNERABILIDADE E CUSTO					
PROBLEMA	MAGNITUDE	VALORIZAÇÃO	VULNERABILIDADE	CUSTOS	ORDEM DE PRIORIDADES
1- Integração insuficiente dos serviços de VISA	ALTA	ALTA	ALTA	SIGNIFICATIVO	3
2- Desatualização do código Sanitário Municipal	ALTA	MUITO ALTA	ALTA	SIGNIFICATIVO	5
3- Falta de estrutura física e organizacional	ALTA	ALTA	MUITO ALTA	ALTO	3
4- Insuficiência de informação do setor regulado e usuários	MUITO ALTA	SIGNIFICATIVA	MUITO ALTA	SIGNIFICATIVO	5
5- Baixo comprometimento com a instituição	ALTA	SIGNIFICATIVA	BAIXA	BAIXO	1
6- RH (gestão de pessoas) deficiência salarial, qualificação, motivacional	ALTA	SIGNIFICATIVA	MUITO ALTA	ALTO	2
7- Utilização indevida do recurso	MUITO ALTA	ALTA	MUITO ALTA	BAIXO	7

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

Na Matriz Decisória III: nesta matriz requer o levantamento de dados e informações para o preenchimento dos critérios e mostra-se adequada para comparar e priorizar problemas de saúde. A ordem de prioridade é obtida a partir do somatório das pontuações atribuídos por todos os integrantes do grupo, correspondentes aos problemas listados e sob o aspecto da magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos. Ao final foi calculado a média das pontuações atribuídas a cada macroproblema individualmente e então chegamos a este resultado.

TABELA 4 - MATRIZ DECISÓRIA IV PARA SELEÇÃO DE PROBLEMA, UTILIZADA PARA PRIORIZAÇÃO DE UM PROBLEMA PARA SER TRABALHADO NO PROJETO APLICATIVO						
PROBLEMA	RELEV	URGÊ	FACTIBI	VIABILID	TOTAL PONT	TOTAL GERAL
1- Integração insuficiente dos serviços de VISA	2	1	1	2	6	93
2- Desatualização do código Sanitário Municipal	2	2	1	2	7	98
3- Insuficiência de informação do setor regulado e usuários	2	1	2	3	8	84
4- Utilização indevida do recurso	3	3	0	0	6	64

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

Na Matriz Decisória IV: fora observado, após ampla discussão, que alguns macroproblemas eram consequências de outros elencados e por este motivo foram excluídos os macroproblemas: “falta de estrutura física e organizacional”, “baixo comprometimento com a instituição” e “RH (gestão de pessoas) deficiência salarial, qualificação, motivacional”. A partir de então demos continuidade com apenas quatro macroproblemas que foram priorizados quanto a: relevância, urgência, factibilidade e viabilidade com notas de 0 a 3, ao final foi realizado o somatório parcial para concluir a matriz e logo após foi somado todos os resultados de prioridades de todas as matrizes anteriores e chegamos ao valor que consta na coluna de total geral, evidenciando a Desatualização do código Sanitário Municipal como sendo o macroproblema selecionado.

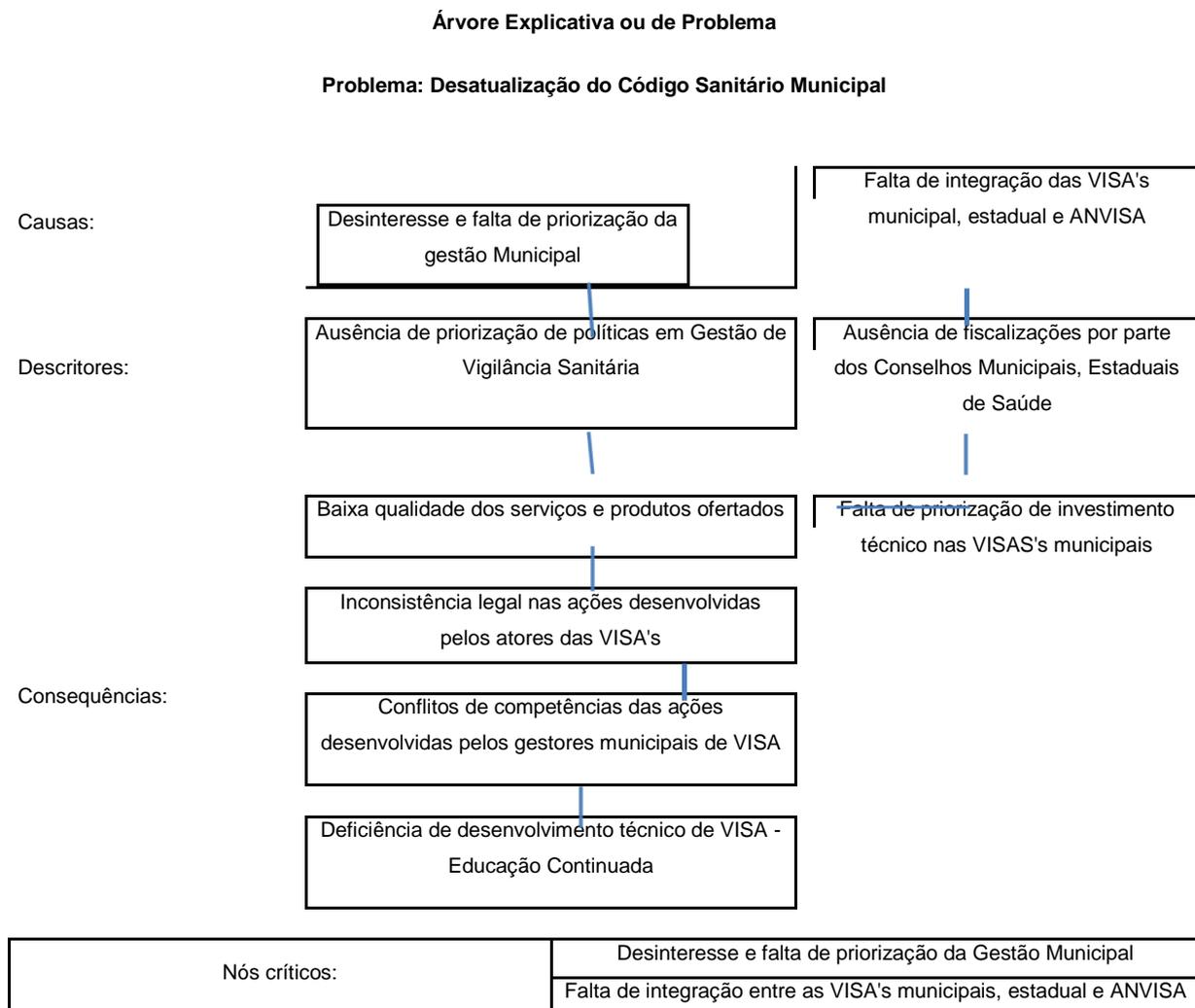
TABELA 5 - MATRIZ DE MAPEAMENTO DOS ATORES SOCIAIS		
Atores sociais	Valor	Interesse
Secretário Municipal de Saúde	Alto	(+)
Presidente do Conselho Municipal de Saúde	Alto	(+)
Procurador Geral do Município	Alto	Neutro
Diretor da DIVISA- Divisão de Vigilância Sanitária Estadual	Alto	(+)
Secretário Municipal de Meio Ambiente	Alto	Neutro
Presidente da Câmara de Vereadores Municipal	Alto	Neutro
Secretário Municipal de Obras	Médio	Neutro
Secretário Municipal de Agricultura	Alto	Neutro

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

De acordo com Souza (1991), o ator é alguém que representa, que encarna um papel dentro de um enredo, de uma trama de relações. Um determinado indivíduo é um ator social quando ele representa algo para a sociedade (para o grupo, a classe, o país), encarna uma ideia, uma reivindicação, um projeto, uma promessa, uma denúncia. Uma classe social, uma categoria social, um grupo podem ser atores sociais. Mas a ideia de “ator” não se limita somente a pessoas ou grupos sociais, instituições também podem ser atores sociais: um sindicato, partidos políticos, jornais, rádios, emissoras de televisão, igrejas etc.

Neste momento foram elencados os atores sociais, ou seja, as pessoas/cargos que seriam diretamente envolvidos na resolução do macroproblema e foi atribuído a estes um conceito de valor e interesse e é chegada a conclusão que a pessoa do Secretário Municipal de Saúde, Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Diretor da Divisão de Vigilância Sanitária Estadual (DIVISA) são os maiores interessados em solucionar o macroproblema identificado.

FIGURA 1 – ÁRVORE EXPLICATIVA DE PROBLEMAS CONTENDO A EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS PRIORIZADOS – NÓS CRÍTICOS.



Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

Na Árvore Explicativa formulada a partir do problema “Desatualização dos Códigos Sanitários Municipais”, determinou-se como causas desse problema: o desinteresse e a falta de priorização da gestão municipal e a falta de integração das Vigilâncias Sanitárias Municipais, Estadual e ANVISA.

Os Descritores definidos foram ausência de priorização de políticas em vigilância sanitária e ausência de fiscalizações por parte dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde sendo identificadas as seguintes consequências:

- Baixa qualidade dos serviços e produtos ofertados;
- Inconsistência legal nas ações desenvolvidas pelos atores da VISA;

- Conflitos de competências de ações desenvolvidas pelos gestores municipais de visa;
- Deficiência de desenvolvimento técnico de VISA – educação continuada;
- Falta de priorização de investimentos técnicos nas VISA's municipais;

A escolha dos nós críticos foram as causas do problema (o desinteresse e a falta de priorização da gestão municipal e a falta de integração das Vigilâncias Sanitárias Municipais, Estadual e ANVISA) já descrito acima, uma vez que sofrendo intervenções provocam mudanças positivas nos descritores aos quais estão relacionados, ou seja, tem possibilidade e elevado potencial de intervenção (CALEMAN, 2016).

Um grande desafio à aplicação prática da integralidade na saúde é a superação do modelo de atuação centralizador e segregado da Vigilância Sanitária. Essa área da saúde pública é definida como espaço de intervenção do Estado com a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário – bem como ambientes – às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde. (Maia, 2010).

A descentralização está estreitamente ligada à articulação entre as instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas. Autonomia e interdependência na construção de um sistema descentralizado imprimem novas estratégias ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de Vigilância Sanitária. Entre os fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário são citados, com frequência: atribuições pouco definidas das instâncias de governo; abordagem fragmentada do campo de atuação; pouca articulação intra e interinstitucional; insuficiência de recursos humanos; baixa qualificação técnica dos profissionais; sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes; interferência político-partidária; falta de apoio político, assim como desmobilização e desinformação da sociedade. (PIOVESAN, 2005).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo órgão colegiado — composto por representantes do governo, prestadores profissionais de serviço da saúde e usuários —, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo. Os Conselhos de Saúde em muitas de suas atuações fiscaliza o Sistema Único de Saúde integrando as ações da saúde, abrangendo todas as áreas do setor, seja na fiscalização (monitorando a execução das ações na área da saúde), na obtenção de informações, na proposta de estratégias ou mesmo na tomada de decisões. (SALIBA, 2009.)

Nos municípios, a formação dos conselhos municipais de saúde é um requisito para que os recursos a ela destinados sejam transferidos pelo governo federal. Contudo, alguns prefeitos não tomam essa iniciativa ou formam conselhos que possam ser manipulados, indicando apenas pessoas de “sua confiança” (Labra e Figueiredo, 2002). No entanto, o papel dos representantes no Conselho torna-se de difícil efetivação, dada a ausência de papel político e de inserção em algum tipo de militância que sustente e respalde a atuação do conselheiro. A estas carências se soma a falta de um conhecimento técnico especializado sobre o setor da saúde que permita aos conselheiros deliberar sobre assuntos apresentados pelos secretários municipais. (GERSCHMAN, 2004.)

A vigilância sanitária, principalmente na esfera local, precisa se apropriar dos conselhos de saúde como espaços públicos capazes de legitimar e dar transparência às suas ações, discutindo as necessidades da coletividade democraticamente com a sociedade, sendo possível, dessa forma, construir a cidadania ao mesmo tempo em que se assegura o direito à proteção da saúde. (OLIVEIRA, 2011).

Quadro 01: Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano			
ATORES	AÇÃO 1: Compor grupos técnicos multidisciplinares envolvidos nas VISA's do Estado de Sergipe para análise dos Códigos Sanitários de Saúde existentes.	AÇÃO 2: Propor reuniões semestrais para padronização das condutas de Vigilância Sanitária	AÇÃO 3: Propor oficinas de trabalho para capacitar e sistematizar as ações de VISA
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE	A+	A+	A+
EQUIPE TÉCNICA DA VISA MUNICIPAL	A+	A+	A+
EQUIPE TÉCNICA DA VISA ESTADUAL	A+	A+	A+
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	A+	A+	A+

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

Sob a análise desta matriz de motivação dos atores sociais, foi consensual a atribuição de conceito positivo alto, pois são ações que não demandam recursos financeiros diretamente e causam impacto positivo na organização do serviço de vigilância.

5. PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 02 - Planilha plano de ação, segundo frente de ataque (nó crítico)						
Espaço Macroproblema	Municípios de Sergipe (Japarutuba e Nossa Srª do Socorro inseridas na Regional Nossa Srª do Socorro, Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Aracaju inseridas na Regional Aracaju, Canindé de São Francisco e Poço Redondo inserida na Regional Nossa Srª da Glória)					
Problema	Desatualização dos Códigos Sanitários Municipais					
Nó Crítico 1	Desinteresse e falta de priorização da Gestão Municipal					
	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/eventuais opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazo
Resultado esperado	Compor grupos técnicos multiprofissionais envolvidos nas VISA's para análise dos Códigos Sanitários de Saúde existentes.	- Secretários municipais de Saúde; - Equipes técnicas das VISA's municipais e da DIVISA	Conselhos Municipais e Estadual de Saúde; Setor Regulado; Conselhos de classe; Secretarias municipais de Agricultura, meio ambiente, EMURB; EMDAGRO; Procuradoria Municipal; Ministério Público; LACEN; SES;	Composição de equipes multiprofissionais dos municípios envolvidos;	Recursos humanos, tecnológicos, materiais, financeiros disponíveis pelos órgãos competentes.	A partir de 07/03/2017

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

As ações de vigilância sanitária ainda se encontram isoladas das demais ações de saúde. Embora as políticas de saúde sinalizem a necessidade de prevenção de riscos, promoção da saúde, qualidade dos serviços prestados, muitas vezes as ações de vigilância sanitária são identificadas apenas como praticas fiscalizatórias (FERNANDES, 2014), exercidas de modo insuficiente ou tão somente para o atendimento à demanda espontânea do seguimento produtivo ou para atender situações de emergência e denúncias (COSTA,2013). Devido a essa problemática de atendimento aos casos emergenciais, as famosas práticas de apagar incêndios, os gestores de vigilância sanitária municipais e os técnicos sentiram a necessidade de propor uma revisão e uma análise detalhada de avaliação dos códigos sanitários existentes dos municípios referendados neste Projeto aplicativo para que os mesmos possam ser atualizados através do grupo de trabalho formados a partir da multidisciplinaridade dos técnicos dos municípios envolvidos.

Após a composição do grupo de trabalho de multiprofissionais, tem como objetivo analisar o código sanitário existente em cada município e propor as mudanças necessárias.

A atualização e pactuação dos códigos sanitários serão realizadas através de oficinas de trabalho com representatividade dos municípios integrantes do Projeto Aplicativo.

Os códigos sanitários municipais atualizados, produto do grupo de trabalho multiprofissional e multidisciplinar, serão apresentados pelo grupo responsável pela atualização as outras secretarias municipais e estadual de saúde, ao setor regulado, conselhos de classe, Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente e Ministério Público, Empresa Municipal de Urbanização - EMURB, Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe - ENDAGRO, Procuradoria Municipal, Laboratório Central -LACEN e Secretaria de Estado da Saúde para que todos possam conhecer o âmbito de trabalho das visas municipais, bem como o seu campo de atuação. Após essa etapa serão encaminhados para a aprovação da câmara de vereadores dos municípios envolvidos.

Vale ressaltar que todos os encaminhamentos pactuados dentro da proposta de atualização do código sanitário poderão servir de referência para todos os municípios do estado.

Quadro 03 - Planilha plano de ação, segundo frente de ataque (nó crítico)						
Espaço Macroproblema	Municípios de Sergipe (Japarutuba e Nossa Srª do Socorro inseridas na Regional Nossa Srª do Socorro, Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Aracaju inseridas na Regional Aracaju, Canindé de S. Francisco e Poço Redondo inserida na Regional Nossa Srª da Glória)					
Problema	Desatualização dos Códigos Sanitários Municipais					
Nó crítico 2	Falta de integração das VISA's municipais, estadual e ANVISA					
	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/ev entuais opositores	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Resultado esperado	Realizar ações de educação continuada para sensibilizar, qualificar e sistematizar os processos de atualização dos códigos sanitários municipais.	- ANVISA, - DIVISA/SES, - VISA'S municipais.	ANVISA; Conselhos de saúde Municipais, Estadual; LACEN	Reuniões e oficinas conforme cronograma construído com as equipes;	Recursos humanos, tecnológicos, materiais, financeiros disponíveis pelos órgãos competentes;	a partir do mês de marco /2017

Fonte: Atividade do grupo afinidade 03 do curso GVISA

O trabalho em vigilância sanitária é parcelar, mas a integralidade na proteção à saúde contra risco da cadeia produtiva de bens e serviços pressupõe que as ações devam ocorrer articuladas e integradas numa perspectiva sistêmica, ou seja, nas três esferas de gestão do SNVS e com o uso articulado de tecnologias que se intercomplementam; além disso, em articulação no âmbito do SUS, em especial, mas não apenas com as áreas envolvidas com a questão de riscos à saúde, a vigilância epidemiológica, a ambiental, a

saúde do trabalhador e outras, fora do setor saúde (SOUZA & COSTA, 2009). Buscam promover e desenvolver oficinas de trabalho com técnicas motivacionais para capacitar, sistematizar os processos de trabalhos na vigilância sanitária visando uma melhor integração entre as vigilâncias sanitárias municipais com a vigilância sanitária estadual e ANVISA para que os serviços sejam harmonizados e complementem-se entre si e com os demais serviços e ações de saúde desenvolvida no âmbito do SUS.

As reuniões mensais serão promovidas pelos gestores de vigilância sanitária municipais com a escolha do local a ser realizado a critério do grupo de trabalho responsável pelo evento, onde serão discutidos assuntos pertinentes aos processos de trabalho com a finalidade da promoção a saúde, visando minimizar e ou eliminar os riscos sanitários.

As reuniões deverão obedecer aos critérios de prioridades definidos pelos gestores e técnicos dos municípios envolvidos no programa e, por conseguinte na linha de perspectiva construtivista, para que os processos de trabalhos sejam harmonizados e padronizados. Para cada reunião deverá ser estabelecido um ou mais assuntos nas áreas de trabalho onde a vigilância sanitária exerce a fiscalização como: alimentos (produtos industriais, hortifrutigranjeiros), resíduos sólidos, medicamentos, farmácias, meio ambiente, produtos para saúde, hospitais, clínicas, água, e outros. Além das condutas de trabalhos nessas reuniões os gestores de vigilância sanitária deverão promover técnicas motivacionais para que os técnicos sejam motivados a dar continuidade aos trabalhos desenvolvidos por eles.

Realizar oficinas de trabalho com a adoção de metodologias ativas, técnicas motivacionais para qualificar, capacitar, sistematizar os processos de trabalhos na vigilância sanitária visando uma melhor integração entre as vigilâncias sanitárias municipais com a vigilância estadual e ANVISA para que os serviços sejam harmonizados e complementem-se entre si e com os demais serviços e ações de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, constitui-se em uma estratégia educacional potencial para o objetivo da intervenção.

As oficinas de capacitações deverão acontecer a cada semestre envolvendo as vigilâncias municipais e a Visa estadual, apoiada em metodologias critico-reflexiva para que sejam construídas a partir das necessidades dos municípios respeitando as suas individualidades e particularidades para que as ações de saúde sejam promovidas de forma eficiente e eficaz.

Os gestores de vigilância sanitária de cada município terão papeis de grande relevância na promoção e realização das oficinas de qualificação no processo de atualização do código sanitário.

As oficinas devem seguir três passos:

1º passo: escolha dos técnicos das visas (municipal e estadual) para compor o grupo de trabalho multiprofissional para que os problemas locais, as informações e demandas setoriais venham a ser discutidas nas oficinas;

.2º passo: Em seguida com esse grupo de trabalho multiprofissional formado, trabalharão para que as oficinas aconteçam através do plano de comunicação, onde todos os veículos disponíveis nas visas possam provocar maior difusão e impacto e os técnicos que trabalham nas VISAS possam contribuir e participar de forma consciente e verdadeira e os objetivos alcançados.

3º passo: Definir quais os meios para alcançar os objetivos, estratégias, local, período e recursos utilizados para que os profissionais sejam capacitados, os procedimentos de trabalho sejam sistematizados e harmonizados, visando minimizar os riscos sanitários para a promoção da saúde e qualidade dos serviços prestados à população. A periodicidade das oficinas é semestral com a finalidade de capacitar os gestores e técnicos das VISAS, onde seu objetivo maior será a abrangência da educação permanente em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES

A atuação da VIGILÂNCIA SANITÁRIA representa grande avanço nas ações para o desenvolvimento sócio cultural e econômico de uma região, trata-se, portanto, de um trabalho contínuo e dinâmico devendo ser atualizado, adaptado aos tempos atuais e a realidade local sendo, portanto, uma ferramenta indispensável para garantir a aplicabilidade das infrações sanitárias e penalidades, além de possibilitar a vinda de recursos Federais destinados a Saúde do Município. As ações desenvolvidas pelos fiscais de Vigilância Sanitária, respaldadas por um Código Sanitário atual e moderno são fundamentais para a saúde pública do município, sendo capazes de eliminar, diminuir ou prevenir vários riscos à saúde. Também podem intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços relacionados à saúde. Além da parte sanitária, as Vigilâncias Epidemiológicas, Ambiental e da Saúde do Trabalhador necessitam da aprovação do Código Sanitário para assegurarem legalmente que suas ações e exigências sejam cumpridas pelos estabelecimentos regulados, a fim de manter em segurança a saúde da população. Verifica-se que a preocupação entre os profissionais de saúde que atuam nessa área é pertinente tendo em vista a necessidade de uma padronização nas atividades de fiscalização, sendo, o Código Sanitário atualizado um instrumento eficaz, para que assim, os profissionais de Vigilância Sanitária, possam atuar de forma a desenvolver ações específicas visando à melhoria da qualidade de vida da população.

REFERENCIAS

COSTA, Edná, **O TRABALHADOR DE VIGILÂNCIA E A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PROFISSIONAL DE SAÚDE OU FISCAL?**, Disponível em: <http://amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/48-vigilancia-sanitaria%3Fdownload%3D700:o-trabalhador-de-vigilancia-e-a-construcao-de-uma-nova-vigilancia-sanitaria-profissional-de-saude-ou-fiscal+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. ACESSO EM: 05/09/2016.

CARDOSO, NICOLAU NETO, **O DIREITO SANITÁRIO BRASILEIRO: CONCEITO, PRINCÍPIOS E A INTERFACE COM OUTROS RAMOS DA CIÊNCIA JURÍDICA** (FURB, REVISTA JURIDICA).

LEITE E OLIVEIRA (2008) **RECURSOS HUMANOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UMA DISCUSSÃO SOBRE PERFIL PROFISSIONAL.**

ANVISA. **Levantamento da Situação dos Serviços da Vigilância Sanitária do País.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta_vig_pais/material/introducao.htm Acesso em: 05/09/2016.

CAMPOS, E.; ALMEIDA, E. R.; MARTINS, E. G.; TEIXEIRA, J. S.; OLIVEIRA, L. A.; PLENAMENTE, M. C. A. B.; SIQUEIRA, S. M.; **A Vigilância Sanitária mais próxima ao cidadão.** 2014. 28 f. Projeto Aplicativo – Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Rio de Janeiro. 2014.

GOUVEIA, R. **Saúde Pública Suprema Lei. A nova legislação para a conquista da saúde.** São Paulo: Mandacaru, 2000.

LEITE, M. J. V. L.; OLIVEIRA, A. G. R. C.; **Recursos Humanos em Vigilância Sanitária: Uma discussão sobre o perfil profissional.** Holos, Ano 24, Vol. 1

Vídeo **“Identificação de Problemas”**, Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/web/iep/home>, acesso em 01/07/2016.

Vídeo **“Priorização de Problemas e Autores Sociais”**, disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/web/iep/home>, acesso em 01/08/2016.

NETO, G. V.; MARQUES, M. C. C.; FIGUEIREDO, A. M. **A construção da política de Vigilância Sanitária: do conceito, da abrangência e do campo de atuação.** In: Campos GWS. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec. Editora Fiocruz. p. 689-713. 2006.

Projeto Aplicativo: **termos de referência/** Gilson Caleman... (et al.). – São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa, 2016. Páginas 21 a 28, TR2 Identificando os problemas, TR3 Priorizando os Problemas e TR 4 Identificando os atores sociais.

Gestão da Vigilância Sanitária: caderno do curso / Leila Ramos ... (et al.). – São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. Páginas 19,20 e 21, item 3.1- desafios e macroproblemas da gestão da Vigilância Sanitária.

Lei nº13725 de 09 de janeiro de 2004 constitui o Código Sanitário do Município de São Paulo. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov//arquivos,/secretarias/finanças/legislação/lei-13725> Acesso em 22/09/2016

Constituição Federal de 5 de outubro de 1988.

SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura.** 11a ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 54p.

Leis Orgânicas da Saúde - **Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990** e Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 Gestão Participativa do SUS. Disponível em: acesso em:

Código de Defesa do Consumidor - **Lei Federal nº 8078 de 11 de novembro de 1990.**

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - **Lei nº 9782 de 26 de janeiro de 1990.**

LEITE, et al, **RECURSOS HUMANOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O PERFIL PROFISSIONAL.** Nicolau Cardoso Neto, O DIREITO SANITÁRIO BRASILEIRO: **CONCEITO PRINCÍPIOS E A INTERFACE COM OUTRO RAMOS DE CIÊNCIA JURÍDICA.**

Neilton Araújo de Oliveira, **DIREITO SANITÁRIO: OPORTUNA DISCUSSÃO VIA COLETÂNEA DE TEXTOS DO 'blog DIREITO SANITÁRIO: SAÚDE E CIDADANIA'**

CALEMAN, Gilson et al. **Projeto Aplicativo: termos de referência**. TR5 – Explicando Problemas. São Paulo. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016 p. 29-33.

MAIA, Christiane et al. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):682-692, abr, 2010.

PIOVESAN, Márcia Franke et al . Vigilância Sanitária: **uma proposta de análise dos contextos locais**. Rev. bras. epidemiol. São Paulo , v. 8, n. 1, p. 83-95, Mar. 2005. disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext &pid=S1415-790X2005000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Setembro. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100010>.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. St. A. de. **Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

GERSCHMAN, Sílvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.6, pp.1670-1681. ISSN 1678-4464. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600>. Acesso em 05/09/2016.

SALIBA, Adas et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. RAP — **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro 43(6):1369-1378, nov./dez. 2009.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 617-624, Sept. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300008&lng=en&nrm=iso. acesso em 29 Setembro 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1290201100030000>

Cintya Marina Silvério Batista
Aracy Siqueira de Oliveira Nunes
Izabel Cristina Barroca
Jéssica Alves Freitas Sirqueira
Jones de Sena Soares
Josélia Ferreira de Carvalho
Márcio Trevisan
Núbia Lopes de Oliveira Guedes
Silvana Marques Filgueira Teixeira
Valdirene Aparecida dos Santos Souza
Vanêssa de Sousa Mota

**APLICABILIDADE DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO
ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS TOCANTINENSES**

Palmas – TO
2016

Cintya Marina Silvério Batista
Aracy Siqueira de Oliveira Nunes
Izabel Cristina Barroca
Jéssica Alves Freitas Sirqueira
Jones de Sena Soares
Josélia Ferreira de Carvalho
Márcio Trevisan
Núbia Lopes de Oliveira Guedes
Silvana Marques Filgueira Teixeira
Valdirene Aparecida dos Santos Souza
Vanêssa de Sousa Mota

**APLICABILIDADE DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO
ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS TOCANTINENSES**

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

Orientadora: Jaciela Margarida Leopoldino

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

Batista, Cintya Marina Silvério
Nunes, Aracy Siqueira de Oliveira
Barroca, Izabel Cristina
Sirqueira, Jéssica Alves Freitas
Soares, Jones de Sena
Carvalho, Josélia Ferreira de
Trevisan, Márcio
Guedes, Núbia Lopes de Oliveira
Teixeira, Silvana Marques Filgueira
Souza, Valdirene Aparecida dos Santos
Mota, Vanêssa de Sousa

Aplicabilidade da Programação Anual de Vigilância Sanitária no âmbito dos municípios tocaninenses. 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. – Palmas, 2016.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Programação Anual de Vigilância Sanitária.

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.

3

G333

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS.....	06
2.1 Objetivo Geral.....	06
2.2 Objetivos Específicos	06
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	07
3.1 Planejamento em Vigilância Sanitária e instrumentos disponíveis.....	07
3.2 Importância da Programação Anual de Vigilância Sanitária	09
3.3 PAVISA dos municípios tocantinenses: pactuações para 2016	11
4 PERCURSO METODOLÓGICO	15
5 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
5.1 Propostas de ações.....	23
5.2 Análise de viabilidade do plano de ação	25
5.3 Gestão do plano de ação	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Considerando que as ações de Vigilância Sanitária (VISA) buscam a proteção integral da saúde dos cidadãos, possuindo, portanto, importante viés social, desenvolveu-se este Projeto Aplicativo (PA) com o intuito de aprimorar a aplicabilidade da Programação Anual de Vigilância Sanitária (PAVISA) no âmbito dos municípios do Estado do Tocantins.

O presente projeto foi desenvolvido pelo Grupo Afinidade (GAF) – Gestão do Curso em Gestão da Vigilância Sanitária, do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, após ponderação sobre a existência de inúmeras falhas nos planejamentos realizados pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais do Estado do Tocantins, devido ao pouco conhecimento ou até mesmo desconhecimento dos instrumentos disponíveis por parte dos profissionais que atuam na área de VISA e dos gestores.

É cediço que as diferenças locorregionais existentes nas regiões de saúde do Estado do Tocantins implicam em dificuldade de uma proposta de planejamento padronizado para os diferentes municípios por parte da VISA Estadual. E que outras tantas questões também permeiam a realidade das VISAs, interferindo no processo de elaboração dos diferentes instrumentos de planejamento disponíveis para a área.

Por entender que a PAVISA é um instrumento relevante para o bom desenvolvimento das atividades de Vigilância Sanitária, procurou-se inicialmente identificar quais seriam os principais problemas relativos à aplicabilidade de tal instrumento e que interferem na qualidade final dos serviços prestados à população.

Conquanto o GAF – Gestão possua composição diversificada, contemplando realidades distintas de processo de trabalho em VISA em diferentes localidades tocantinenses, foi possível perceber que, seja num município de menor porte ou na capital do Estado (Palmas) ou seja na esfera estadual, e inclusive na nacional, as dificuldades inerentes ao processo de planejamento subsistem e apresentam notórias semelhanças.

O Caderno do Curso 2015/2016 da especialização *lato sensu* em Gestão de Vigilância Sanitária, disponibilizado pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), ao trazer os desafios e macroproblemas da gestão da VISA favoreceu a contextualização dos macroproblemas identificados pelo GAF – Gestão para o planejamento em Vigilância Sanitária a nível municipal, quais sejam:

- a) centralização da gestão, em especial em municípios pequenos, o que por não raras vezes leva à exclusão dos trabalhadores de Vigilância Sanitária das etapas de construção dos instrumentos de planejamento;
- b) pouca articulação intra e intersetorial, que denota uma fragmentação do trabalho;

- c) baixa ou inexistente integração com as demais políticas de Saúde Pública e tampouco com as de outras áreas;
- d) gestão de pessoas que não favorece a produção e aplicação de conhecimento técnico científico, carecendo os servidores de VISA de uma agenda de educação permanente que possa contribuir com uma melhor compreensão sobre a importância de se planejar bem;
- e) planejamento realizado de forma desvinculada de uma análise situacional local.

Após priorização dos principais problemas relacionados à gestão, descrito acima, foi eleito como o mais relevante o último citado, pois de acordo com as diferentes vivências profissionais dos membros do GAF – Gestão, notadamente dos que atuam na esfera estadual, constatou-se que muitas localidades buscam apenas atender às demandas de órgãos hierarquicamente superiores quando da constituição de seus instrumentos de planejamento.

Os dados obtidos junto à Vigilância Sanitária do Tocantins (VISA/TO), que fazem parte do estudo em tela, refletem a problemática abordada, de deficiência do planejamento em VISA. Apenas tecendo breve comentário, visto que uma análise mais aprofundada de tais dados será feita em outro momento deste Projeto Aplicativo, pode-se afirmar que de 2009-2015 (com ênfase em 2015) 7,19% (sete inteiros e dezenove centésimos por cento) dos municípios alcançaram 100% das ações prioritárias previstas na PAVISA, e 35,25% (trinta e dois inteiros e vinte e cinco centésimos por cento) executaram 6 (seis) das 7 (sete) ações prioritárias.

Em 2016, quanto se passou a aferir 12 (doze) ações prioritárias, observou-se que no primeiro semestre apenas 14 (quatorze) municípios tocantinenses apresentaram resultado satisfatório, 43 (quarenta e três) municípios não atingiram 50% (cinquenta inteiros por cento) do estabelecido na pactuação, dentre estes municípios, 03 não executaram as ações programadas. Superadas as fases de identificação e priorização dos macroproblemas detectados por meio das “matrizes decisórias”, sobreveio a utilização da ferramenta denominada “matriz de mapeamento de atores sociais, segundo valor e interesse frente ao problema priorizado”, para fazer reflexões e se chegar ao consenso sobre quais seriam os atores sociais envolvidos na solução do problema de planejamento desvinculado da situação local.

Como resultado da aplicação desta metodologia, foi possível aferir, na opinião do GAF – Gestão, o valor que os atores sociais pensados atribuem às deficiências de planejamento, bem como trabalhar no sentido de definir qual seria o problema a ser focado, sua relevância.

Também foi avaliada a capacidade de enfrentamento (governabilidade) que o GAF – Gestão teria em relação ao tema que pudesse se objeto desta pesquisa, haja vista o escopo de um Projeto Aplicativo ser o favorecimento da “integração entre a teoria e a prática e entre o mundo do trabalho e da aprendizagem”, desenvolvendo um “pensamento estratégico” e “capacidades para intervenção e transformação da realidade”, que levem a propostas que “atendam aos requisitos de viabilidade e factibilidade em sua concretização”. (CALEMAN et al., 2016).

Destarte, no intuito de construir uma proposta plausível no que concerne à aplicabilidade da PAVISA, que foi o instrumento de planejamento escolhido como objeto do presente trabalho, procurar-se-á traçar estratégias que possam aumentar sua aplicabilidade pelas VISAs municipais do Tocantins, evidenciando as dificuldades encontradas durante a realidade prática do trabalho, buscando contribuir com os gestores para a superação das dificuldades e deficiências dos servidores públicos para elaborar e executar as programações anuais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover estratégias para aumentar a aplicabilidade da Programação Anual de Vigilância Sanitária (PAVISA) no âmbito dos municípios do Estado do Tocantins, objetivando contribuir com o fortalecimento das ações de Vigilância Sanitária relativas à promoção, prevenção e proteção à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Contribuir com o planejamento das ações das VISAs Municipais, com vistas ao aumento da efetividade da execução da PAVISA nos 139 municípios do Estado do Tocantins, trabalhando a questão da intersetorialidade;
- Contribuir com a elaboração e melhoria da execução da PAVISA nas 8 (oito) Regiões de Saúde do Tocantins;
- Fomentar a participação dos gestores municipais nas instâncias de pactuação;
- Promover e implementar o desenvolvimento de ações educacionais para aperfeiçoamento dos servidores de VISA, em particular quanto aos instrumentos de planejamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Planejamento em Vigilância Sanitária e instrumentos disponíveis

Após o período de redemocratização política e administrativa do País, o planejamento normativo das políticas de saúde cede lugar para o planejamento estratégico, que resgata para o cenário de planejamento os personagens sociais, o enfoque situacional do planejamento, e a estruturação das ações, que muitas vezes não eram considerados anteriormente. (MATUS, 1993; MERHY, 1995).

No cenário atual, o planejamento das ações no setor da saúde deve levar em consideração a complexidade das ações desenvolvidas, bem como as mudanças nas condições de vida e de saúde da população, inclusive com as características existentes nos territórios e as peculiaridades regionais. (RIVERA & ARTMANN, 1999; ARTMANN, 1993).

Neste novo contexto, é importante compreender que o Estado não perdeu seu papel central de organização e controle das ações, uma vez que o planejamento governamental se mantém como um exercício essencialmente político.

O primeiro instrumento de gestão que procura essencialmente atender à lógica sistemática da Constituição Federal de 1988, disposto no art. 65, § 1º, é o Plano Plurianual (PPA), que é uma lei de iniciativa do Poder Executivo que tem por objetivo estabelecer, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras relativas aos programas de duração continuada.

O PPA precisa estar em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com a Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2007), deve ser apreciado e aprovado pelo Poder Legislativo, e fiscalizado pelo Poder Judiciário, que em conjunto orientam a formulação das leis orçamentárias e dos planos setoriais, bem como a execução das políticas públicas. (VIEIRA, 2009).

Essa situação deve estabelecer uma relação de compromisso político entre os poderes. Considerando que o PPA tem por início sempre no segundo ano do mandato de um gestor e término no primeiro ano do mandato subsequente, deve estabelecer a continuidade das ações, atendendo os objetivos indicados pelo Estado e as políticas de governo de curto e médio prazo. (ARANTES, 2010).

Recentemente o Ministério da Saúde revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (Planeja-SUS), por meio da publicação da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, buscando aprimorar as ferramentas

de gestão e garantir que os princípios norteadores da Administração Pública sejam estimulados.

Esta revisão de diretrizes do planejamento veio em um momento em que ocorrem reformas institucionais em todos os setores da gestão pública. Na área da Saúde, em particular, tais reformas estão sendo implementadas por meio do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social.

Os instrumentos básicos do Planeja-SUS são o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Insta observar que existe necessidade de articular e harmonizar esses instrumentos com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). (BRASIL, 2006a e 2006b).

O PS é um instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem alcançados no período de 4 (quatro) anos. Basicamente este instrumento é estruturado em objetivos, diretrizes e metas, sendo que os eixos estruturantes fundamentais serão as condições de saúde da população (vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica), seguido pelo segundo eixo, das determinantes e condicionantes de saúde, e pelo terceiro eixo, da gestão em saúde, que inclui planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura. A PAS, por sua vez, é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS. E o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS. (BRASIL, 2006a).

No campo da Vigilância Sanitária no Brasil, as ações de modificação da estrutura de atuação do setor se deram, basicamente, no sentido de tentar reduzir as práticas punitivas ligadas ao poder de polícia e incluir uma nova configuração de ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos à saúde, inclusive propondo assumir a responsabilidade na intervenção e no controle de problemas sanitários relativos às questões ambientais, à prestação de serviços de interesse da saúde e à produção, circulação e consumo de bens relacionados direta ou indiretamente à saúde. (BRASIL, 1990).

Na tentativa de harmonizar a evolução da assistência com a base produtiva e de inovação em saúde, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) busca o fortalecimento e a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS),

respeitando a interdependência desse contexto, ao mesmo passo que busca garantir a efetividade das práticas de Vigilância Sanitária. (BRASIL, 2007).

O PDVISA, ao definir as responsabilidades dos componentes envolvidos na articulação e execução do sistema, pautou-se em mecanismos de integração e planejamento. Com isso, esse Plano Diretor, coloca em destaque o papel dos municípios, posto que assumem a função de elaborar, a partir de suas realidades, planos de ação em vigilância sanitária específicos e articulados ao planejamento do setor saúde no âmbito municipal.

O plano é dividido em 5 (cinco) eixos norteadores: 1) organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito do SUS; 2) ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; 3) a vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde; 4) produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; 5) construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

Com fulcro na estrutura do plano, buscou-se refletir o compromisso do setor na efetivação de práticas integrativas voltadas para um projeto de Vigilância Sanitária mais apropriado às suas necessidades e às melhores condições de vida e saúde da comunidade. (BRASIL, 2007).

De posse dos instrumentos de gestão, é importante que as Vigilâncias Sanitárias construam seus planos de ação de maneira adequada, buscando a intersetorialidade e a prestação de um serviço racionalizado e eficiente para a população, sem negligenciar o gerenciamento dos riscos, e as estratégias de prevenção e promoção da saúde.

No presente trabalho, ênfase será dada à Programação Anual de Saúde, específica da área da Vigilância Sanitária, que recebe a denominação de PAVISA, por entendermos que este instrumento é de suma importância para o desenvolvimento das ações de uma VISA Municipal, e por termos constatado, no caminhar dos trabalhos do curso de especialização, que referido instrumento é de baixo conhecimento por parte dos servidores e, por conseguinte, apresenta baixa aplicabilidade.

3.2 Importância da Programação Anual de Vigilância Sanitária

Dentro de qualquer esfera de trabalho temos a gestão como um movimento essencial para o bom andamento dos fluxos e processos. O alcance das metas e objetivos propostos são consequência de uma gestão eficaz, que busque inovar seus processos, possibilitando então ações igualmente eficazes.

Na produção e no trabalho em equipe o planejamento é uma etapa do processo de gestão, que deve acontecer antes de qualquer ação a ser executada. A noção mais simples de planejamento é a de não improvisação, pois uma ação planejada é uma ação não improvisada e, fazer planos, é atributo do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir. (GIOVANELLA, 1991).

Matus (1993) acredita que, com a introdução de novas práticas gerenciais, será possível viabilizar uma alta qualidade da gestão. Já Battesini (2008) fala sobre a relevância do processo de planejamento e sua inserção formal no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde (PAS) e no Plano de Ação em VISA, levando-se em consideração a responsabilidade sanitária assumida, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse à saúde, as prioridades loco regionais e nacionais, a situação de saúde e os recursos físicos, financeiros e humanos necessários para a condução das ações.

Um dos instrumentos de gestão essenciais para o andamento do trabalho em vigilância é a Programação Anual das Ações em Vigilância Sanitária (PAVISA), que tem papel relevante dentro desse contexto de gestão de Vigilância Sanitária, vez que “subsidiará a negociação que os municípios farão com o Estado, no que diz respeito à definição das ações de Vigilância Sanitária que cada ente executará”. (GOVERNO DO TOCANTINS, 2014).

A PAVISA é uma ferramenta de planejamento em que estão descritas todas as ações que a Vigilância Sanitária pretende realizar durante o ano, assim como as metas, os recursos financeiros, responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações, que devem ser programadas anualmente e elaboradas pela equipe da VISA, visto que conhecedora do universo de sua atuação e de sua capacidade operacional, em permanente articulação com a área de planejamento e outros setores da Secretaria de Saúde.

A articulação deve se dar, ainda, como outros atores extra institucionais que ajudem a viabilizar técnica e politicamente as ações estratégicas de Vigilância Sanitária desejadas. Registre-se, em acréscimo, que a PAVISA deve estar alinhada com o Plano de Saúde (este, quadrienal), ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e ser passível de reajuste à realidade prática sempre que necessário. (CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

São 2 (duas) as partes essenciais de uma PAVISA: a análise situacional (diagnóstico) e a definição de ações, metas, recursos financeiros, responsáveis, parcerias e resultados esperados, além de outras informações que a Secretaria Municipal/Estadual julgue necessárias. A metodologia a ser empregada para a elaboração da PAVISA é

facultativa. Entretanto, os Anexos I e II¹ da PAVISA devem ser utilizados como referência e serem preenchidos com as ações estratégicas, priorizadas pelos municípios para o enfrentamento dos problemas sanitários locais.

De acordo com o CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (2016), é facultado às Vigilâncias Sanitárias Municipais eliminar as ações que não correspondam à sua realidade, inserir outras ações específicas e necessárias ao município ou se manter restrita àquelas propostas pelo gestor estadual.

Uma pesquisa feita por Fátima et al. (2012) questionou a participação dos técnicos na elaboração da PAVISA, bem como o conhecimento deste por aqueles que não participaram, avaliando o grau de participação dos trabalhadores/técnicos no processo de planejamento das ações de VISA.

Neste aspecto, observou-se a fragilidade na execução das ações e o quanto está presente no imaginário dos técnicos a parcialidade da importância da PAVISA na gestão municipal. Os autores anunciam, ainda, que este cenário é preocupante e é preciso rever a forma de construir a participação dos trabalhadores nas definições de propostas e ações com bases locais.

Corroborando com o todo o exposto, Gelbcke et al (2006) existe afirmam que há necessidade de serem revistos os modelos de gestão existentes.

3.3 PAVISA dos municípios tocantinenses: pactuações para 2016

Sob a perspectiva da descentralização, a Portaria/GM nº 699, de 30 de março de 2006, veio regulamentar as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, trazendo em seu bojo o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, no qual constam da cláusula segunda as atribuições e responsabilidades sanitárias dos municípios e dos Estados.

Todos os municípios devem assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental; devem, ainda, executar ações e implementar serviços de Vigilância Sanitária, com a cooperação técnica e financeira da União e Estado.

¹ Toda PAVISA contém 2 (dois) anexos, sendo que no Anexo I – Ações Estratégicas, são abordadas as medidas necessárias para o controle do risco sanitário; e o Anexo II relaciona as atividades econômicas do setor regulado pela vigilância sanitária (segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE), definindo a meta anual de inspeção.

Como principal função, a VISA é responsável por controlar os riscos resultantes da produção, da comercialização e do consumo de produtos e serviços. Para tanto, os servidores legalmente investidos nas VISAs se valem do poder de polícia, desenvolvendo ações diversas, tais como: prestação de informação à população e ao setor regulado, educação sanitária, inspeções, lavratura de documentos (notificação, auto de infração, termo de apreensão, termo de interdição), instauração de processos administrativos sanitários quando detectadas infrações (com a consequente aplicação de penalidades ou não, a exemplo de advertência, multa, cancelamento do alvará sanitário e outras).

Para o desenvolvimento destas ações, o processo de pactuação é primordial, porém, constata-se a necessidade de reestruturar as VISAs municipais, capacitando-as para implementar as ações de vigilância com foco nos riscos sanitários. Também compete aos municípios, neste processo, o comprometimento com recursos humanos qualificados e infraestrutura suficiente para o devido exercício legal.

Atualmente a Vigilância Sanitária encontra-se implantada nos 139 municípios do Estado, entretanto, a execução das ações de média e de alta complexidade é executada em maior parte pela VISA Estadual, uma vez que, a maioria dos municípios não dispõe de profissionais qualificados para o atendimento das demandas pertinentes à Vigilância Sanitária.

Nos municípios do Estado do Tocantins, em relação à pactuação, tem sido adotada a PROG-VS (Programação de Vigilância em Saúde), considerando que até então, ainda não se tem implantado no Estado o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento este que, estabelece indicadores que precisam ser trabalhados com vistas ao alcance das metas e, conseqüentemente, a eliminação, redução e prevenção dos riscos à saúde da população.

As precárias condições estruturais, organizacionais e de processos de trabalho são fatores que dificultam a operacionalização das atividades de VISA pelos municípios tocantinenses. Ainda assim, cientes das responsabilidades sanitárias em cada esfera de governo, as Vigilâncias Sanitárias Municipais e Estadual encaminham para aprovação dos Termos de Compromissos no Conselho Estadual de Saúde com a devida deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), bem como pactuam as ações na sede das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

No período de 2009 a 2015, os municípios tocantinenses estabeleceram pactuações baseadas no percentual de ações das Vigilância Sanitária executadas e que são consideradas necessárias, tudo de acordo com a Diretriz 7 do SISPACTO (que trata da redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e

Vigilância em Saúde), Objetivo 7.1 (fortalecer a promoção e Vigilância em Saúde), Indicador 41 (que se refere ao percentual de ações de Vigilância Sanitária executadas consideradas necessárias a todos os municípios), constando do mesmo as seguintes ações:

- (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA;
- (ii) instauração de processos administrativos de VISA;
- (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA;
- (iv) atividades educativas para população;
- (v) atividades educativas para o setor regulado;
- (vi) recebimento de denúncias;
- (vii) atendimento de denúncias.

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Estado do Tocantins, a partir de 2016, passou a aferir a execução das ações pactuadas na PAVISA incluindo mais componentes às 7 (sete) ações do Indicador 41 descritos anteriormente, conforme exposto:

- (viii) arcabouço legal (instrumentos legais de criação da VISA, investimento em ato legal para nomeação dos servidores de VISA;
- (ix) infraestrutura física (sala própria) e recursos materiais (internet e linhas fixas de telefonia somente para a VISA);
- (x) organização administrativa e operacional (implantação de fluxo dos processos pertinentes as ações de Visa);
- (xi) entrega de relatório quadrimestral; e
- (xii) pactuação da PAVISA em CIB.

No Estado do Tocantins existem 8 (oito) regiões de saúde, podendo ser visualizadas nas tabelas do Anexo I as ações de Vigilância Sanitária. O anexo mencionado apresenta a série histórica das pactuações relativas apenas ao Indicador 41 (7 ações), com metas propostas e alcançadas por cada município das diferentes regiões de saúde.

Analisando-se as regiões de saúde e adotando 2015 como parâmetro, ainda há grande necessidade de reforçar as ações de apoio, supervisão e capacitação em todas as regiões de saúde. Conforme evidencia as tabelas acima, percebe-se que a execução das ações de Vigilância Sanitária pelo nível municipal no Estado, ainda é reduzida, cerca de 7,19% dos municípios conseguiram executar 100% da ação regulatória, atividades estas consideradas necessárias às ações de VISA.

Outra informação de importância na interpretação dos dados da tabela, é o fato de que as ações, atualmente executadas para o gerenciamento do risco sanitário pelos municípios são de baixo risco sanitário, sendo que pouco mais de 4% dos municípios atuam nos estabelecimentos com médio e alto risco sanitário. Tal fato se deve principalmente pela Vigilância Sanitária municipal encontrar-se incipiente para o SEVISA-TO.

Sendo ainda agravada, quando muitos municípios, a ação de inspecionar os serviços de interesse à saúde, ora classificados com grau de risco baixo, são ainda dependentes do apoio do Estado, vez que não dispõe das condições de estruturação suficiente para tal. Como: hotel, salão de beleza, funerária, APAE, escola, clube, academia.

Alerta-se que, quase a totalidade dos municípios tocantinenses ainda não oferece condições para a instauração do Processo Administrativo Sanitário 10,07% dos municípios, atividade essa, essencial para potencializar o resultado das demais ações.

Destaca-se também dos relatórios de supervisão, que o quadro de servidores lotados nas VISAS municipais, é um quadro reduzido, com precariedade no vínculo empregatício, e servidores com acúmulo de funções, muitas dessas distintas de Vigilância Sanitária. Culminando numa baixa qualificação desses, tendo em vista, inclusive, pela sua rotatividade. Outrossim, o baixo nível de escolaridade desses servidores contradiz com as ações a serem desempenhadas, refletindo em ações fragilizadas e passíveis de nulidades.

Tem-se também que os recursos transferidos pelo fundo nacional ao fundo municipal e estadual são incipientes. Igualmente, às Vigilâncias Sanitárias detém baixa autonomia na execução e aplicação de tais recursos, para tanto, é pactuado a realização da Programação Anual de Vigilância para otimizar os recursos e de certa forma vincular às ações de Vigilância Sanitária. Contudo, requer além da PAVISA ser aprovada no Conselho Municipal e homologada na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), a necessidade de supervisioná-los e auditá-los a execução destas, todavia, ainda não há uma efetiva fiscalização na aplicação desses recursos, acontecendo de forma esporádica, às auditorias no Sistema.

Nas tabelas do Anexo II são apresentados os resultados da execução das 12 (doze) ações elencadas no texto acima na VISA municipal. Cumpre esclarecer que os dados competem apenas ao primeiro semestre (jan/jun) de 2016.

Insta observar que somente 14 (quatorze) municípios do Estado do Tocantins apresentaram no primeiro semestre resultado satisfatório quanto à execução das 12 (doze) ações de Vigilância Sanitária. Diante do exposto quanto aos possíveis entraves para a execução das mesmas, é necessária a busca de ferramenta(s) para que sejam realizadas com eficiência todas as ações/processos inerentes à Vigilância Sanitária.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste projeto foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional (PES). Durante esse processo de construção trabalhamos as capacidades da área de gestão e educação dentro de nossa realidade e atuação profissional através da oficina de trabalho, “Identificando problemas no contexto real do âmbito da Vigilância Sanitária – VISA”, nos aprofundamos no Planejamento Estratégico que segundo Carlos Matus, economista chileno e precursor do PES, nos permite olhar onde estamos para saber onde queremos ir, olhando o contexto e identificando os problemas para promover as mudanças.

O planejamento estratégico considera a complexidade da realidade social, suas variações e situações imprevisíveis. É, pois,

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. (MATUS, 1996 *apud* SILVA, NIERO & MAZZALI, s.a.).

Institucionalizar o planejamento situacional estratégico em nossos instrumentos de gestão implica enfrentar o desafio de constituir sujeitos competentes tecnicamente, comprometidos politicamente e sensibilizados, reforçando assim, a necessidade do diálogo entre gestores e servidores, entre a área da Saúde e em especial a Vigilância Sanitária e vigilância em saúde, bem como, a necessidade de investir em processos de capacitação e educação permanente. (TEXEIRA, 2004).

O PES, seguindo a proposta metodológica de Matus (1993), é dividido em 4 (quatro) momentos, quais sejam: 1) momento explicativo que se refere a questão “tende a ser”; 2) momento normativo ou “deve ser”; 3) momento estratégico que prospecta o “que pode ser”; 4) momento tático-operacional, relacionado à execução das ações.

No primeiro momento, a partir de uma apreciação situacional, foram elaboradas as planilhas com o apontamento dos macroproblemas no âmbito da VISA, partindo da situação inicial S1 para alcançar a situação objetivo So. Com esta análise partiu-se para definições, com base no Caderno do Projeto Aplicativo.

Foram identificados os desconfortos separadamente, e em seguida o conjunto dos desconfortos/problemas, por meio da análise da pertinência e agrupamento das ideias afins, por último declarando-se os macroproblemas identificados.

Quadro 1 – Registro dos desconfortos/problemas e declaração dos macroproblemas.

Nº	DESCONFORTOS/PROBLEMAS	MACROPROBLEMAS IDENTIFICADOS
1	<ul style="list-style-type: none"> - Descontinuidade das ações de combate à dengue. - Não cumprimento da carga horária. <p>=> Comprometimento com o serviço. (solução)</p>	Desídia
2	<ul style="list-style-type: none"> - RH deficiente. - RH, vínculo precário, alta rotatividade, escolaridade baixa, desmotivação, sobrecarga, acúmulo de funções. - Rotatividade de RH. - Falta de recursos humanos. - Desvio de função de técnicos. - Falta de pessoal com disponibilidade e proatividade para condução dos processos de gestão. <p>=> Gestão de pessoas funcional. (solução)</p>	Gestão de pessoas inadequada permanente
3	<ul style="list-style-type: none"> - ausência de uma agenda permanente de capacitação dos fiscais sanitários. - Falta de capacitação e entendimento da equipe do uso e vantagens da inserção de novas ferramentas de gestão. - Despreparo técnico conceitual que por vezes percebe-se claramente entre os gestores dos processos. <p>=> Instituição e implementação de agenda de educação permanente. (solução)</p>	Falta de uma agenda de educação
4	<ul style="list-style-type: none"> - Gestor (Assistencial e despreparado) - Descomprometido com a VISA e com o NEP. - Falta de apoio por parte do gestor. - Falta de apoio da secretaria de saúde e de autonomia. <p>=> Descentralização da gestão. (solução)</p>	Centralização da gestão
5	<ul style="list-style-type: none"> - Não cumprimento do planejamento PPA/PAS. - Falta de planejamento na terceirização dos serviços de saúde. - Planejamento de gaveta. - Recursos insuficientes e vinculados. - Insuficiência, dificuldade para administrar. - VISA sem acesso (autonomia) e R\$ e ações. - Gestão da saúde não organizada. <p>=> Planejamento eficiente e eficaz. (solução)</p>	Deficiências de planejamento
6	<p>=> Melhoria da comunicação. (solução)</p>	Baixa intra e intersetorialidade

Fonte: autoria própria.

Ao serem definidos os macroproblemas (cf. quadro anterior), percebeu-se que as necessidades poderiam estar além da governabilidade de execução. Assim, passou-se à priorização dos problemas, através de uma ferramenta denominada “Matriz Decisória”, que serve “como forma de apoiar a tomada de decisão para a priorização dos problemas”. (CALEMAN, 2016).

Priorizar significa conferir importância e valor a um determinado problema em detrimento de outro(s). Conforme Caleman (2016), após a identificação de problemas é necessária a escolha do problema considerado prioritário, para ser objeto da elaboração de um plano de intervenção. Tal escolha deve considerar aspectos subjetivos e objetivos,

devendo ser processada de forma clara e criteriosa, incluindo dados, informações e percepções que possam apoiar a tomada de decisão.

Segundo o mesmo autor, a priorização deve ser negociada e pactuada entre os participantes do grupo, que podem atribuir diferentes graus de importância para um problema. Afirma ainda, que outras pessoas da mesma organização podem influenciar nessa tomada de decisão, isto é, a priorização de problemas também pode ser trabalhada em oficinas com os distintos atores sociais envolvidos.

Após o processo de identificação da situação de desconforto sobre o qual o grupo pretendia desenvolver uma proposta de ação, cada membro do grupo pode avaliar e atribuir, para cada problema identificado, o valor e o interesse em solucioná-los. Nesta fase, foram considerados os desconfortos/inquietudes identificados a partir da leitura da realidade por parte dos participantes, valendo-se de 4 (quatro) diferentes matrizes para a análise de diferentes combinações de critérios.

A ferramenta “matriz decisória” foi utilizada como forma de apoiar a tomada de decisão para a priorização de problemas. A matriz I (cf. quadro 2) focaliza o valor e interesse do ator em relação aos problemas, e seu interesse em solucioná-los, sendo que o valor corresponde à importância que o autor confere a cada problema e o interesse corresponde ao posicionamento do ator diante da realidade. (CALEMAN, 2016).

Quadro 2 – Matriz decisória I para priorização de problemas, segundo valor e interesse.

Nº	PROBLEMAS	VALOR	INTERESSE	NOTA (0 A 10)
1	Baixa intra e intersetorialidade do SNVS na gestão da VISA estadual e municipal.	Alto	Positivo	9,0
2	Desconhecimento dos instrumentos de planejamento pelos atores envolvidos.	Alto	Positivo	10,0
3	Centralização da gestão no âmbito da secretaria municipal e estadual de saúde.	Alto	Positivo	8,0

Fonte: autoria própria.

A matriz decisória II (quadro 3) destaca a urgência e a capacidade de enfrentamento dos problemas, agrupando-os em ordem de prioridade, esta obtida “a partir da combinação entre as maiores pontuações correspondentes aos problemas cuja capacidade de enfrentamento esteja dentro da governabilidade do ator”, levando-se em consideração, ainda, “as maiores pontuações em relação à urgência”. (CALEMAN, 2016).

Quadro 3 – Matriz decisória II para priorização de problemas, segundo urgência e capacidade de enfrentamento.

Nº	PROBLEMAS	URGÊNCIA 1 (-) a 5 (+)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	ORDEM DE PRIORIDADE
1	Baixa intra e intersetorialidade do SNVS na gestão da VISA estadual e municipal.	4	Parcial	2
2	Desconhecimento dos instrumentos de planejamento pelos atores envolvidos.	5	Parcial	1
3	Centralização da gestão no âmbito da secretaria municipal e estadual de saúde.	3	Fora	3

Fonte: autoria própria.

Já na matriz III (cf. quadro 4), que analisa a factibilidade e a viabilidade das ações para o enfrentamento dos problemas, encontram-se os critérios de magnitude (tamanho do problema), transcendência (importâncias política/técnica/cultural atribuídas aos problemas listados pelos atores), vulnerabilidade (relativa à disponibilidade tecnológica, ou seja, à existência de conhecimento e recursos materiais para o enfrentamento dos problemas) e custos (estimativa de gastos para intervir no problema de forma a solucioná-lo). Este 4 (quatro) critérios servem para comparar e priorizar os problemas de saúde. (CALEMAN, 2016).

Quadro 4 – Matriz decisória III para priorização de problemas, segundo magnitude, valorização, vulnerabilidade e custo.

PROBLEMAS	MAGNITUDE	VALOR	VULNERABILIDADE	CUSTOS	ORDEM DE PRIORIDADE
Baixa intra e intersetorialidade do SNVS na gestão da VISA estadual e municipal.	++	++	++	++	2
Desconhecimento dos instrumentos de planejamento pelos atores envolvidos.	+++	+++	+++	+++	1
Centralização da gestão no âmbito da secretaria municipal e estadual de saúde.	++	+++	+++	0	3

Fonte: autoria própria.

Na matriz decisória IV (quadro 5), são especificados mais outros 4 (quatro) critérios para a priorização dos problemas levantados, quais sejam: 1) relevância (importância do problema para o sistema de saúde), prazo/urgência (tempo para resolver o problema), factibilidade (capacidade de intervenção no mesmo) e viabilidade (capacidades política/técnica/gerencial para executar ações de enfrentamento). Consoante Caleman (2016), “todos os critérios requerem o levantamento de evidência para serem corretamente aplicadas as pontuações”.

Quadro 5 – Matriz decisória IV para priorização de problemas, segundo relevância, prazo/urgência e factibilidade.

PROBLEMAS	RELEVÂNCIA	PRAZO/URGÊNCIA	FACTIBILIDADE	VIABILIDADE	TOTAL DE PONTOS
Baixa intra e intersectorialidade do SNVS na gestão da VISA estadual e municipal.	++	++	++	++	8
Desconhecimento dos instrumentos de planejamento pelos atores envolvidos.	+++	+++	++	+	9
Centralização da gestão no âmbito da secretaria municipal e estadual de saúde.	++	++	0	+	5

Fonte: autoria própria.

Após definição de 3 (três) problemas prioritários, foram identificados os atores sociais (vide quadro 6) que poderiam unir forças para a resolução dos mesmos. Enuncia Coleman (2016) que “a identificação de atores sociais num determinado contexto é uma ação importante para a produção de um entendimento aprofundado da realidade”.

Quadro 6 – Matriz de mapeamento de atores sociais, segundo valor e interesse frente aos problemas priorizados.

ANÁLISE SITUACIONAL		
PROBLEMAS PRIORIZADOS	1. Baixa intra e intersectorialidade do SNVS na gestão da VISA estadual e municipal. 2. Desconhecimento dos instrumentos de planejamento pelos atores envolvidos. 3. Centralização da gestão no âmbito da secretaria municipal e estadual de saúde.	
ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
1 Responsáveis pelas VISAS	Alto	Positivo
2 Ministério Público Estadual	Alto	Positivo
7 Conselho Est. de Saúde	Alto	Positivo
8 CIB	Alto	Positivo
9 ANVISA	Alto	Positivo
10 Ministério da Saúde	Alto	Positivo
11 Gestores de planejamento.	Alto	Positivo
5 Fiscais da VISA	Alto	Negativo
3 Gestor da saúde	Médio	Positivo
6 Conselho Mul.de Saúde	Médio	Positivo
4 COSEMS	Médio	Neutro

Fonte: autoria própria.

Ainda segundo Coleman (2016), um ator social só será enquadrado como tal se possuir as 3 (três) capacidades a seguir: 1) para apresentar projetos de intervenção na

realidade; 2) capacidade de mobilizar recursos materiais e humanos para o desenvolvimento de propostas de mudança; 3) de mobilizar pessoas para uma atuação coordenada.

Na sequência metodológica didática, os problemas priorizados (considerados como de maiores valores e interesses) foram pontuados novamente por cada membro do grupo, sendo o problema com a maior pontuação definido como o principal deles, e eleito pelo GAF – Gestão o “desconhecimento dos instrumentos de planejamento pelos atores envolvidos”.

Assim, superada a etapa de priorização de problemas, o problema objeto do presente estudo foi declarado: baixa aplicabilidade da Programação Anual da Vigilância Sanitária (PAVISA) no Âmbito das Vigilâncias Sanitárias Municipais.

Selecionado o problema do Projeto Aplicativo, passou-se à sua caracterização e explicação de referido problema, através da técnica da “árvore explicativa” (figura 1), instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas interrelações causais, estabelecendo ligações e transformação da realidade complexa em uma concepção simplificada, a fim de tornar possível uma ação de intervenção.

Figura 1 – Matriz da Árvore Explicativa.



Fonte: autoria própria.

Caleman (2016) explicita que “o raciocínio, ao se processar uma árvore explicativa, é analítico-causal, e não hierárquico (...) são estabelecidas as ligações consideradas mais importantes (...) simplificando a realidade, que é complexa”.

Com os descritores constantes da árvore, definiu-se com clareza a existência do problema. Assim deu-se continuidade à ação educacional com a determinação das suas possíveis causas e consequências, com a finalidade de identificar os chamados “nós críticos” (NC), ou seja, as causas sobre as quais a intervenção produz impacto decisivo, no sentido de modificar os descritores do problema positivamente, no momento da possibilidade de intervenção.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Entende-se por intervenção o “conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Segundo Champagne et al. (2011),

Uma intervenção, seja ela um projeto, programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ações que inclui, em um determinado contexto: objetivos (o estado futuro que orienta as ações); agentes (os atores sociais); estrutura (recursos e regras); processos (relações entre recursos e atividades).

A partir dos nós críticos estabelecidos, o ator desenha os meios que entende necessários para alterar a situação atual até convertê-la em uma situação objetivo que se propõe a alcançar, num determinado tempo. Esses meios podem ser compromissos de ação do próprio ator que planeja alterar as causas que estão dentro de seu espaço de governabilidade ou demandas de ação dirigidas a outros atores sociais com maior governabilidade.

Surge aqui o conceito de Plano Dual – Plano de Ação e de Demandas (MATUS, 1998). O desenho do “deve ser” e dos meios necessários e suficientes para alcançá-lo constitui tarefa central do momento normativo do planejamento.

É importante lembrar que, no momento estratégico, os atores trabalham na perspectiva do “pode ser”. Como esses momentos são dinâmicos e a conjuntura pode trazer novas condições que precisam ser explicadas, as readequações do planejamento estratégico são consideradas naturais e permanentes.

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 procedimentos de planejamento, almejando uma maior visibilidade da VISA como instituição efetivamente colaboradora, segundo os princípios do SUS.

Esta proposta de intervenção teve como apoio os trabalhos de Carlos Matus, idealizador do enfoque de planejamento estratégico situacional (MATUS, 1987; 1993; 1994a, 1994b, 1996a, 1996b *apud* CALEMAN, 2016), cujas principais características são: tem enfoque político, o poder está no centro da análise; atores têm diferentes visões sobre a realidade, diferentes graus de poder e interesses; não podemos fazer previsões da realidade social, ela é conflitiva, complexa e incerta; planejar é realizar um cálculo sistemático, interativo e probabilístico, que 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 *apud* CALEMAN, 2016); planejar é um processo contínuo e sem etapas rígidas (SÁ, M. C.; PEPE, V. L. E., 2000 *apud* CALEMAN, 2016).

5.1 Propostas de ações

Nas ações relacionadas aos riscos, agravos e danos à saúde os fatores determinantes são diversos e precisamos interagir com as diferentes áreas da Vigilância em Saúde.

Aspectos fundamentais para a ampliação da governabilidade dos trabalhadores, na concepção de Matus (1993), dependem do grau de controle que os atores envolvidos possuem em relação à determinada situação.

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 agirmos de forma resolutiva.

Os elementos para a análise situacional foram obtidos a partir das oficinas conduzidas pelas facilitadoras, realizadas em 2 (dois) momentos. O primeiro, possibilitou uma reflexão crítica da realidade do processo de trabalho em VISA, favorecendo assim a elaboração de um diagnóstico. O segundo, articulou ações propositivas visando à transformação dessa situação.

Os quadros 7 e 8 na sequência, evidenciam quais foram as ações e atividades definidas pelo GAF – Gestão, considerando os nós críticos estabelecidos a partir da árvore explicativa, de forma a possibilitar a identificação dos atores responsáveis pelas mesmas, eventuais parceiros ou opositores, indicadores a serem observados, recursos necessários e uma estimativa dos prazos a serem cumpridos.

Quadro 7 – Intervindo no problema. Listagem de Nós Críticos (NCs). Descrição dos 3 (três) NCs mais potentes e que possuem viabilidade política.

Nós Críticos (NCs)	Macroproblema Priorizado
NC 1	Desconhecimento da importância do PAVISA por parte dos servidores e gestores.
NC 2	Baixa escolaridade e/ou falta de atualização dos profissionais da VISA.
NC 3	Falta de gestão participativa em vários municípios.

Fonte: autoria própria.

Quadro 8 – Planilha de Plano de Ação (Planejamento Estratégico Situacional – PES), segundo frente de ataque (nó crítico).

PES SIMPLIFICADO						
NC 1: DESCONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA PAVISA POR PARTE DOS SERVIDORES E GESTORES.						
RESULTADO ESPERADO	AÇÕES E ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS/OPOSITORES	INDICADORES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS
Elevação na aplicabilidade da PAVISA.	AÇÃO 1.1: Capacitar sobre a ferramenta PAVISA. <u>Atividade 1.1.1:</u> Curso presencial sobre a PAVISA. <u>Atividade 1.1.2:</u> Criar manual direcionado ao planejamento da PAVISA a nível municipal.	VISA Estadual (Setor de Descentralização) e Gerências de VISAs Municipais.	Parceiros: ANVISA, ETSUS ² , UFT ³ , NEVS OBS: Opositores não identificados.	Número de capacitações realizadas por ano.	Logística de apresentação acadêmica como auditório ou sala de aula, equipamento de áudio, vídeo e imagem, mecanismos de comunicação a distância, passagem para deslocamento dos capacitadores, diária para hospedagem, produção de material didático e gráfico, compra de horas aula.	1 (um) ano para avaliação final. E para avaliação de tendência do resultado, frequência pelo menos trimestral.
	AÇÃO 1.2: Avaliar o cumprimento da PAVISA. <u>Atividade 1.2.1:</u> Promover calendário permanente de avaliação da PAVISA. <u>Atividade 1.2.2:</u> Implantar instrumento de medição do cumprimento das metas do plano para cada servidor.	Gerências de VISAs, NEVS ¹ , Assessorias e Chefias de Áreas Técnicas.		Porcentagem de cumprimento dos eixos da PAVISA.		
	AÇÃO 1.3: Ampliar o quadro de servidores. <u>Atividade 1.3.1:</u> Promover concurso, com critérios específicos para captar servidores com perfil para a função.	Administração Pública (Poder Executivo das 3 esferas do governo).		Concurso realizado.		
NC 2: FALTA DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM MUITOS MUNICÍPIOS.						
RESULTADO ESPERADO	AÇÕES E ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS/OPOSITORES	INDICADORES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS
Gestão compartilhada em VISA.	AÇÃO 2.1: Sensibilização do gestor para inserção da equipe, durante a elaboração da PAVISA. <u>Atividade 2.1.1:</u> Participação nas reuniões da CIB e da CIR.	VISAs Estadual e Municipais.	SMS ⁴ , CMS ⁵ , MPE ⁶ . OBS: Opositores não identificados.	Quantidade de coordenadores de VISA participando da CIB ⁷ e CIR ⁸ .	PAB ⁹ fixo SMS.	Ação contínua.
NC 3: BAIXA ESCOLARIDADE E/OU FALTA DE ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA VISA.						
RESULTADO ESPERADO	AÇÕES E ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS/OPOSITORES	INDICADORES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS
Estabelecer requisito de graduação para os cargos de agente e inspetor sanitários.	AÇÃO 3.1: Realização de concurso público e exigência de graduação para adequação do cargo de inspetor sanitário. <u>Atividade 3.1.1:</u> Realização de concurso.	Secretários de Saúde, Gestores de VISA (Estadual e Municipais).	ETSUS, UFT, Instituições de Ensino Superior e Filantrópicas de ensino. OBS: Opositores não identificados.	1) Número de concursos públicos realizados para provimento do cargo de inspetores sanitário. 2) Número de inspetores sanitários com graduação superior; 3) Número de capacitações/atualizações por servidores de VISA realizadas.	Recursos Humanos e Financeiros.	2 (dois) anos.
Capacitação permanente de agentes de VISA municipais em parcerias com atores especializados.	AÇÃO 3.2: Ofertas de bolsas de estudo de nível de graduação para servidores das VISAs municipais, efetivos ou estáveis. <u>Atividade 3.2.1:</u> Desenvolvimento de convênios com os parceiros.					

¹ Núcleo de Educação em VISA; ² Escola Técnica do SUS; ³ Universidade Federal do Tocantins; ⁴ Secretarias Municipais de Saúde; ⁵ Conselhos Municipais de Saúde; ⁶ Ministério Público Estadual; ⁷ Comissão Intergestores Bipartite; ⁸ Comissão Intergestores Regional; ⁹ Piso de Atenção Básica.

Fonte: autoria própria.

Ao exercitar a elaboração do plano de ação, verifica-se 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.

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, dinâmicas e complexas, os processos de trabalho exigem ajustes a cada momento.

Matus (1993), ensina que a avaliação das viabilidades do plano e o desenho de estratégias para o alcance dos resultados esperados são base para a definição das ações. De fato, pela vivência do GAF – Gestão, não há como contestar que elencar as ações a atividades possíveis foi fundamental para avaliar as viabilidades do plano, que serão expostas.

5.2 Análise de viabilidade do plano de ação

Leciona Caleman (2016) que o referencial matuseano contribui sensivelmente para a reconstrução do modelo de gestão, implementando um sistema de gestão coletiva e descentralizada da programação das ações, visto que propõe 4 (quatro) momentos para o processamento técnico político dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático operacional, cada um deles possuindo ferramentas metodológicas específicas.

No momento explicativo, os problemas são selecionados com o uso de técnicas como o método da “tempestade de ideias” (*brainstorming*). Depois de agrupados por afinidade, busca-se a compreensão pela análise da relevância dos mesmos para os atores sociais. Selecionados os problemas, eles são descritos através de indicadores ou descritores que os definem mais claramente.

Após a análise das causas definidas na etapa de elaboração da Árvore Explicativa (figura 1), foram identificados 03 nós críticos, na matriz PES simplificado e considerados que todos eles estavam sob a governabilidade dos atores envolvidos, isto é, cujo enfrentamento estava dentro da capacidade de intervenção dos futuros executores do plano de ação.

Identificamos e selecionamos 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?

As questões acima foram respondidas sob a ótica das causas definidas na etapa de elaboração da árvore explicativa (Figura 1), articuladas com as seguintes variáveis: 1) projeto, ou seja, a reflexão sobre o ator social ser propositivo para alcançar os objetivos almejados pelo Projeto; 2) governabilidade, que é a relação entre as variáveis controladas e não controladas pelos atores sociais, a capacidade para desenvolver o Projeto ou não; e 3) identificação, por fim identificando as ações conflitivas.

Ao fazer este exercício de reflexão ficou notória a importância do planejamento estratégico situacional como instrumento que incorpora e agrega diferentes interesses, evidenciando a realidade local, e possibilitando a inserção compartilhada dos diferentes atores, de modo que o Projeto Aplicativo possa apresentar consistência de aplicabilidade e factibilidade.

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

No momento estratégico, dever-se construir a viabilidade do plano em suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva e organizativa. A análise de viabilidade parte de 2 (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.

Nesta fase deste Projeto Aplicativo, revisitamos a matriz de mapeamento de atores sociais (quadro 6) e a planilha do plano de ação (quadro 8), ajustando as ações aos nós críticos. Quanto a estes, optamos por manter a redação da planilha de ação, por entendermos que seria inviável alterá-los neste momento do processo de trabalho.

Ponderamos, através da matriz constante do quadro 9, sobre a possível motivação dos atores sociais envolvidos no desenvolvimento do Projeto Aplicativo que estamos a propor.

Quadro 9 – Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano.

Atores		Operações – OP ou Ações e Demandas de Operações – DOP ou Demanda de Ação			
		Ação 1: Sensibilizar o gestor para inserção da equipe na elaboração da PAVISA e capacitar os servidores sobre esta ferramenta.	Ação 2: Avaliar o cumprimento da PAVISA.	Ação 3: Realizar de concurso público com requisito mínimo de graduação para ampliar o quadro de servidores.	Ação 4: Ofertas de bolsas de estudo de nível de graduação para servidores das visas municipais efetivos ou estáveis.
1	Responsáveis pelas VISAs	A +	A +	A +	M +
2	Ministério Público Estadual	A+	M +	A +	B -
3	Gestores (da Saúde e do Planejamento)	M 0	A+	B -	B 0
4	Fiscais da VISA	M 0	M 0	M 0	B +
5	Instâncias de negociação e pactuação (COSEMS, CMS, CES, CIB, CIR)	B 0	A +	B 0	B 0
6	ANVISA e Ministério da Saúde	A +	A +	M 0	B 0
Capacidade de rejeição		NAO	NAO	SIM	SIM

LEGENDA: Viabilidade: Alta (A), Média (M) e Baixa (B)

Valor: importância que o ator atribuiu ao problema => Alto (A), Médio (M) e Baixo (B)

Interesse: quanto o ator quer que seja resolvido. A favor (+), Contra (-), Indiferente (0)

Fonte: autoria própria.

Ato contínuo, apreciamos a viabilidade do plano, considerando a suposta existência de recursos político, organizacional, técnico e econômico, no intuito de futuramente vencer a resistência de outros atores e ganhar a adesão desejada a este Projeto Aplicativo (PA).

A Matriz que segue (cf. quadro 10) foi utilizada para verificarmos o modo de construir a viabilidade deste Projeto Aplicativo, bem como para definirmos estratégias de como aumentá-la, em caso de necessidade.

Quadro 10 – Matriz de análise das estratégias de viabilidade segundo ações conflitivas.

Estratégias de Viabilidade: Alta (A), Média (M) e Baixa (B)					
Ação	Atividades Conflitivas do Plano de Ação	Recursos Necessários	Recursos: temos ou não	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Realizar concurso público com requisito mínimo de graduação para ampliar o quadro de servidores.	Criar um grupo técnico para estabelecer critérios específicos a serem inseridos no edital, para captar servidores com perfil para a função.	Político	Não	Média	Convencer o gestor de que a ampliação da equipe reduz os danos à saúde da população e reduz os gastos com a assistência, trazendo economia de recursos. VISA é arrecadadora e que se os recursos financeiros provenientes das taxas e multas forem direcionados para a própria VISA é possível ampliar o quadro de servidores.
		Organizacional	Sim		
		Técnico	Sim		
	Criar uma Comissão Concurso para monitorar todas as fases do certame.	Político	Não	Média	
		Organizacional	Sim		
		Técnico	Sim		
	Contratar uma instituição para dar início ao certame.	Político	Não	Baixa	
		Econômico	Não		
	Realizar o certame e dar posse aos aprovados.	Político	Não	Baixa	
		Organizacional	Sim		
Ofertas de bolsas de estudo de nível de graduação para servidores das VISAS municipais efetivos ou estáveis.	Firmar parcerias com instituições privadas de ensino de nível superior.	Político	Sim	Alta	Municípios de menor porte devem buscar pactuar acordos de cooperação com instituições de maior porte, valendo-se da CIR para tanto.
		Organizacional	Sim	Alta	
		Econômico	Sim	Alta	
	Criar um grupo técnico para estabelecer critérios específicos para a seleção de bolsistas.	Organizacional	Sim	Alta	
		Técnico	Sim	Alta	

Fonte: autoria própria.

Considerando o conceito de intervenção de Contandriopoulos et al. (1997), já mencionado no presente estudo, é certo afirmar que as propostas de ações deste Projeto Aplicativo perpassam por meios que envolverão estes recursos. Tudo conforma planilhas já apresentadas.

Uma proposta dentro do que “pode ser”, estabelecendo normas, tendo como ponto de partida os nós críticos, e como referência a situação objetivo numa condição móvel, flexibilizando os meios conforme descrito nas planilhas acima, contendo ação, parceiro, opositor, prazo (dentre outros), e cuja construção considerou o método 5W3H para mapear as atividades, acredita-se que tenha uma culminância exitosa.

5.3 Gestão do plano de ação

Trata-se do momento tático operacional do plano de ação, que visa atacar o problema por meio de ações planejadas que possam ser ajustadas conforme as necessidades cotidianas. É a intervenção propriamente dita, ou seja, a condução do plano traçado, seu monitoramento e avaliação, para efetuar correções que sejam pertinentes. E será abordado adiante.

Como rotina, os técnicos das Secretarias de Saúde já realizam atividades e ações de monitoramento dos instrumentos por meio de relatórios mensais consolidando-os quadrimestralmente para prestação de contas das Secretarias de Saúde municipais e para constarem dos Relatórios Anuais de Gestão, conforme prevê a legislação.

Para o monitoramento da implantação do PES contido no plano de ação deste Projeto Aplicativo, que almeja aumentar a aplicabilidade dos instrumentos válidos de gestão, foram desenhados meios necessários e possíveis, sob o aconselhamento matuseano, para alterar a situação atual, até convertê-la em situação objetivo, num tempo determinado, tudo já descrito no Plano de Intervenção do presente estudo.

O momento de ajustes nas operações propostas foi realizado através das matrizes gestão do plano, quanto a seu orçamento e monitoramento ao longo do tempo, pois não basta a simples elaboração do plano. É necessário construir um sistema de gestão que coordene e acompanhe, promova a comunicação e integração entre os diferentes atores envolvidos, corrija o prumo quando necessário e que garanta que o instrumento seja efetivamente implementado.

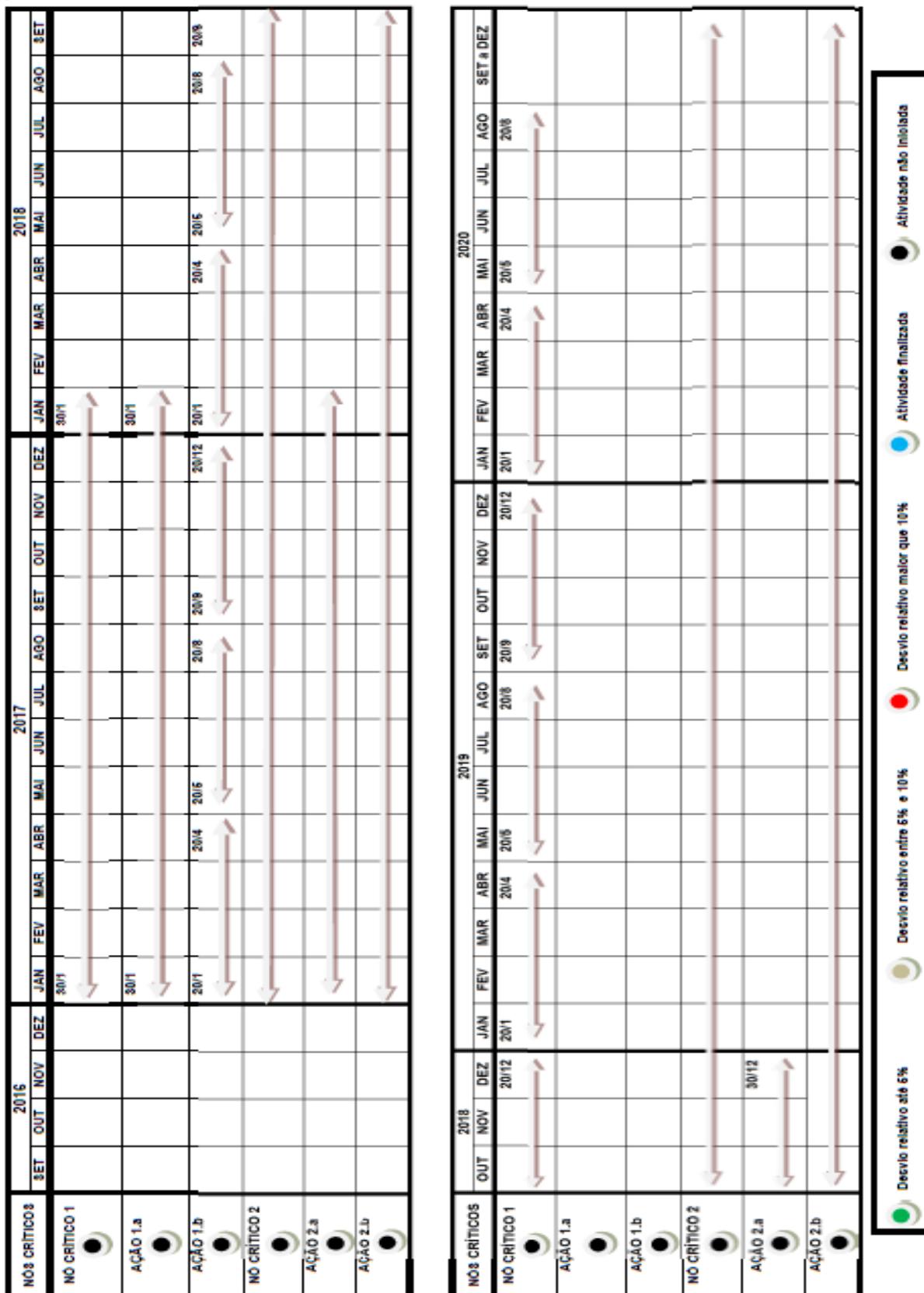
Neste último estágio do nosso Projeto, portanto, foi construída uma planilha orçamentária (vide quadro 11) para que o mesmo venha a lograr êxito, bem como construído um cronograma de monitoramento da implementação do plano de ação do projeto (quadro 12), para que seja factível colher um produto capaz de intervir na aplicabilidade de instrumentos tão preciosos para a transformação da realidade, e que contribua com avanços no sistema de saúde.

Quadro 11 – Planilha Orçamentária.

NÓS CRÍTICOS	AÇÕES	DATA INICIAL	DATA FINAL	DESPESAS DE CUSTEIO	DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL
NC 1 Desconhecimento da importância da PAVISA por parte dos servidores e gestores.	Ação 1: Capacitar sobre a ferramenta PAVISA.	Jan 2017	Jan 2018	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ação 2: Avaliar o cumprimento da VISA (quadrimestral)	Abril 2017	Dez 2018	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ação 3: Ampliar o quadro de servidores.	Jan 2017	Jan 2019	R\$ 100.000,00 ou mais	R\$ 150.000,00 ou mais	R\$ 250.000,00 ou mais
NC 2 Baixa escolaridade ou falta de atualização dos profissionais da VISA.	Ação 4: Realizar concursos públicos com requisitos mínimos de graduação para ampliar o quadro de servidores das VISAs.	Jan 2017	Jan 2019	Valor médio de R\$ 80.000,00 ou mais	R\$ 100.000,00	R\$ 180.000,00 ou mais
	Ação 5: Ofertas de bolsas de estudo (graduação) para servidores nível médio das Visas Municipais efetivos ou estáveis.	Jan 2017	Jan 2021	R\$ 10.000,00 ou mais (mensalidade de anual por cada servidor)	R\$ 0,00	R\$ 50.000,00 ou mais (custo do curso de um servidor)
NC 3 Falta de gestão participativa em vários municípios	Ação 6: Desenvolvimento de parcerias em escolas de governo, universidades públicas e privadas e instituições filantrópicas de ensino.	Jan 2017	Até quando existir interesse das partes	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ação 7: Sensibilizar o gestor p/ inserção da equipe na elaboração da PAVISA	Jan 2017	Jan 2018	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total de NCs = 3	Total de ações = 7					

Fonte: autoria própria.

Quadro 12 – Cronograma de monitoramento da implementação do plano de ação do projeto aplicativo.



Fonte: autoria própria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As matrizes de execução do plano visam seu correto desenvolvimento, para que os objetivos traçados venham a ser alcançados.

Este Projeto Aplicativo foi construído pelo GAF – Gestão com o escopo de que os gestores e demais atores responsáveis pela execução do mesmo conheçam claramente as atividades pensadas, de forma que possam levar ao cumprimento das operações correspondentes, para transformá-lo em possibilidade concreta de realização, e não meramente em mais um dos muitos “planos de gaveta”.

Para tanto, é imprescindível o envolvimento tanto dos gestores como dos trabalhadores de VISA, todos comprometidos num mesmo sentido, de execução das estratégias definidas e posterior monitoramento das metas e indicadores.

O instrumento ora apresentado não deve ser engessado. É necessário avaliar continuamente o plano de ação pensado, revisitando-o sempre que ocasional, para promover as mudanças e ajustes cabíveis e essenciais ao planejamento estratégico constituído, através da definição de critérios e prazos de avaliação, fixação de resultados, e formas de monitoramento permanente de sua execução.

REFERÊNCIAS

ARANTES, P. L. F. **O PPA como instrumento de planejamento e gestão estratégica.** Revista do Serviço Público, Brasília, 61(2):171-187, Abr/Jun, 2010.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional:** a trilogia Matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 1993.

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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária.** 1.ed. Brasília: Anvisa, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva. Instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006.** Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, Diário Oficial da União, 2006c.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a nº 53/2006. Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

CALEMAN, G. et al. **Projeto aplicativo:** termos de referência. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec. Editora Fiocruz, 2006. pp. 689-713.

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Perguntas frequentes.** Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/faq.asp?te_codigo=36>. Acesso: 29 Set 2016.

CHAMPAGNE, F. et al. **A avaliação no campo da saúde:** conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). Avaliação em saúde conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. pp.19-40.

CONTANDRIOPOULOS, A-P et al. **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, 1997. pp. 29-47. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso: 22 Out 2016.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária e proteção da saúde.** In: ARANHA, M. L. (Org.). Direito Sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. v. 1. 2003. pp.189-216.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

GELBCKE, F. et al. **Planejamento estratégico participativo:** um espaço para a conquista da cidadania profissional. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 15(3):07, 2006.

GIOVANELLA, L. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7(1):26, 1991.

GOVERNO DO TOCANTINS. **Curso de qualificação em vigilância sanitária.** Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária. Palmas, 2014.

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

MERHY, E. E. **Planejamento como tecnologia de gestão:** tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec e Abrasco, 1995. pp.117-194.

NETO, G. V.; MARQUES, M. C. C.; FIGUEIREDO, A. M. **A construção da política de vigilância Sanitária:** do conceito, da abrangência e do campo de atuação. In: CAMPOS, G. W. S. et et. (Org.). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec. Editora Fiocruz. 2006. pp.689-713.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva:** criando e sustentando um desempenho superior. 19.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

RAMOS, L. et al. **Gestão da vigilância sanitária:** caderno do curso. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015.

RIVERA, F.J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde:** flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 4(2):355-365, 1999.

SILVA, S. V. E.; NIERO, J. C. C.; MAZZALI, L. **O planejamento estratégico situacional no setor público** – a contribuição de Calos Matus. Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf>>. Acesso: 03 Out 2016.

SILVA, W. C. et al. **O planejamento estratégico na administração pública**: um estudo multicaso. Revista de C. Humanas, Viçosa, v. 13, n. 1, pp. 90-101. Disponível em: <<http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol13/artigo6vol13-1.pdf>>. Acesso: 15 Set 2016.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde**. Cad. Saúde Pública, v. 18, n. 6, Rio de Janeiro, Nov/Dez, 2002.

VIEIRA, F. S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):1565-1577, 2009.

WORTHEN, B. R.; Sanders, J. R.; FITZPATRICK, J. L.; tradução Dinah de Abreu Azevedo. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

ANEXO I

PACTUAÇÕES DO INDICADOR 41 NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS.

Região: Bico do Papagaio								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Aguiarnópolis	0,00%	28,57%	71,43%	57,14%	57,14%	57,14%	57,14%	85,71%
Ananás	42,86%	85,71%	85,71%	71,43%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%
Angico	0,00%	14,29%	14,29%	14,29%	57,14%	71,43%	57,14%	85,71%
Araguatins	14,29%	42,86%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%
Augustinópolis	28,57%	57,14%	71,43%	71,43%	57,14%	57,14%	57,14%	100,00%
Axixá	0,00%	0,00%	71,43%	57,14%	71,43%	71,43%	57,14%	85,71%
Buriti do Tocantins	14,29%	0,00%	57,14%	71,43%	57,14%	85,71%	71,43%	85,71%
Cachoeirinha	14,29%	0,00%	14,29%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Carrasco Bonito	28,57%	14,29%	71,43%	0,00%	71,43%	57,14%	71,43%	85,71%
Esperantina	28,57%	28,57%	71,43%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	85,71%
Itaguatins	28,57%	85,71%	57,14%	57,14%	57,14%	57,14%	57,14%	85,71%
Luzinópolis	28,57%	0,00%	0,00%	85,71%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%
Maurilandia do TO	0,00%	14,29%	14,29%	71,43%	71,43%	57,14%	14,29%	85,71%
Nazaré	14,29%	14,29%	0,00%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Palmeiras	0,00%	0,00%	71,43%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Praia Norte	28,57%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	85,71%
Riachinho	14,29%	71,43%	85,71%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Sampaio	28,57%	85,71%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Santa Terezinha	0,00%	0,00%	0,00%	71,43%	28,57%	28,57%	42,86%	85,71%
São Bento	28,57%	28,57%	14,29%	14,29%	28,57%	71,43%	71,43%	85,71%
São Miguel	0,00%	71,43%	71,43%	57,14%	57,14%	85,71%	85,71%	85,71%
São Sebastião	0,00%	0,00%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%	85,71%
Sítio Novo	28,57%	28,57%	28,57%	85,71%	71,43%	42,86%	100,00%	85,71%
Tocantinópolis	14,29%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Médio Norte Araguaia								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Aragominas	28,57%	28,57%	28,57%	42,86%	42,86%	85,71%	85,71%	85,71%
Araguaína	28,57%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%	100,00%	100,00%
Araguanã	14,29%	71,43%	71,43%	71,43%	100,00%	85,71%	85,71%	100,00%
Babaçulândia	28,57%	57,14%	71,43%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	85,71%
Barra do Ouro	0,00%	0,00%	57,14%	57,14%	57,14%	57,14%	42,86%	85,71%
Campos Lindos	14,29%	0,00%	42,86%	85,71%	57,14%	85,71%	85,71%	85,71%
Carmolândia	14,29%	14,29%	14,29%	85,71%	71,43%	71,43%	57,14%	85,71%
Darcinópolis	28,57%	28,57%	57,14%	42,86%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Filadélfia	14,29%	14,29%	57,14%	57,14%	85,71%	100,00%	71,43%	85,71%
Goiatins	14,29%	42,86%	71,43%	85,71%	85,71%	71,43%	100%	100,00%
Muricilândia	28,57%	28,57%	28,57%	57,14%	57,14%	57,14%	42,86%	85,71%
Nova Olinda	0,00%	28,57%	71,43%	57,14%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%
Pau D'Arco	28,57%	28,57%	28,57%	28,57%	28,57%	71,43%	71,43%	85,71%
Piraquê	0,00%	0,00%	0,00%	57,14%	71,43%	71,43%	28,57%	85,71%
Santa Fé do Araguaia	28,57%	28,57%	71,43%	85,71%	85,71%	100,00%	57,14%	100,00%
Wanderlândia	0,00%	14,29%	57,14%	57,14%	28,57%	28,57%	71,43%	85,71%
Xambioá	28,57%	71,43%	71,43%	42,86%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Cerrado Tocantins Araguaia								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Arapoema	14,29%	14,29%	0,00%	57,14%	71,43%	85,71%	71,74%	85,71%
Bandeirantes do TO	0,00%	0,00%	57,14%	71,43%	42,86%	57,14%	42,86%	85,71%
Bernardo Sayão	14,29%	0,00%	28,57%	28,57%	57,14%	42,86%	85,71%	85,71%
Bom Jesus do TO	14,29%	71,43%	42,86%	57,14%	71,43%	42,86%	85,71%	85,71%
Brasilândia	28,57%	28,57%	28,57%	71,43%	71,43%	42,86%	57,14%	85,71%
Centenário	14,29%	28,57%	71,43%	14,29%	71,43%	57,14%	42,86%	85,71%
Colinas	28,57%	85,71%	85,71%	100,00%	57,14%	71,43%	57,14%	100,00%
Colméia	0,00%	0,00%	71,43%	71,43%	57,14%	57,14%	85,71%	85,71%
Couto Magalhães	0,00%	0,00%	57,14%	42,86%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%
Goianorte	0,00%	0,00%	0,00%	85,71%	71,43%	57,14%	57,14%	85,71%
Guaraí	14,29%	100,00%	71,43%	42,86%	28,57%	100,00%	100,00%	100,00%
Itacajá	28,57%	42,86%	57,14%	57,14%	57,14%	57,14%	57,14%	85,71%
Itapiratins	14,29%	71,43%	71,43%	85,71%	71,43%	85,71%	57,14%	85,71%
Itaporã	0,00%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%
Juarina	0,00%	0,00%	28,57%	42,86%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%
Palmeirante	14,29%	0,00%	85,71%	71,43%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%
Pedro Afonso	14,29%	57,14%	57,14%	100,00%	85,71%	71,43%	71,43%	100%
Pequizeiro	28,57%	57,14%	57,14%	71,43%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%
Presidente Kennedy	0,00%	0,00%	28,57%	57,14%	57,14%	85,71%	71,43%	100,00%
Recursolândia	0,00%	14,29%	14,29%	28,57%	28,57%	0,00%	71,43%	85,71%
Santa Maria	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	71,43%	85,71%	85,71%	100,00%
Tupirama	0,00%	85,71%	57,14%	57,14%	57,14%	85,71%	100,00%	85,71%
Tupiratins	28,57%	14,29%	14,29%	14,29%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Capim Dourado								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Aparecida Rio Negro	0,00%	0,00%	0,00%	71,43%	42,86%	57,14%	71,43%	85,71%
Fortaleza do Tabocão	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	57,14%	57,14%	71,43%	85,71%
Lagoa do TO	14,29%	14,29%	28,57%	71,43%	42,86%	57,14%	71,43%	85,71%
Lajeado	0,00%	42,86%	85,71%	57,14%	42,86%	57,14%	71,43%	85,71%
Lizarda	0,00%	14,29%	0,00%	71,43%	57,14%	42,86%	57,14%	85,71%
Miracema	14,29%	71,43%	57,14%	57,14%	57,14%	85,71%	71,43%	100,00%
Miranorte	28,57%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	57,14%	85,71%	100,00%
Novo Acordo	0,00%	0,00%	57,14%	85,71%	0,00%	71,43%	42,86%	85,71%
Palmas	14,29%	85,71%	57,14%	100,00%	85,71%	100,00%	100,00%	100,00%
Rio dos Bois	14,29%	14,29%	0,00%	57,14%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%
Rio Sono	0,00%	57,14%	71,43%	71,43%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%
Santa Tereza	14,29%	14,29%	14,29%	71,43%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%
São Félix	0,00%	0,00%	0,00%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%
Tocantínia	0,00%	0,00%	28,57%	42,86%	57,14%	42,86%	85,71%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Cantão								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Abreulândia	28,57%	28,57%	57,14%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Araguacema	28,57%	42,86%	42,86%	71,43%	85,71%	85,71%	57,14%	85,71%
Barrolândia	14,29%	57,14%	57,14%	71,43%	71,43%	57,14%	57,14%	85,71%
Caseara	0,00%	57,14%	85,71%	28,57%	85,71%	71,43%	28,57%	85,71%
Chapada de Areia	14,29%	0,00%	85,71%	57,14%	71,43%	57,14%	42,86%	85,71%
Cristalândia	28,57%	14,29%	57,14%	85,71%	42,86%	85,71%	57,14%	85,71%
Divinópolis	14,29%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%
Dois Irmãos	0,00%	0,00%	28,57%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%
Lagoa da Confusão	0,00%	14,29%	57,14%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	85,71%
Marianópolis	0,00%	0,00%	85,71%	71,43%	57,14%	57,14%	42,76%	85,71%
Monte Santo	0,00%	14,29%	71,43%	57,14%	57,14%	57,14%	71,43%	85,71%
Nova Rosalândia	14,29%	14,29%	28,57%	42,86%	42,86%	42,86%	85,71%	85,71%
Oliveira de Fátima	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	42,86%	42,86%	85,71%
Paraíso	28,57%	85,71%	85,71%	100,00%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%
Pium	0,00%	71,43%	57,14%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%
Pugmil	28,57%	28,57%	14,29%	42,86%	28,57%	85,71%	57,14%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Amor Perfeito								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Brejinho de Nazaré	28,57%	85,71%	71,43%	14,29%	42,86%	42,86%	71,43%	85,71%
Chapada da Natividade	28,57%	71,43%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%
Fátima	28,57%	14,29%	71,43%	85,71%	0,00%	71,43%	57,14%	85,71%
Ipueiras	0,00%	0,00%	0,00%	71,43%	71,43%	57,14%	71,43%	85,71%
Mateiros	0,00%	0,00%	0,00%	42,86%	71,43%	42,86%	57,14%	85,71%
Monte do Carmo	0,00%	0,00%	0,00%	85,71%	100,00%	71,43%	85,71%	85,71%
Natividade	14,29%	14,29%	71,43%	71,43%	71,43%	85,71%	71,43%	100,00%
Pindorama	0,00%	0,00%	0,00%	71,43%	57,14%	57,14%	42,86%	85,71%
Ponte Alta do Tocantins	0,00%	0,00%	57,14%	28,57%	14,29%	14,29%	14,29%	85,71%
Porto Nacional	28,57%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%	100,00%	100,00%
Santa Rosa	14,29%	14,29%	71,43%	14,29%	14,29%	57,14%	85,71%	85,71%
Silvanópolis	0,00%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Ilha do Bananal								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Aliança	0,00%	0,00%	0,00%	28,57%	28,57%	42,86%	85,71%	85,71%
Alvorada	28,57%	100,00%	85,71%	85,71%	85,71%	100,00%	85,71%	85,71%
Araguaçu	28,57%	71,43%	57,14%	71,43%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%
Cariri	0,00%	0,00%	42,86%	57,14%	57,14%	57,14%	100,00%	100,00%
Crixás	14,29%	14,29%	42,86%	85,71%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%
Dueré	28,57%	0,00%	14,29%	28,57%	0,00%	57,14%	85,71%	85,71%
Figueirópolis	28,57%	28,57%	85,71%	85,71%	57,14%	71,43%	57,14%	85,71%
Formoso do Araguaia	14,29%	85,71%	71,43%	85,71%	71,43%	85,71%	42,86%	85,71%
Gurupi	28,57%	100,00%	85,71%	100,00%	100,00%	85,71%	100%	100,00%
Jau do TO	0,00%	0,00%	85,71%	100,00%	85,71%	85,71%	85,71%	85,71%
Palmeirópolis	0,00%	57,14%	71,43%	57,14%	57,14%	85,71%	85,71%	85,71%
Peixe	28,57%	85,71%	71,43%	57,14%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%
Sandolândia	0,00%	0,00%	57,14%	71,43%	57,14%	42,86%	57,14%	85,71%
Santa Rita	0,00%	71,43%	85,71%	85,71%	71,43%	57,14%	42,86%	85,71%
São Salvador	0,00%	14,29%	14,29%	14,29%	57,14%	57,14%	71,43%	85,71%
São Valério	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29	42,86%	85,71%	85,71%
Sucupira	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	57,14%	28,57%	57,14%	85,71%
Talismã	28,57%	71,43%	71,43%	42,86%	85,71%	85,71%	71,43%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

PROJETOS DE APOIO AO SUS – APRESENTAÇÃO DE PROJETOS APLICATIVOS

Região: Sudeste								
Municípios	Metas Alcançadas							Metas propostas
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 SESAU
Almas	28,57%	42,86%	57,14%	71,43%	42,86%	57,14%	71,43%	85,71%
Arraias	28,57%	14,29%	28,57%	28,57%	71,43%	85,71%	85,71%	100,00%
Aurora	0,00%	0,00%	0,00%	28,57%	71,43%	85,71%	71,43%	85,71%
Combinado	0,00%	57,14%	57,14%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%	85,71%
Conceição	14,29%	28,57%	71,43%	85,71%	85,71%	71,43%	42,86%	85,71%
Dianópolis	14,29%	85,71%	85,71%	100,00%	100,00%	85,71%	85,71%	100,00%
Lavandeira	0,00%	0,00%	57,14%	28,57%	42,86%	71,43%	57,14%	85,71%
Novo Alegre	28,57%	100,00%	85,71%	85,71%	85,71%	71,43%	71,43%	100,00%
Novo Jardim	0,00%	0,00%	0,00%	57,14%	71,43%	57,14%	85,71%	85,71%
Paraná	28,57%	28,57%	28,57%	0,00%	57,14%	71,43%	71,43%	85,71%
Ponte Alta do Bom Jesus	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	42,86%	85,71%
Porto Alegre	0,00%	14,29%	14,29%	85,71%	71,43%	85,71%	85,71%	85,71%
Rio da Conceição	0,00%	0,00%	0,00%	85,71%	85,71%	85,71%	71,43%	100,00%
Taguatinga	14,29%	100,00%	71,43%	85,71%	85,71%	100,00%	85,71%	85,71%
Taipas	0,00%	0,00%	14,29%	14,29%	28,57%	42,86%	57,14%	85,71%

OBS: Os percentuais em vermelho representam o não alcance da meta pactuada.

Fonte: Planilha de pactuação – Planejamento/SESAU/2016.

ANEXO II

RESULTADO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DO INDICADOR 41 DO SISPACTO PELAS VISAS
MUNICIPAIS DO TOCANTINS, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016.

ESTADO: TOCANTINS			
Região: Bico do Papagaio			
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde			
Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)			
Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Aguiarnópolis	50,00%		41,65%
Ananás	50,00%		74,97%
Angico	50,00%		33,30%
Araguatins	50,00%		58,31%
Augustinópolis	70,00%		66,64%
Axixá	50,00%		33,30%
Buriti do Tocantins	50,00%		41,65%
Cachoeirinha	50,00%		41,65%
Carrasco Bonito	50,00%		74,97%
Esperantina	50,00%		41,65%
Itaguatins	50,00%		41,65%
Luzinópolis	50,00%		58,31%
Maurilandia do TO	50,00%		58,31%
Nazaré	50,00%		25%
Palmeiras	50,00%		41,65%
Praia Norte	50,00%		50%
Riachinho	50,00%		50%
Sampaio	50,00%		8,33%
Santa Terezinha	50,00%		41,65%
São Bento	50,00%		41,65%
São Miguel	50,00%		33,30%
São Sebastião	50,00%		25%
Sítio Novo	50,00%		66,64%
Tocantinópolis	70,00%		41,65%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins

ESTADO: TOCANTINS
Região: Médio Norte Araguaia

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam > 70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Aragominas	50,00%		8,33%
Araguaína	70,00%		100%
Araguanã	70,00%		50%
Babaçulândia	50,00%		50%
Barra do Ouro	50,00%		66,65%
Campos Lindos	50,00%		53,30%
Carmolândia	50,00%		33,30%
Darcinópolis	50,00%		58,31%
Filadélfia	50,00%		54,16%
Goiatins	70,00%		83,77%
Muricilândia	50,00%		0%
Nova Olinda	70,00%		66,66%
Pau D'Arco	50,00%		62,48%
Piraquê	50,00%		33,30%
Santa Fé do Araguaia	70,00%		33,30%
Wanderlandia	50,00%		58,31%
Xambioá	70,00%		50%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

ESTADO: TOCANTINS
Região: Cerrado Tocantins Araguaia

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Arapoema	50,00%		41,65%
Bandeirantes do TO	50,00%		41,65%
Bernardo Sayão	50,00%		50%
Bom Jesus do TO	50,00%		41,65%
Brasilândia	50,00%		50%
Centenário	50,00%		41,65%
Colinas	70,00%		41,65%
Colméia	50,00%		50%
Couto Magalhães	50,00%		58,31%
Goianorte	50,00%		33,30%
Guaraí	70,00%		66,64%
Itacajá	50,00%		41,65%
Itapiratins	50,00%		50%
Itaporã	50,00%		50%
Juarina	50,00%		33,30%
Palmeirante	50,00%		58,31%
Pedro Afonso	70%		50%
Pequizeiro	50,00%		50%
Presidente Kennedy	70,00%		77%
Recursolândia	50,00%		66,64%
Santa Maria	70,00%		50%
Tupirama	50,00%		50%
Tupiratins	50,00%		50%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

ESTADO: TOCANTINS
Região: Capim Dourado

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Aparecida Rio Negro	50,00%		66,64%
Fortaleza do Tabocão	50,00%		58,31%
Lagoa do TO	50,00%		41,65%
Lajeado	50,00%		83,30%
Lizarda	50,00%		58,31%
Miracema	70,00%		66,64%
Miranorte	50,00%		50%
Novo Acordo	50,00%		50%
Palmas	70,00%		83,30%
Rio dos Bois	50,00%		41,65%
Rio Sono	50,00%		41,65%
Santa Tereza	50,00%		50%
São Félix	50,00%		58,31%
Tocantínia	50,00%		33,30%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

ESTADO: TOCANTINS

Região: Cantão

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Abreulândia	50,00%		41,65%
Araguacema	50,00%		33,30%
Barrolândia	50,00%		41,65%
Caseara	50,00%		0%
Chapada de Areia	50,00%		58,31%
Cristalândia	50,00%		50%
Divinópolis	50,00%		50%
Dois Irmãos	50,00%		41,65%
Lagoa da Confusão	50,00%		58,31%
Marianópolis	50,00%		58,31%
Monte Santo	50,00%		58,31%
Nova Rosalândia	50,00%		50%
Paraíso	70,00%		74,97%
Pium	70,00%		66,64%
Pugmil	50,00%		66,64%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

ESTADO: TOCANTINS

Região: Amor Perfeito

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Brejinho de Nazaré	50,00%		67%
Chapada da Natividade	50,00%		66,65%
Fátima	50,00%		48,82%
Ipueiras	50,00%		42,82%
Mateiros	50,00%		66,65%
Monte do Carmo	50,00%		66,65%
Natividade	70,00%		54,15%
Oliveira de Fátima	50,00%		91,67%
Pindorama	50,00%		77,00%
Ponte Alta do Tocantins	50,00%		16,33%
Porto Nacional	70,00%		91,67%
Santa Rosa	50,00%		57,96%
Silvanópolis	50,00%		58,33%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

ESTADO: TOCANTINS
Região: Ilha do Bananal

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Aliança	50,00%		83,30%
Alvorada	70,00%		58,31%
Araguaçu	50,00%		41,65%
Cariri	70,00%		66,64%
Crixás	50,00%		50%
Dueré	50,00%		50%
Figueirópolis	50,00%		0%
Formoso do Araguaia	50,00%		41,65%
Gurupi	70,00%		66,64%
Jau do TO	50,00%		83,30%
Palmeirópolis	50,00%		66,64%
Peixe	50,00%		33,30%
Sandolândia	50,00%		41,65%
Santa Rita	50,00%		33,30%
São Salvador	50,00%		66,64%
São Valério	50,00%		50%
Sucupira	50,00%		58,31%
Talismã	70,00%		66,64%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

ESTADO: TOCANTINS
Região: Sudeste

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 41a: Proporção de municípios que executam >70% das atividades da PAVISA (12 ações consideradas de suma importância pela Vigilância Estadual do Tocantins)

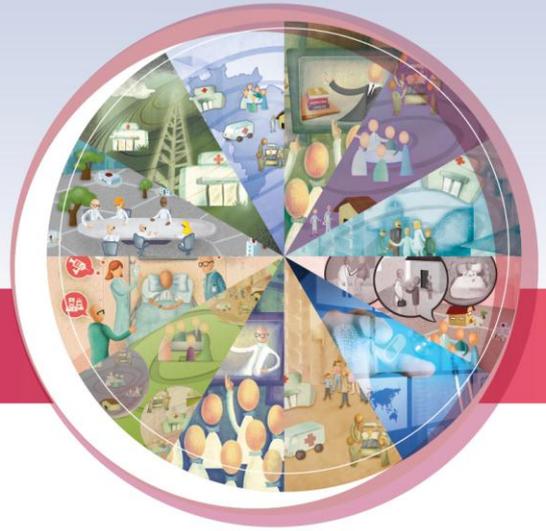
Município	Metas propostas	Meta pactuada	Meta alcançada no 1º semestre
	2016 SESAU	2016	
Almas	50,00%		0,00%
Arraias	50,00%		50,00%
Aurora	50,00%		74,97%
Combinado	70,00%		83,33%
Conceição	50,00%		74,97%
Dianópolis	70,00%		74,97%
Lavandeira	50,00%		16,66%
Novo Alegre	70,00%		74,97%
Novo Jardim	50,00%		83,00%
Paraná	50,00%		54,15%
Ponte Alta do Bom Jesus	50,00%		0,00%
Porto Alegre	50,00%		74,97%
Rio da Conceição	70,00%		54,15%
Taguatinga	70,00%		74,97%
Taipas	50,00%		54,15%

Fonte: Gerência de Descentralização da Vigilância Sanitária Estadual do Tocantins.

PROJETO APLICATIVO

Projetos de Apoio ao SUS

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**REESTRUTURAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DE FISCALIZAÇÃO NA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE TERESINA-PI**

SÃO PAULO

2016

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS
Curso de Gestão da Vigilância Sanitária – GVISA
Região de TERESINA-PI - Grupo Afinidade II
PROJETO APLICATIVO

REESTRUTURAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DE FISCALIZAÇÃO NA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE TERESINA-PI

Especializandos: Andréa Gino, Cecília Melo, Danielly Zilma, Eliracema Alves, Idevania Nascimento, Larisse Kelly, Ludmar Soares, Silvia Helena, Raimundo Vieira.

Facilitadora: Leidimar Barbosa de Alencar

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	4
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	5
3. FUNDAMENTAÇÃO.....	7
4. IDENTIFICAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	11
5. OBJETIVOS.....	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	16
7. GESTÃO DO PLANO.....	17
8. VIABILIDADE DO PLANO.....	18
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1. APRESENTAÇÃO

Este Projeto Aplicativo foi construído de acordo com a proposta de intervenção para mudança de ações no Sistema Único de Saúde – SUS, em específico na Vigilância Sanitária de Teresina – PI, sugerida pelo curso de Gestão da Vigilância Sanitária ofertado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libânês – IEP/ HSL.

A elaboração desse Projeto envolveu a Priorização dos Problemas levantados a partir dos desconfortos encontrados no ambiente de trabalho, através da utilização de Matrizes Decisórias que definiram a relevância, urgência, factibilidade e viabilidade para priorização destes, implicando na escolha do problema: *A falta de padronização das ações da GEVISA – Teresina.*

O embasamento desse projeto foi ao encontro no disposto no Eixo 01 da Organização e Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS que preconiza a ‘adequação dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária visando à integração com as demais políticas e práticas de Saúde’ (BRASILb, 2007), prevendo desta forma, a transformação de práticas de trabalhos e/ou ações executadas na GEVISA-Teresina a fim de assegurar um serviço que promova a proteção e promoção da saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.

Segundo REIS et al., 2006, sem a atuação concreta dos gestores municipais, do controle social, e, principalmente do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, o SUS permanecerá “no papel”, sem ter um papel realmente transformador no cuidado aos brasileiros”. O grupo, motivado pelo desejo de transformação de uma realidade comum na VISA, desenvolveu o projeto buscando um alinhamento com as políticas de saúde, através da sugestão de ações concretas capazes de transformar, para melhor, as ações de VISA e consequentemente a saúde das pessoas, concretizando os princípios de integralidade, equidade e qualidade estabelecidas pelo SUS.

Conforme LUCCHESI,1992, a Vigilância Sanitária constitui um subsetor específico da Saúde da Saúde Pública em sua face mais complexa. Conforma um campo singular de articulações complexas entre o domínio econômico, o jurídico-político e o médico sanitário. Fatos negativos tendem a impulsionar mudanças nas práticas de Vigilância impondo-se a adoção de medidas mais restritivas ao exercício de atividades de interesse da saúde pública. Por outro lado, esses eventos também impulsionam o desenvolvimento científico e tecnológico no esforço para superação de problemas.

Diante do exposto, apresentaremos o projeto vislumbrando a sensibilização dos atores envolvidos para a garantia da transformação das práticas no setor da VISA e melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O surgimento da Vigilância Sanitária (VISA) no Brasil teve como primeiro intuito de controlar a propagação de doenças transmissíveis, e depois através da política sanitária, teve a finalidade de observar certas atividades profissionais, coibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e comércio de alimentos (SOUZA et al. 2010).

O final da década de 1980 e a década de 1990 foram de grande importância para o estabelecimento da Vigilância Sanitária nos moldes atuais. A Constituição Federal de 1988 assegurou o direito ao acesso de toda população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, definiu a VISA como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e a definiu como 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 (BRASIL, 1990). A lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), criando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dando outras providências na sua área de atuação, como monitoramento de medicamentos, fiscalização de propagandas e publicidade de produtos sob regime de vigilância sanitária, entre outras (BRASIL, 1999; LUCCHESI, 2006; MORAES, 2010).

Desde então, um dos desafios enfrentados é buscar estratégias para estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Nessa perspectiva, sendo a descentralização uma das diretrizes do SUS, as ações de Vigilância Sanitária vem sendo transferidas gradativamente aos municípios (BRASIL, 2003). Cada esfera de governo tem uma competência e cabe aos municípios a execução das ações, amparadas em legislações federais, estaduais e municipais. Este é o processo chamado de municipalização das ações de VISA, onde está previsto que Estado e União devem atuar em caráter complementar quando o risco epidemiológico, a necessidade profissional e a necessidade tecnológica assim exigirem” (COSTA apud Guimarães et al., 2014).

Essa descentralização na saúde e na vigilância sanitária permitiu a criação da Gerência de Vigilância Sanitária (GEVISA) do município de Teresina. A capital do Piauí é o município mais populoso do estado, localizada no centro-norte piauiense a 353 km do litoral, sendo, portanto, a única capital da Região Nordeste que não se localiza nas margens do Oceano Atlântico. Possui uma população estimada em 844.245 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015. Está limitada com a cidade maranhense de Timon, formando, assim, a Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina, que aglomera cerca de 1.194.911 habitantes, sendo a segunda RIDE mais populosa de todo o Brasil, atrás apenas de Brasília. Teresina é a 21ª maior cidade do Brasil

e a 17ª maior capital de estado, sendo a 8ª capital mais populosa e mais rica do Nordeste (IBGE, 2016).

Historicamente, Teresina desenvolveu-se por meio do Rio Parnaíba, através da navegação fluvial. Teresina é conhecida por Cidade Verde, codinome dado pelo escritor maranhense Coelho Neto, em virtude de ter ruas e avenidas entremeadas de árvores. É um município em fase de crescimento galopante e, atualmente, possui uma área de 1.673 km² e uma população de quase 1 milhão de habitantes. É uma das mais prósperas cidades brasileiras, destacando-se atualmente no setor de prestação de serviços, comércio intenso, rede de ensino avançada, eventos culturais e esportivos, congressos, indústria têxtil, com uma justiça trabalhista célere e um grande, complexo e moderno centro médico que atrai pacientes de vários estados.

Segundo o Art. 7º do Decreto nº 9.541, de 17 de agosto de 2009, os órgãos do Município de Teresina responsáveis pela fiscalização e postura, meio ambiente e vigilância sanitária deverão realizar vistorias periódicas, aleatórias e surpresas nos estabelecimentos, para verificar o cumprimento dos requisitos exigidos pela legislação municipal relativos ao exercício de atividade econômica, conforme escala de trabalho de cada Órgão (TERESINA, 2009).

A Gerência de Vigilância Sanitária (GEVISA) do município de Teresina, é um órgão da Prefeitura Municipal de Teresina (PMT) subordinada à Fundação Municipal de Saúde (FMS). Dentro da sua estrutura organizacional, composta por secretaria, setor de protocolo e taxas, almoxarifado, setor de telefonia, encontra-se também três núcleos de fiscalização: Equipe Técnica de Fiscalização de Estabelecimentos Comerciais e Saneamento (ETECOSA), Equipe Técnica de Fiscalização de Estabelecimentos de Saúde e Medicamentos (ETEMES) e Equipe Técnica de Inspeção e Fiscalização de Alimentos (ETIFA).

A ETECOSA fiscaliza hotéis, motéis, pousadas, pensões, escolas, creches, academias, faculdades, casas de produtos agropecuários, salões de beleza e também monitora a água de clínicas de hemodiálise e problemas relacionados ao saneamento (esgotos, lixo e fossas). A ETEMES fiscaliza estabelecimentos de saúde (farmácias e drogarias, hospitais, consultórios médicos, odontológicos). A ETIFA fiscaliza estabelecimentos que manipulem e/ou comercializem alimentos, tanto em nível de indústria como comercial.

Essas equipes são compostas por multiprofissionais e são administradas pelos coordenadores de núcleos. As principais ações desenvolvidas são: fiscalização de estabelecimentos para liberação de licença sanitária, apuração de denúncias demandadas pela população, apuração de eventos adversos.

O cenário atual da vigilância sanitária no município de Teresina depara-se com uma gestão fragilizada, principalmente no que diz respeito à organização da estrutura física, administrativa e recursos materiais. A quantidade de viaturas é exígua, bem como os materiais de apoio à fiscalização e o quadro de profissionais. A insuficiência de todos esses recursos reflete na qualidade do serviço prestado à população, na capacidade de realizar todo o eixo administrativo e operacional inerentes as ações de vigilância e de gerenciar os riscos.

Além disso, os fiscais atuam de forma isolada, embasados nas legislações da ANVISA e no código sanitário do município, decide a respeito do rito de fiscalização que será adotado, isso porque esses profissionais não recebem treinamento para formação e atualização, bem como, não trocam experiências sobre a rotina do trabalho no setor e muito menos entre os setores.

A vigilância sanitária é a configuração mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações, com caráter acima de tudo preventivo, percorrem todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Sua atuação versa sobre os fatores de risco relacionados a produtos, insumos e serviços de interesse da saúde, com o ambiente e o ambiente de trabalho, com a circulação internacional de transportes, cargas e pessoas (ROZENFELD, 2000).

É evidente a importância das atividades da VISA e a superação de desafios e problemas para que esse trabalho seja mais efetivo. Em Teresina, similarmente a outras localidades, o processo de trabalho desse órgão encontra-se fragmentado e não padronizado.

3. FUNDAMENTAÇÃO

No seu papel de proteger e promover a saúde, cabe a VISA assegurar a qualidade e a segurança sanitária de produtos e serviços que impliquem em risco para a saúde da população, e para isso, é necessário que as ações estejam sendo praticadas de forma planejada, articulada, organizada, não fragmentada, dentro de uma padronização adequada.

Fazendo uma análise da situação atual dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes da GEVISA, podemos observar que estes encontram-se de forma não padronizada, desarticulada e fragmentada, onde cada equipe desenvolve seus trabalhos isoladamente e desconhece as ações das outras. A desarticulação ocorre até dentro de uma mesma equipe. A padronização também não é observada nas fiscalizações, pois os fiscais executam seus trabalhos independentes, obedecendo a critérios muitas vezes definidos por eles mesmos. Não existem instrumentos utilizados que possam uniformizar e auxiliar nas inspeções, a exemplo de roteiro de inspeção.

A maioria das administrações locais acabou incorporando a vigilância sanitária num conceito limitado, organizando os serviços de forma fragmentada, não promovendo a integração das áreas de atuação e muito menos o planejamento sobre as prioridades e necessidades de saúde. Desse modo, consolida-se o antigo modelo em detrimento da proposta de implantação de uma concepção ampliada de vigilância da saúde como possibilidade de redefinição das práticas sanitárias, principalmente no nível municipal (MAGALHÃES; FREITAS, 2001; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

Promover a saúde tem como significado fundamental a manutenção e melhoria da qualidade de vida, eliminando e prevenindo riscos à saúde individual e coletiva. Num mundo cada vez mais complexo, exige-se dos profissionais de saúde uma postura crítica, alerta e vigilante, com vistas a enfrentar este desafio de forma objetiva e corajosa. Assim, o município deve dispor de conhecimentos e instrumentos para avaliar e cuidar das condições de saúde de sua população (CVS, 1998).

O modo como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho é um dos temas mais problemáticos para o setor saúde. A fragmentação do trabalho, a gestão pouco democrática, a divisão entre os que pensam e os que executam têm favorecido a desresponsabilização, o descompromisso e os acordos velados entre os envolvidos nos serviços. Vários autores defendem formatos de gestão que busquem a democratização das instituições, possibilitando a participação e o fortalecimento dos profissionais enquanto sujeitos, o que acarretaria ganhos tanto na satisfação dos profissionais quanto para as instituições e, principalmente, para os usuários do sistema (FORTUNA et al., 2002; MERHY, 1997).

A Vigilância Sanitária, a exemplo de outras áreas da saúde, necessita de informações organizadas para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações, bem como, medir o impacto das intervenções e das tomadas de decisões. O Sistema de Informações em Vigilância Sanitária deve ser composto por um Serviço de Protocolo e Expediente, por um arquivo atualizado de Legislação Sanitária e bibliografia técnica e por um conjunto de dados provenientes de cadastros, roteiros de inspeção, laudos laboratoriais, produção de atividades, os quais irão constituir o banco de dados, capaz de oferecer suporte técnico e operacional às ações de VISA (BRASIL, 2007).

Segundo Motta (2006), “as VISAs apresentam diferentes padrões de operações e, portanto, as prioridades e dificuldades variam. Assim, enfrentam diversidades que afetam negativamente na efetividade de suas ações”.

A autora supracitada realizou um trabalho de pesquisa em que analisa a efetividade das ações do sistema de vigilância para diminuir os riscos em saúde à população, a partir da visão dos diversos agentes que participam deste sistema: funcionários das vigilâncias sanitárias municipais e setor regulado. Para atingir tal objetivo foi realizada uma pesquisa

qualitativa entrevistando estes diversos agentes, em cinco capitais estaduais (Belo Horizonte, Curitiba, Belém, Goiânia e Natal) das cinco regiões do país.

Pela análise das informações coletadas nas entrevistas é possível destacar ao menos quatro diferentes questões que todos os entrevistados apontam como problemas do Sistema de Vigilância:

- Capacitação e número de técnicos das VISAs – há problema de falta de investimento do Sistema para contratar e capacitar os técnicos de Vigilância.

- Padronização das exigências da VISA – falta de padronização nas cobranças dos técnicos. Segundo os entrevistados, não é raro os estabelecimentos terem a aprovação de um projeto, e executar as obras conforme o que foi aprovado, porém nas inspeções os técnicos pedirem modificações na disposição das construções, ou exigirem a troca de materiais.

- Falta de retorno das informações prestadas – deficiência no retorno das informações prestadas às Vigilâncias (municipais e estaduais) e à ANVISA. Existe cobrança para que sejam enviadas as informações, mas que não há retorno algum, e tais informações não são analisadas de nenhuma forma por nenhum dos níveis do Sistema de Vigilância.

- Atuação não avalia risco – os técnicos não atuam avaliando risco, e que isto é reflexo da falta de treinamento dos profissionais de Vigilância, e também da falta de análise das informações que são enviadas pelo setor regulado para a Vigilância Sanitária. Estas informações também poderiam se utilizadas para avaliar o risco dos estabelecimentos e das atividades econômicas, e que este seria um instrumento que poderia auxiliar no direcionamento das prioridades das ações do Sistema de Vigilância.

Comparando essa realidade com a da capital Teresina, percebe-se que os desafios a serem enfrentados não diferem dos acima citados. Sendo assim, o projeto aplicativo a ser desenvolvido no âmbito de trabalho da VISA municipal, proporcionará uma reestruturação das ações fiscalizatórias, a fim de padronizá-las, minimizando conseqüentemente, riscos à saúde coletiva, bem como permitindo segurança e qualidade do trabalho do fiscal sanitário.

Em pesquisa realizada em vinte e dois municípios de gestão plena no Rio de Janeiro, obteve-se como resultado que as ações de VISA possuíam reduzida implantação de rotinas nas atividades essenciais, baixa existência de roteiros de inspeção (27% das VISAs não possuíam roteiro para nenhuma área) e a não elaboração de relatórios de inspeção o que colocam em questionamento a qualificação das ações e demonstram a falta de padronização das atividades (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004).

Todas as VISAs municipais em gestão plena que participaram do estudo não possuíam o conjunto de roteiros necessários ao desenvolvimento de suas ações. Parcela importante dos municípios (18%) não possuía Código Sanitário e os existentes necessitam

de atualizações. Muitos municípios (45%) não possuíam nenhuma forma de cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA, enquanto outros o dispõem desatualizado, muitas vezes cópia do cadastro da Secretaria Municipal da Fazenda. Na análise de utilização de roteiros de inspeção e utilização de indicadores para o acompanhamento das ações de VISA, verificou-se que dezesseis municípios (73%) utilizam pelo menos um roteiro de inspeção, enquanto apenas cinco municípios (23%) fazem uso de indicadores (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004).

Teresina é um município que se encontra em gestão plena da saúde, e como no estudo supracitado, as dificuldades encontrada nos processos de trabalho são semelhantes a situação atual da VISA municipal. Como a demanda atribuída à vigilância sanitária, além de possuir um vasto campo de atuação e vários tipos de atividades que necessitam de uma pluralidade de conhecimentos, depende também de uma gestão comprometida, com utilização inteligente dos recursos financeiros, organização de normas e rotinas que possam otimizar o trabalho em vigilância.

Como consequência dessa problemática, observa-se que os funcionários se eximem do diálogo e da transparência entre si, com consequente desmotivação para o desejo de mudança da realidade.

Uma equipe dentro de uma organização, precisa estar motivada e comprometida com o trabalho, contudo, isso não basta. Se ela não estiver bem informada, se seus integrantes não se comunicarem adequadamente, não será possível potencializar a força humana da empresa e a comunicação efetiva só se estabelece em clima de verdade e autenticidade. Caso contrário, só haverá jogos de aparência, desperdício de tempo e, principalmente uma “anti-comunicação” no que é essencial/necessário. A falta de cultura do diálogo, de abertura a conversação e a troca de ideias, opiniões, impressões e sentimentos, é, sem dúvida alguma, o grande problema que prejudica o funcionamento de organizações e países (MELO, 2016)

Na gestão dos processos de trabalho, faltam espaços de escuta, de participação e de tomada de decisões que envolvam os profissionais de saúde. Os trabalhadores sentem-se desprestigiados e sem autonomia, seja pela limitação no uso dos recursos e/ou principalmente pelo pouco espaço de participação nas decisões. Os profissionais clamaram pela criação de mecanismos de participação no processo decisório de trabalho e ao tomarem contato com novas situações e desafios, querem ser ouvidos e iniciar mudanças no sentido de adequar o serviço às necessidades locais de saúde (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

Sabemos que a troca de experiências pode enriquecer o conhecimento, facilitar a resolução de problemas e melhorar a qualidade do serviço. Na atual conjuntura, a política de

incentivo à capacitação e de compartilhamento de ideias entre os funcionários praticada na GEVISA é deficiente.

A formação dos profissionais de vigilância se dá num processo, muitas vezes, empírico, descontínuo e assistemático e, não raramente, sem comprometimento com o conhecimento técnico e eficácia da ação. A formação defronta-se com um conjunto de limitações que advém do tradicional isolamento institucional da vigilância sanitária no contexto da saúde e até do desconhecimento da função da vigilância sanitária como ação de saúde

É fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento dos serviços o investimento na formação profissional, na capacitação técnica e na apropriação de novas tecnologias, sob pena das ações de vigilância se transformarem num verdadeiro faz-de-conta e da perpetuação de serviços inoperantes e/ou sem efetividade diante do setor regulado, detentor de poder econômico e tecnológico, e das prementes necessidades de saúde da população.

4. IDENTIFICAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Como objeto de análise do Projeto Aplicativo, desenvolvido pelos fiscais da GEVISA (Gerência de Vigilância Sanitária do Município de Teresina), tem-se a FALTA DE PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES. Desse modo, a preocupação consiste, primordialmente, em reestruturar e padronizar as ações fiscalizatórias.

Se você não sabe o que e como fazer alguma coisa e é requerido para isso, quando faz, não pode estar certo ou errado. Isso propicia fofocas entre os funcionários, desentendimentos, insatisfação, deméritos, sentimento de vingança e tantas outras desumanidades. As pessoas se estressam, desgostam do lugar em que trabalham e muito mais.

A padronização dos processos, segundo o Productivity Press Development Team (2002), se define como um processo que envolve:

1. Definir padrão;
2. Comunicar o padrão;
3. Estabelecer a adesão ao Padrão;
4. Propiciar a melhoria contínua do padrão.

Os benefícios da padronização podem ser:

Qualitativos, que permitem:

- utilizar adequadamente os recursos (equipamentos, materiais e mão-de-obra);
- uniformizar a produção;
- facilitar o treinamento da mão-de-obra, melhorando seu nível técnico;
- registrar o conhecimento tecnológico.

Quantitativos, que permitem:

- reduzir o consumo de materiais;
- reduzir o desperdício;
- padronizar componentes;
- padronizar equipamentos;
- melhorar a qualidade e
- controlar processos.

A padronização é fundamental para a busca da qualidade total, pois é através dela que conseguimos a previsibilidade e manutenção dos resultados. Um processo padronizado nos leva à estabilidade dos resultados. Com ela diminuem-se as dispersões e os resultados tornam-se previsíveis. Sem uma base estável, isto é, sem que tenhamos resultados previsíveis não podemos pensar em melhoria, pois não se consegue melhorar o que não se conhece ou o que varia constantemente.

A padronização é, também, a base para o treinamento operacional. Tendo os procedimentos definidos torna-se mais fácil e mais simples desenvolver nas pessoas as habilidades e conhecimentos necessários para a execução das tarefas. Quando falamos de padronização de processos, estamos falando em uma forma de formalizar a produção, e isso não significa deixar de lado a criatividade e a flexibilidade e submeter os trabalhadores a normas rígidas ou rotinas monótonas.

Ao delegar a uma equipe a operacionalização de um mesmo processo, essa equipe pode investir tempo e energia no aperfeiçoamento das suas técnicas. Uma vez que os procedimentos são definidos, fica mais simples desenvolver nas pessoas as habilidades necessárias para desenvolver as tarefas e a execução das tarefas conforme os padrões garante a manutenção dos resultados.

Quanto mais o colaborador estiver envolvido com um ambiente organizado, mais seguro ele se sente. São as descrições detalhadas dos procedimentos de cada atividade. Isso permite a comparação e a superação em busca de uma qualidade ideal.

Dentro desse contexto, a construção para Identificação e delimitação do problema que será trabalhado, deu-se seguindo algumas fases no processo de elaboração. Inicialmente, cada especializando do grupo realizou o levantamento dos desconfortos e inquietudes encontradas no ambiente de trabalho e se anotou em tarjetas os dois principais problemas elencados. Após essa etapa, as tarjetas foram colocadas no mural, discutida entre os colegas, com posterior aproximação das ideias afins, o que baseou a escolha de três problemas predominantes, que foram englobados em três macroproblemas:

- ✓ **A falta de padronização das ações da GEVISA** – Macroproblema: trabalho fragmentado com pouca articulação intra e intersetorial;
- ✓ **Desorganização do fluxo dos processos** - Macroproblema: informação insuficiente e/ou subutilizada;
- ✓ **Infraestrutura inadequada** – Macroproblema: Planejamento desvinculado da análise situacional.

Para priorização do problema, foram utilizadas matrizes decisórias que permitiram analisar diferentes combinações de critérios. Permeou-se entre quatro matrizes, onde a primeira destaca o valor e interesse do ator em relação aos problemas; a segunda focaliza a urgência e a capacidade de enfrentamento dos problemas; a terceira aborda a magnitude, valorização, vulnerabilidade e custos para resolubilidade dos problemas e por fim, a quarta matriz decisória que prevalece a relevância, urgência, factibilidade e viabilidade para priorização dos problemas (vide planilhas abaixo):

MATRIZ DECISÓRIA I - Priorização de problemas, segundo valor e interesse

Matriz decisória I

Problema	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
1. Falta de padronização das ações	Alto	Positivo	9,7
2. Desorganização do fluxo dos processos	Alto	Positivo	8,2
3. Infraestrutura insuficiente	Alto	Positivo	8,9

MATRIZ DECISÓRIA II - Problemas, segundo urgência e capacidade de enfrentamento

Matriz decisória II

Problema	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de Prioridade
1. Falta de padronização das ações	210	Parcial	1
2. Desorganização do fluxo dos processos	155	Parcial	2
3. Infraestrutura insuficiente	140	Fora	3

MATRIZ DECISÓRIA III - Priorização de problemas, segundo magnitude, valorização, vulnerabilidade e custo

Matriz decisória III

Problema	Magnitude	Valorização	Vulnerabilidade	Custos	Ordem de prioridade
1. Falta de padronização das ações	29	27	19	22	97 1º
2. Desorganização do fluxo dos processos	26	21	15	18	80 2º
3. Infraestrutura insuficiente	28	27	16	1	72 3º

MATRIZ DECISÓRIA IV - Priorização de problemas, segundo relevância, prazo/urgência e factibilidade

Matriz decisória IV

Problema	Relevância	Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total de pontos
1. Falta de padronização das ações	24	27	18	15	84
2. Desorganização do fluxo dos processos	16	23	16	15	70
3. Infraestrutura insuficiente	26	20	0	5	51

Através das matrizes, os problemas foram pontuados segundo os critérios acima citados, e como resultado, obteve-se o problema de maior prioridade de intervenção, que foi a *Falta de padronização das ações da GEVISA – Teresina*.

Quando as pessoas desconhecem os procedimentos padronizados mínimos de sua função, elas se veem obrigadas a agir por si. Usam sua percepção e conseguem com isso resultados não conformes ao que os superiores ou clientes esperam. O erro está na ausência de procedimentos padrões que mostrem ao colaborador "o que" exatamente ele deve fazer em sua função, "como fazer" e "ao nível de eficiência" que deve atingir.

Essas questões evidenciam que os processos de trabalho no âmbito da VISA são complexos (DUARTE; TEIXEIRA, apud GUIMARÃES, 2014), principalmente porque são

realizados por diversos trabalhadores, que possuem formações, habilidades e competências distintas, que repercutem na prática. Conseqüentemente, isso causa fragilidades ou deficiências, que nem sempre são fáceis de identificar e que as medidas para superá-las requerem entre outras estratégias, a adoção de uma gestão participativa.

A relevância dos profissionais e seus papéis no desenvolvimento e identificação dos problemas é de suma importância para a viabilidade e sustentação do Projeto. A identificação de atores sociais relevantes num determinado contexto é uma ação importante para a produção de um entendimento aprofundado da realidade (Caleman, et al., 2016, p. 28). Para identificação desses atores desse Projeto aplicativo, foi elaborado uma matriz decisória relacionando as relevâncias dos mesmos e seus graus de interesse sobre o projeto:

MATRIZ MAPEAMENTO DE ATORES SOCIAIS

Análise Situacional	Delinear o contexto: situação inicial (SI), situação objetivo (SO)		
Problemas prioritizados	Relacionar os problemas em ordem de priorização		
Ator social	Listar os atores sociais	Valor	Interesse
1 e 2	Gerente da GEVISA	Alto	+
	Auxiliares administrativos	Alto	+
	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • Setores • Taxa • Telefonista 		
	Diretora da DVS	Médio	0
	Fiscais sanitários da GEVISA	Alto	+
3	Além dos atores citados anteriormente, para esse problemas existem mais esses atores:		
	Prefeito	Alto	0
	Presidente da FMS	Alto	0

(+) positivo (-) negativo (0) indiferente

GEVISA- Gerência de Vigilância Sanitária

DVS – Diretoria de Vigilância em Saúde

5. OBJETIVOS

GERAL:

- Padronizar as ações de fiscalização da GEVISA Teresina

ESPECÍFICOS:

- Reuniões para compartilhamento de ações e saberes
- Auditorias internas nos núcleos da GEVISA
- Elaboração e instituição de relatório padrão de fiscalização e check list

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a identificação dos nós críticos foram elencadas propostas de ações e identificados os atores envolvidos para intervenção no problema.

Entende-se por intervenção o “conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática “ (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997,p.31).

As propostas de intervenção para alcançar os objetivos do projeto baseiam-se em reuniões para compartilhamento de ações e saberes previamente agendadas, instituição de uma comissão de auditoria interna para realização de auditorias trimestrais, além da elaboração de relatórios padrão de fiscalização e check list, conforme tabelas abaixo:

NC1- BAIXA DE MOTIVAÇÃO DOS SERVIDORES						
Resultado Esperado	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/Eventuais opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazos
-Servidores motivados e comprometidos com a qualidade.	-Reuniões para compartilhamento de ações e saberes previamente agendados	Especializando do GAF-2	-Fiscais -Gestores / -Fiscais desmotivados e Contribuintes	-Lista de frequência nas reuniões -Avaliação quantitativa e qualitativa das reuniões.	-Espaço físico -Material de Expediente -Recursos humanos -Recursos audiovisuais	-1 Ano
NC2- AUSÊNCIA DE AUDITORIAS INTERNAS						
Resultado Esperado	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/Eventuais opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazos
-Excelência na qualidade dos serviços	-Instituir uma comissão de auditoria interna. -Realizar auditoria interna trimestralmente.	-Coordenadores de núcleos. -Gerente da GEVISA	-Especializando do GAF - 2	-Relatórios das auditorias interna com apresentação dos resultados.	- Espaço físico -Material de Expediente -Recursos humanos -Recursos audiovisuais	-1 Ano
NC3- DEFICIÊNCIA DE NORMATIZAÇÃO INTERNA						
Resultado Esperado	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/Eventuais opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazos
-Ações normatizadas	-Elaboração de relatórios padrão de fiscalização. -Elaboração de check list.	-Fiscais -Gerente -Coordenadores de núcleos.	-DIVISA -FMS -Especializando do GAF 2.	-Normas -Relatórios	- Material de Expediente -Recursos humanos -Computadores e impressoras.	3meses

PLANILHA PLANO DE AÇÃO- 5W3H, SEGUNDO FRENTE DE ATAQUE (NÓ CRÍTICO)

5W3H							
Espaço do problema		GEVISA Teresina					
Macro-problema		Trabalho fragmentado com pouca articulação intra e intersetorial					
Nó Crítico Baixa motivação dos servidores							
What Oque fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer	When Quando fazer?	Where Onde fazer?	How Como fazer?	How much Quanto custa	How measure Qual indicador
Reuniões para compartilhamento de ações e saberes	Porque atualmente os trabalhos são feitos de forma fragmentada, o que leva à desmotivação e insegurança dos fiscais	Especializando do GAF-2	Semanalmente	Auditório da Gevisa	Planejar e agendar previamente	Sem custos	Lista de frequência das reuniões e avaliação quantitativa e qualitativa dessas reuniões
Nó crítico Ausência de auditorias internas							
What Oque fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer	When Quando fazer?	Where Onde fazer?	How Como fazer?	How much Quanto custa	How measure Qual indicador
Auditorias internas nos núcleos da GEVISA	Para avaliar a qualidade do serviço e realizar intervenções quando necessárias	Comissão de Auditoria interna	Trimestralmente	GEVISA	Analisando os relatórios de fiscalização e apresentando o relatório de auditoria	Sem custo	Relatórios das auditorias internas com a apresentação dos resultados

Nó crítico Falta de Normatização interna							
What Oque fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer	When Quando fazer?	Where Onde fazer?	How Como fazer?	How much Quanto custa	How measure Qual indicador
Elaboração e instituição de relatório padrão de fiscalização	Para uniformizar as ações fiscalizatórias	Fiscais da GEVISA	Elaboração imediata e após a instituição o relatório será feito ao final de cada inspeção	GEVISA	Para a elaboração iremos utilizar relatórios definidos em outras VISAS, aliando à opinião dos profissionais da área. Ao final de cada fiscalização, será gerado um relatório e o mesmo será arquivado para posterior auditoria	Sem custo	Através da avaliação por meio de auditoria interna

7. GESTÃO DO PLANO

A Gestão do plano trata-se do momento tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita. Nessa etapa ocorre a condução do plano, seu monitoramento, a identificação das dificuldades e as correções necessárias a serem efetivadas nas operações propostas.

A referida gestão se dá a partir do monitoramento das ações, avaliação dos resultados pelos indicadores e da disponibilidade de recursos, para tanto construiu-se a matriz de gestão e monitoramento do plano, levando em consideração a planilha orçamentária.

Matriz de Gestão do Plano

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
Reuniões para compartilhamento de ações e saberes previamente agendados	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Longo	- Político - Técnico - Organizacional	1
Instituir uma comissão de auditoria interna	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Curto	- Político - Técnico - Organizacional	4
Realizar auditoria interna trimestralmente	Média	Alto	Atores internos articulados com atores externos	Longo	- Político - Econômico - Técnico - Organizacional	5
Elaboração de relatórios padrão de fiscalização	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Longo	- Político - Técnico - Organizacional	3
Elaboração de <u>check list</u>	Alta	Alto	Atores internos articulados com atores externos	Curto	- Técnico - Organizacional	2

Matriz de monitoramento do Plano

	Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas Ações e/ou ajustes
1	Reuniões para compartilhamento de ações e saberes previamente agendados	Não concluído	- Servidores motivados e comprometidos com a qualidade do trabalho; e - Uniformidade e padronização dos trabalhos na VISA;	Disponibilidade de tempo.	-
2	Elaboração de <u>check list</u>	Em andamento	- Ações normatizadas	Não existe.	
3	Elaboração de relatórios padrão de fiscalização	Não concluído	- Ações normatizadas	Não existe.	
4	Instituir uma comissão de auditoria interna	Não concluído	- Comissão instituída.	Não existe.	
5	Realizar auditoria interna trimestralmente	Não concluído	- Excelência na qualidade dos serviços.	Contratação de especialista para treinamento em AI	

Planilha Orçamentária

Nós Críticos	Ações	Data Inicial	Data Final	Despesas de Custeio	Despesas de Investimento	Total
NC1- BAIXA DE MOTIVAÇÃO DOS SERVIDORES	Reuniões para compartilhamento de ações e saberes, previamente agendadas.	Janeiro/ 2017	Dezembro/ 2017	-	-	-
NC2- AUSÊNCIA DE AUDITORIAS INTERNAS	Instituir uma comissão de auditoria interna.	Agosto/ 2017	Agosto/ 2017	-	-	-
	Realizar auditoria interna trimestralmente.	Outubro/ 2017	Outubro/ 2017	R\$ 5.000,00	-	R\$ 5.000,00
NC3- DEFICIÊNCIA DE NORMATIZAÇÃO INTERNA	Elaboração de relatórios padrões de fiscalização.	Outubro/ 2016	-	-	-	-
	Elaboração de <u>check list</u> .	Outubro/ 2016	Março/ 2017	-	-	-

8. VIABILIDADE DO PLANO

Viabilidade significa a construção de possibilidades e alternativas que nos permitam produzir mudanças na realidade, diante disso, o projeto considerou a motivação dos atores sociais envolvidos e as possíveis dificuldades conflitivas.

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano

<i>Atores</i>	<i>Operações – OP ou Ações e Demandas de Operações – DOP ou Demandas de Ação</i>				
	<i>Reuniões para compartilhamento de ações e saberes previamente agendados</i>	<i>Instituir uma comissão de auditoria interna</i>	<i>Realizar auditoria interna trimestralmente</i>	<i>Elaboração de relatórios padrão de fiscalização</i>	<i>Elaboração de check list</i>
Especializando	A +	A +	A +	A +	A +
Gerente	A +	A +	A +	A +	A +
Coordenadores de núcleos	A +	A +	A +	A +	A +
Fiscais	A 0	B 0	A -	A 0	A +

Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas

<i>Ações conflitivas do Plano de Ação</i>	<i>Estratégias de viabilidade</i>			
	<i>Recursos necessários</i>	<i>Recursos que temos e não temos</i>	<i>Viabilidade</i>	<i>Estratégia para aumentar a viabilidade</i>
Realizar auditoria interna trimestralmente	- Políticos - Econômicos - Técnicos - Organizacional	- Políticos - SIM - Econômicos - SIM - Técnicos - NÃO - Organizacional - NÃO	Média	Persuasão

Detalhamento da análise de viabilidade

<i>Ações</i>	<i>Recursos Financeiros</i>	<i>Recursos Humanos</i>	<i>Responsáveis envolvidos</i>		<i>Tecnologia</i>
- Realizar auditoria interna trimestralmente.	Necessidade de qualificação	Necessidade de qualificação	Gerente e coordenadores de núcleo		Utilizar as tecnologias disponíveis
<i>Resultados esperados – produção de impacto</i>					
Volume de serviços	Modalidade de serviços	Áreas de suporte	Cuidado ao paciente	Infraestrutura	Governança
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Ao final, ficou claro que o projeto não possui muitas dificuldades para aplicação, uma vez que as atividades de análise de viabilidade e gestão do plano demonstraram que este não demanda grandes gastos financeiros e que na realidade, seu sucesso depende primordialmente de pessoas, dos gestores e fiscais da GEVISA. Diante disso, é fundamental trabalharmos a sensibilização dos atores envolvidos, para que todos se comprometam com o sucesso da proposta de intervenção, que visa padronizar algumas ações de fiscalização da VISA, bem como, a organização de alguns processos de trabalho, almejando alcançar a melhoria da qualidade do serviço prestado.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

_____.Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 20 ago 2016.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Protocolo das ações de Vigilância Sanitária.** Brasília: Núcleo de Assessoramento na descentralização das ações de vigilância sanitária – NADAV, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/protocolo_acao.pdf> Acesso em: 20 ago 2016.

BRASILb. Ministério da Saúde. Plano Diretor da Vigilância Sanitária – PDVISA : Eixos e Diretrizes. Brasília: 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_eixos_diretrizes.pdf> Acesso em: 18 out 2016.

CALEMAN, G. et al. **Projeto Aplicativo: termos de referência.** São Paulo, Ministério da Saúde; Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 54p.

RAMOS, L. et al. **Gestão da vigilância sanitária: caderno do curso.** São Paulo, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. 54p.

COHEN, Mirian Miranda; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol**, v. 7, n. 3, p. 290-301, 2004.

Costa EA, Souto AC. **Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária.** *Divulg Saúde Debate* 2001; 25:91-107.

CONTANDRIOPOULOS AP; CHAMPAGNE F; DENIS, J L & PINEAULT R. **A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos.** In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à

prática na análise da implantação de programas (Z.M.A HARTZ, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CVS – SP. **Resolução SS-196, de 29-12-98** Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo CVS. Disponível em: ≤
<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/antigo/res196.html>> Acesso em: 23/08/2016

Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. *Saúde Debate* 2002; 26:272-81

GARIBOTTI, Vanda; HENNINGTON, Élide Azevedo; SELLI, Lucilda. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1043-1051, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500017>.

GUIMARÃES, CAROLINA ARRUDA et al. **Proposta para padronização do processo de trabalho da vigilância sanitária de Cuiabá em serviços de salões de beleza e barbearias**. Cuiabá, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE [Internet]. **Cidades**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=221100&search=piauil%20terestina>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

LUCHESE, G. A. **Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde**. Agência nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf>. Acesso em: 22/08/2016.

LUCHESE, G. Vigilância Sanitária: o elo perdido. *Divulgação em Saúde para Debate*, 7:48-52, 1992. Disponível em: <<http://Users/cecil/Downloads/vigilanciaSanitariaProtecaoSaude.pdf>>. Acesso em: 18/10/2016.

MAGALHÃES MCC, FREITAS RM. **Apontamentos para a discussão da vigilância sanitária no modelo de vigilância à saúde.** In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM, organizadores. Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 29-37.

MELO V. P. C. **A comunicação interna e sua importância nas organizações.** Disponível em:

<<http://www.institutoidentidade.com.br/fotos/artigospdf/A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20interna%20e%20sua%20import%C3%A2ncia%20nas%20empresas.pdf>> Acesso em: 23/08/2016.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112

MORAES, I. A. **A história da saúde pública/vigilância sanitária no Brasil.** Universidade Federal Fluminense, UFF. Rio de Janeiro, RJ. 2010. Disponível em: <<http://www.proac.uff.br/visa/sites/default/files/historia.pdf>>. Acesso em: 22/08/2016.

MOTTA, Flávia Gutierrez. **Sistema de Vigilância Sanitária e a Efetividade das Ações para Diminuição do Risco em Saúde a População – Análise Qualitativa.** 30º Encontro da ANPAD. Salvador, 2006.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, EC de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. **UNA-SUS. UNIFESP. Especialização em Saúde da Família.** Recuperado de http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf, 2006.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, 301p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=pFNtAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA15&dq=vigilancia+sanit%C3%A1ria+atua%C3%A7%C3%A3o&ots=f8MuzbQvNA&sig=zocT4_iDD2pPXJ_IRR7uJNgRK8E#v=onepage&q=vigilancia%20sanit%C3%A1ria%20atua%C3%A7%C3%A3o&f=false> Acesso em: 20 ago 2016.

SIQUEIRA JCM. **Gestão em vigilância sanitária.** In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM, organizadores. Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 53-62.

SOUZA, T. O. et al. **História da Vigilância Sanitária no Brasil: uma revisão**. Saúde e Bem Estar. 2010.
Disponível em: <<file:///C:/Users/Victor/Veterin%C3%A1ria/10%C2%B0%20Per%C3%ADodo/ECO%20II/Referencias/Souza,%202010.html>>. Acesso em: 22/08/ 2016.

TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILASBÔAS AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Rozenfeld S, organizador. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 49-60.

TERESINA. Decreto Nº 9.541, de 17 de agosto de 2009. Regulamenta a Lei Complementar nº 3.901, de 14 de agosto de 2009, que “Dispõe sobre o licenciamento para funcionamento de atividades econômicas no Município de Teresina”, na forma que especifica. **Diário Oficial do Município**. Teresina, PI, 17 ago. 2009. Disponível em: <<http://www.teresina.pi.gov.br/sistemas/portalmpt/admin/upload/documentos/094041fe61.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2016.



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS **ENSINO E PESQUISA**

Rua Prof. Daher Cutait, 69
Bela Vista • São Paulo • SP • CEP 01308 060
Tel: + 55 11 3394 0100
iep@hsl.org.br
www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep