

PROJETOS APLICATIVOS
GVISA 3ª edição

*Área de competência: Gestão
do risco à Saúde*

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	Estratégias para fortalecimento de gestão ambiental e sanitária nos municípios de Afuá e Portel – PA.
2.	As inadequações dos serviços de alimentação na praia do Caripi, Barcarena-PA em relação às legislações sanitárias vigentes.
3.	Protocolo para o monitoramento dos laudos laboratoriais não conformes dos produtos sujeitos à vigilância sanitária.
4.	PES – Planejamento estratégico situacional: reflexão para a visa de Dourados-MS.
5.	Sensibilização de gestores e aprimoramento científico de técnicos como ferramentas para melhoria na eficiência e na eficácia das farmácias básicas públicas.
6.	Implantação do sistema de informação Intervisa como alternativa para gestão eficiente de dados nas vigilâncias sanitárias municipais de Arapiraca e Maceió.
7.	Categorização dos riscos dos serviços de saúde.
8.	Promoção da integração entre a vigilância sanitaria estadual de Goiás e a vigilancia sanitaria municipal de Goiânia.
9.	Intervenção no processo de licitação de serviços de higiene e limpeza visando a utilização adequada de saneantes em área crítica de uma maternidade de referência no município de Teresina - Piauí conforme a legislação sanitária vigente.



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**
ENSINO E PESQUISA

ANGELA MARIA CHAGAS DOS SANTOS
EDINEIA COLARES DA SILVA
JOESIO RODRIGUES DA SILVA
MARIA JOSÉ MACHADO DE SOUZA
NIZOMAR MONTEIRO DA COSTA JUNIOR
RITA DE CÁSSIA PAMPLONA BELTRÃO
RONALDO DA SILVA SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA FORTALECIMENTO DE GESTÃO AMBIENTAL E
SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS DE AFUÁ E PORTEL - PA**

BELÉM/PA
2016

ANGELA MARIA CHAGAS DOS SANTOS
EDINEIA COLARES DA SILVA
JOESIO RODRIGUES DA SILVA
MARIA JOSÉ MACHADO DE SOUZA
NIZOMAR MONTEIRO DA COSTA JUNIOR
RITA DE CÁSSIA PAMPLONA BELTRÃO
RONALDO DA SILVA SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA FORTALECIMENTO DE GESTÃO AMBIENTAL E
SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS DE AFUÁ E PORTEL - PA**

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

Orientadora: Michele Monteiro de Sousa

BELÉM/PA

2016

SUMÁRIO

1	CONTEXTO	4
1.1	MUNICIPIO DE AFUÁ.....	4
1.2	MUNICIPIO DE PORTEL.....	6
2	RELEVÂNCIA	7
3	OBJETIVOS	7
3.1	OBJETIVO GERAL.....	7
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
4	FUNDAMENTAÇÃO	8
5	METODOLOGIA	12
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	14
6.1	CONSTRUÇÃO DE VIABILIDADE PARA PLANO DE AÇÃO.....	20
6.2	MATRIX DE ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE, SEGUNDO AÇÕES CONFLITIVAS.....	22
6.3	DETALHAMENTO DA ANÁLISE DE VIABILIDADE.....	22
6.4	DINÂMICA PARA A GESTÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO DO PROJETO APLICATIVO DO CURSO DE GVISA.....	23
6.4.1	MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO.....	23
7	RESULTADO E DISCUSSÃO	30
7.1	VOCÊ JÁ OUVIU FALAR SOBRE A COLETA SELETIVA DO LIXO? VOCÊ FAZ A COLETA SELETIVA?	30
7.2	QUAL DESTINO FINAL DO LIXO PRODUZIDO NA RESIDÊNCIA?	31
7.3	QUAL A FONTE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA O CONSUMO?	32
7.4	É REALIZADO O TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO NO DOMICÍLIO?	33
7.5	VOCÊ CONHECE OS RISCOS À SAÚDE PELO CONSUMO DE ÁGUA CONTAMINADA?	34
7.6	VOCÊ PERCEBE AÇÕES E SERVIÇOS DO PODER PÚBLICO MUNICIPAL VOLTADO PARA IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA DO LIXO E TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO?	35
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	44
	APENDICE	45

RESUMO

O destino inadequado dos resíduos sólidos é uma interface no contexto da promoção em saúde no âmbito sanitário e ambiental nos municípios de Afuá e Portel. Pois a ausência de saneamento básico por meio do abastecimento de água irregular, o acúmulo de resíduos sólidos (lixo) nas regiões próximas aos córregos, lagos, poços e igarapés, agravada pela falta de conscientização ambiental da população possibilitam a elevada frequência de doenças de transmissão oral fecal e de doenças associadas a proliferação de vetores. O objetivo deste Projeto aplicativo visa o fortalecimento da gestão dos resíduos sólidos e o tratamento da água para consumo humano, como interface no contexto da prevenção e promoção em saúde sanitária e ambiental nos municípios de Afuá e Portel. Empregou-se a metodologia inspirada no Arco de Charles Maguerez, através da busca de informações sobre o problema escolhido pela leitura da realidade. Verificou-se através dos sistemas de Informações do SUS, os índices de morbidade e mortalidade das Doenças Diarreicas Agudas (DDA's) dos Municípios de Afuá e Portel como forma de investigação da realidade, além da seleção de 30 famílias no Município de Afuá e 20 famílias no Município de Portel, para responder a enquete com o intuito de identificar o grau de conhecimento destas quanto ao destino inadequado de resíduos sólidos e suas consequências, além da coleta seletiva; foi feita a coleta de água para saber o grau de potabilidade da água para consumo dessas famílias. Houve ainda a educação em saúde nas escolas municipais, com os alunos pertencentes a essas famílias selecionadas.

1 – CONTEXTO

O tema do Projeto Aplicativo (PA) escolhido pelo Grupo Afinidade 2 (GAF 2), “**Estratégias para Fortalecimento de Gestão Ambiental e Sanitária nos municípios de Afuá e Portel - Pa**” surgiu na Oficina de Trabalho (OT) do PA, do curso de Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA) do Hospital Sírio Libanês, em que houve a identificação de problemas comuns ocorridos nos municípios de atuação dos componentes do grupo, e a seleção dos núcleos de sentido para a formação de macroproblemas. Foram elencados 3 (três) macroproblemas, sendo que o destino inadequado de resíduos sólidos, apresentou maior relevância, já que foi observado que era comum entre os municípios e funcionava como uma interface do meio ambiente para a área da saúde.

Na discussão da relação existente, entendeu-se que o acúmulo de resíduos sólidos a céu aberto acarretava além da contaminação do ar pelos gases emitidos, a contaminação da água pela penetração do chorume no solo. É notável nos municípios o despejo de resíduos domésticos lançados nos rios, igarapés e arredores das residências, provocando a contaminação dos corpos d’água e posteriormente a transmissão de doenças de veiculação hídrica na população, como as doenças diarreicas agudas (DDA), e também a atração animais sinantrópicos (ratos e baratas), expondo a população a diversos tipos de agentes biológicos e veiculadores de doenças.

A escolha dos dois Municípios (Afuá e Portel) para efetuar o Projeto piloto, deu-se pelas suas características particulares envolvendo a problemática a ser enfrentada.

1.1 MUNICÍPIO DE AFUÁ

O município de Afuá é uma cidade de característica ribeirinha genuinamente marajoara, sua estrutura é erguida sobre palafitas e ruas de concreto, conhecida como a Veneza Marajoara, e segundo documentos antigos, a palavra **Afuá** tem origem no termo do tupi guarani **ASSU** (que significa grande) + **A** (que significa Ara) = **ASSUA** (que significa grandeza), sendo os dois “**SS**” substituídos por dois “**FF**”. Dando origem ao nome **AFFUÁ**, que em decorrência das transformações da escrita perdeu um “**F**”.

Ressalta-se nas histórias contadas pelos antigos moradores que o nome da cidade de Afuá foi originado do som emitido pelo boto, que possui um orifício na parte superior da cabeça, por onde é emitido um som no momento em que vai até a superfície para buscar oxigênio. O som reproduzido pelo boto é compreendido como: “**FUÁ, FUÁ, FUÁÁ!**”. Que originou o nome **AFUÁ**.

A cidade de Afuá, está localizado ao norte do Marajó, na Microrregião dos Furos de Breves, limitando-se ao norte com a Ilha Caviana, ao nordeste com o município de Chaves, ao sul com os municípios de Anajás e Breves, ao sudeste com o município de Anajás, ao

sudoeste com os municípios de Breves e Gurupá, leste com o município de Chaves e a oeste e noroeste com o Estado do Amapá. Possui as seguintes “Coordenadas geográficas 00°09’04” de Latitude Sul e 50°23’15” de Longitude Oeste de Gr.

Este território é desprovido dos serviços estruturais de saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino adequado dos resíduos sólidos), aliado à desinformação da população concernente à consequência dos seus atos frente às problemáticas ambientais, e ainda o surgimento, no meio urbano, de novas áreas de moradia de forma desorganizada, sem planejamento habitacional, contribuindo para os indicadores negativos quanto à saúde e a qualidade de vida da população.

O município mantém um lixão a céu aberto, para atender a demanda dos resíduos produzidos de aproximadamente 15 (quinze) toneladas diariamente, conhecido como Lixão do Capim-Marinho, que está localizado dentro da zona urbana. Atualmente, o lixo doméstico e comercial é separado no depósito do lixão, permanecendo sem destino os resíduos de metais, vidros e eletrônicos, já os resíduos orgânicos e inorgânicos são encaminhados para incineração no incinerador particular da Empresa Exportadora de Madeira do Pará – EMAPA, atenuando o despejo dos resíduos sólidos urbanos no lixão e a queima a céu aberto, contribuindo para a diminuição da emissão de gases que provocam doenças respiratórias, e reduzindo o despejo do chorume nos rios e igarapés.

Ressalta-se ainda que os sistemas oficiais de abastecimentos de água ofertam água para consumo em padrões precários a coletividade, desrespeitando a legislação vigente, pois, evidenciaram-se inúmeros resultados insatisfatórios nas análises de amostras de águas coletadas em vários pontos do município de Afuá, principalmente no sistema oficial no bairro Capim-Marinho que representa a cobertura de apenas (9,71%) das famílias residentes, confirmando a presença de coliformes fecais e Escherichia Coli que provocam doenças à saúde da comunidade.

Outro fator agravante neste município, segundo levantamento do Programa Agente Comunitário de Saúde de Afuá, é que mais de 596 (quinhentos e noventa e seis) famílias, residentes no bairro do Capim-Marinho, não possuem água tratada para consumo humano, e a captação desta água é realizada diretamente dos rios e igarapés próximos ao lixão municipal, sugerindo a relação da contaminação da água pelo destino inadequado dos resíduos sólidos.

Verificou-se empiricamente que as famílias que captam água para seu consumo diretamente dos rios e igarapés não utilizam hipoclorito de sódio ou água sanitária para eliminar microrganismos presentes na água, por acreditarem que somente a decantação da água com o sulfato de alumínio é suficiente para torna-la apta ao consumo, sendo necessário quebrar estes aspectos culturais desta população a qual por acreditar que apenas a clarificação garante sua qualidade encontram-se vulneráveis a doenças.

1.2 MUNICÍPIO DE PORTEL

O município de Portel-PA apresenta-se com composição urbana e rural, sua sede fica há 278km de distância em linha reta da capital do Estado do Pará. Seu território é de 25.498km², abriga uma população estimada em 58.282 habitantes (TCU/2015), o que torna o segundo município mais populoso da região do Marajó, superado apenas pela cidade de Breves-PA.

Quanto a geografia limita-se ao norte com o município de Melgaço, a leste com o município de Bagre, ao sul com o município de Pacajá e a oeste com os municípios de Anapu, Senador José Porfírio e Porto de Moz. Os principais acidentes geográficos são: Rio Pacajá e seus afluentes, Rio Camarapi, Rio Anapu e suas baias do Camuim, Pracajurá e Botos, além do Rio Acutipereira e seus afluentes. Vale ressaltar que 70% das terras da Floresta Nacional de Caxiuanã pertencem ao território de Portel. O município é composto do distrito-sede e do distrito de São João do Acangatá e muitas comunidades como: Vale Fértil (Elmo), Gleba Joana Peres (ABC), Nova Canaã, Santo Amaro, Monte Horebe, Bacuri, Santo Agostinho, Cocal, Monte das Oliveiras.

A economia municipal está concentrada em atividades como: extrativismo vegetal, funcionalismo público, comércio e atividades primárias (agricultura e pesca).

Quanto ao tratamento do esgoto sanitário, não existe rede coletiva no município. Os dejetos sanitários estão assim distribuídos 30,2% em sistemas de fossas sépticas, 61,4% utilizam fossas rudimentares, 1,7% em valas, enquanto 6,7% são depositados diretamente nos rios.

A limpeza urbana é regulamentada por legislação municipal e o serviço de coleta de lixo é realizado pelo Departamento de Obras da Secretaria Municipal de Infraestrutura. Todo material coletado é destinado ao lixão municipal. A cobertura atinge 85% das residências da zona urbana. Desta forma o bairro do Bosque, na área da extensão beira-mar, no município de Portel contribui como uma das áreas descobertas pelo serviço regular de coleta de lixo, concorrendo fortemente para o destino inadequado de resíduos sólidos, um problema básico de saneamento, sendo que sua disposição final na praia e proximidades é um fator de degradação ambiental, de proliferação de vetores, doenças e contaminação de solo.

Essa área apresenta condições ambientais e sanitárias desfavoráveis à população local com a vulnerabilidade do acesso aos serviços de saneamento básico, água para consumo e precariedade de moradia. A extensão da beira-mar é ocupada por 20 famílias expostas a doenças de transmissão hídrica e ao destino inadequado do lixo, pois apresentam os pontos de captação de água para consumo comprometido pela localização em periférica da cidade. No município de Portel o despejo de resíduos em mananciais superficiais é algo comum, neste sentido, percebemos dois tipos de despejos que

contaminam a água: O lixo Orgânico proveniente de seres humanos e animais que contêm alguns microrganismos patogênicos e o do descarte de alimentos e vegetais podendo levar à falta de oxigenação dos rios e também o lixo comum inorgânico (papel, vidro, plástico, ferro etc) que liberam grandes quantidades de substâncias químicas que contaminam as águas de rios, igarapés e praias. Essa realidade sugere a suspeita de alteração das características físicas e químicas do corpo hídrico prejudicando a utilização do uso racional desta para o consumo humano.

Sendo assim, nos municípios de Afuá e Portel, os gestores ambientais e sanitários necessitam empregar esforços no sentido de fomentar discussões e sensibilizar a população quanto à sustentabilidade da gestão dos resíduos sólidos e as formas de tratamento da água, considerando as dimensões políticas (atos regulatórios e normativos), tecnológicas (aplicação de tecnologia limpa que permita reduzir, reutilizar e reciclar), econômicas (administração correta dos recursos), ecológicas (preservação e limite do uso de recursos naturais não renováveis), conhecimentos (educação permanente ambiental, sanitária e mobilização social), inclusão social (redução da pobreza e geração de emprego) e os riscos sanitários que a população encontra-se exposta no território. Contudo, torna-se importante avaliar as mudanças nos fatores determinantes e condicionantes que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais, relacionado às doenças e outros agravos à saúde.

2 – RELEVÂNCIA

Realizar diagnóstico das problemáticas de saúde, relacionado ao destino inadequado dos resíduos sólidos (lixo), objetivando a construção de ações de promoção à saúde estrategicamente contextualizadas na realidade, integrando os diversos órgãos da gestão municipal, visando promover a educação permanente sanitária e ambiental em saúde da população sobre o modo adequado do destino do lixo doméstico e o tratamento da água para consumo humano, diminuindo a contaminação do meio ambiente e a alta incidência dos casos de morbidade e mortalidade de doenças de veiculações hídricas.

3 – OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Fortalecer a gestão de resíduos sólidos (lixo domiciliar) simultaneamente com o tratamento da água para consumo humano, como interface sanitária e ambiental no contexto da promoção em saúde nos municípios de Afuá e Portel.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar a coleta seletiva domiciliar do lixo e do tratamento da água para consumo por meio da educação permanente sanitária e ambiental em saúde nos bairros do

Capim-Marinho, rua da universidade, invasão ao lado da Webflash e MEAP (Missão Evangélica de Assistência ao Pescador) e Bosque (extensão beira-mar), dos municípios de Afuá e Portel respectivamente.

- Sensibilizar a ampla participação dos atores sociais (gestores públicos, empresários, catadores, recicladores, instituições de ensino e a sociedade civil).

- Contribuir para a construção do planejamento estratégico na gestão dos resíduos sólidos integrando os diversos órgãos gestores municipais, baseado nas necessidades sociais e em saúde.

- Fortalecer a educação permanente, sanitária e ambiental através da promoção em saúde no Programa Nacional “Saúde nas Escolas” e no Programa Mais Educação.

4 – FUNDAMENTAÇÃO

A gestão correta dos resíduos sólidos nos municípios de Afuá e Portel, inicialmente, apresenta um alto custo de implantação, porém, após sua implementação poderá trazer a diminuição de agravos à saúde da população, como micoses, doenças de veiculação hídrica, leptospirose, dengue, conseqüentemente diminuindo os custos com tratamento dessas mazelas. Destaca-se, também a geração de empregos e diminuição da contaminação do meio ambiente, seja na geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final sustentável adequada dos rejeitos.

Em 2010 o Instituto Brasileiro Geografia Estatística (IBGE) realizou a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB), segundo a Radis (2011) “Os lixões a céu aberto ainda são o destino final dos resíduos sólidos em 50,8% dos municípios brasileiros, ou seja, em 2.810 cidades”. Constata-se a presença deste cenário nos municípios de Afuá e Portel, pois os mesmos utilizam os lixões a céu aberto como o destino final dos resíduos sólidos, e inúmeras pessoas continuam vivendo cotidianamente nestes lugares, tendo conseqüências irreparáveis a saúde, devido à ausência de políticas públicas adequadas, Radis (2015) confirma que “no Brasil milhões de pessoas não tem acesso a este direito fundamental, vivendo em ambientes insalubres e expostos a diversos riscos que podem comprometer a sua saúde”.

De acordo com a Associação Brasileira das Empresas de Limpeza Pública de Resíduos Especiais (ABRELPE), divulgado por Radis (2011) “o Brasil produziu 62 milhões de toneladas de lixo em 2011, e 42% foram para locais inadequados, como lixões e aterros ditos controlados. É como se cada brasileiro tivesse produzido 1,2 kg de lixo por dia”. Portanto, se somarmos a população dos municípios de Afuá (37.398) e Portel (58.282), totalizando 95.680 habitantes, despejaremos diariamente 115 toneladas de lixo nos rios, igarapés, praias, lixões, vias públicas, etc.

Segundo Radis (2011). “O chorume, líquido que nos lixões a céu aberto é responsável pela poluição dos lençóis freáticos e de águas subterrâneas e superficiais, devido a sua elevada carga orgânica – sua aparência é bem escura e seu odor nauseante”. Esta situação nos municípios vem acarretando a contaminação contínua dos rios e igarapés que servem de captação de água para consumo humano para inúmeras famílias que vivem em locais sem saneamento básico. Para Radis (2016) “Reconhecido como um direito pela ONU desde 2010, o acesso à água potável é determinante para a saúde, por que impacta diretamente nas condições de vidas das pessoas”.

A busca por mudanças na realidade desfavorável sobre a ausência de água potável para consumo humano, torna-se indispensável, caso contrário iremos continuar vivendo cotidianamente com os problemas de saúde que a população vem enfrentando nos municípios, com o alto índice de ocorrência de morbidade e mortalidade por doenças de veiculação hídrica.

O problema da falta de água potável é mais comum em locais com saneamento básico deficiente, geralmente em áreas mais pobres e afastadas. A contaminação por microrganismos causadores de doença está relacionada à falta de água tratada e de rede de esgoto, que facilita a ocorrência de diarreia, febre tifoide, cólera, hepatite A e outras enfermidades. (RADIS, 2016 p. 29).

Neste sentido, os municípios de Afuá e Portel evidenciam diariamente uma demanda considerável de pacientes com atendimentos médicos na Atenção Básica, Urgência e Emergência, acometidos pelos sintomas de doenças diarreicas agudas (DDA), conforme quadro abaixo:

(Quadro 1) - Dados referentes aos atendimentos médicos de Atenção de Básica, Urgência e Emergência das DDA nos municípios Afuá e Portel, anos 2014/15.

MUNICÍPIO	ANO	Faixa Etária					TOTAL	%
		1<	1a4	5a9	10+			
AFUÁ	2014/15	525	1.008	859	1.589	3.981	32,0	
PORTEL	2014/15	1.977	3.281	1.318	1.882	8.458	68,0	
	TOTAL	2.502	4.289	2.177	3.471	12.439	100	

Fonte: Secretaria de Saúde - http://www.saude.gov.br/sivep_dda.

Deste modo, constatou-se, que no período de 2014/2015 nos municípios de Afuá e Portel, **65,0%** dos atendimentos por DDA, ocorreram na faixa etária de 0 a 9 anos. Radis (2015) afirma que “A falta de acesso regular à água e a precariedade do esgoto, produzem condições sanitárias inadequadas, permitindo que crianças se contaminem no entorno de suas casas, num ciclo que ele definiu como feco-oral”.

No município de Afuá, de acordo com o levantamento das fichas de atendimentos médicos, constatou-se que foram atendidas 3.981 pessoas com casos de diarreia, destes, 2.388, foram no bairro do Capim-Marinho, ou seja, **60,0%** dos casos ocorreram em locais

insalubres e periféricos, localizados nas ruas da Universidade ao lado da webflash e Missão Evangélica de Assistência ao Pescador – MEAP, vias localizadas próximas ao lixão, provavelmente, devido à utilização de água para consumo humano sem tratamento adequado, direto dos rios, igarapés e poços superficiais de 3 a 4 metros de profundidade, construídos para armazenar água dos rios e igarapés.

Neste sentido, segundo as informações levantadas nos dados de morbidade dos Relatórios Anuais de Gestão de Afuá e Portel, ano 2014 e 2015 (quadro 2), ocorreram 12.439 atendimentos médicos na Atenção Básica, culminando com 1.108 internações na Unidades de Saúde de Afuá e Portel, conforme levantamento das Vigilâncias Sanitárias desses dois municípios, com Dados de Morbidade por Grupos de Causas e Faixa Etária. Segundo Radis (2016) “A falta de água tratada e de rede de esgoto facilita a ocorrência de diarreia, febre tifoide, cólera, hepatite A e outras enfermidades”.

(Quadro 2) - Dados referentes à Morbidade por Grupos de Causas das internações das Doenças Infecciosas e Parasitárias, municípios Afuá e Portel, anos 2014/15.

MUNICÍPIO	ANO	Faixa Etária					TOTAL	%
		1<	1a4	5a9	10+			
AFUÁ	2014/15	84	255	74	235	648	58,5	
PORTEL	2014/15	77	112	39	232	460	41,5	
	TOTAL	161	367	190	467	1.108	100	

Fonte: Secretaria de Saúde - <http://www.aplicacao.saude.gov.br/sargsus>.

Observou-se, que em 2014/2015 foram acamados nas Unidades de Saúde, 1.108 pacientes dos dados de morbidade com tratamento final das doenças infecciosas e parasitárias. Em relação às internações hospitalares em crianças menores de 5 anos, constatou-se (40,2%) nos anos de 2014/2015. Segundo Radis (2015) “Dados do Datasus de 2011 registram 396 mil internações por diarreia; destas 138 mil foram em crianças menores de 5 anos (35% deste total)”.

Assim, percebe-se que as políticas públicas de saúde, não estão sendo desenvolvidas adequadamente para melhorar a qualidade de vida desta população, pois estão ocorrendo inúmeros casos de morbidade e mortalidade nos municípios por doenças infecciosas e parasitárias, principalmente pela diarreia em menores de 5 anos.

Já o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) indica as diarreias como a segunda maior causa de mortes em crianças menores de 5 anos de idade, enquanto o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) contabiliza que 94% dos casos de diarreia no mundo são devidos à falta de acesso à água de qualidade e ao saneamento precário. (RADIS, 2015, p. 20).

A água utilizada para consumo humano é essencial para garantir a saúde e qualidade de vida da população, quando distribuída em quantidade suficiente e com qualidade que atenda ao padrão de potabilidade estabelecida na Portaria nº. 2.914 de 12 de dezembro de 2011. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado na Radis (2016)

“define o que seria “água de beber segura”, a partir de critérios que garantem a qualidade para consumo humano: trata-se daquela água que não confere risco significativo à saúde ao longo de toda a vida de consumo”.

Assim, garantir a qualidade e segurança da água para consumo humano é um desafio a todos os entes federados, tendo como agravante a ausência de saneamento básico nos municípios, o que facilita a contaminação dos lençóis freáticos, acarretando diversos problemas à saúde da coletividade, especialmente da população mais vulnerável socialmente.

O próprio Estado como setor responsável, deveria ofertar água de qualidade por meio do Sistema de Abastecimento de Água, porém, realiza a captação desta água bruta, e devolve toda esta contaminação para dentro de nossas residências através da água para consumo humano, que vem carregada de coliformes fecais e bactérias patogênicas que provocam doenças para a comunidade (SILVA, 2015, p. 6).

Apesar do Brasil participar como membro da ONU, em setembro de 2015 os Estados representados aprovaram a chamada Agenda 2030, que visa o “Desenvolvimento Sustentável” para assegurar a disponibilidade de saneamento básico e a gestão da água adequada para todos os brasileiros. Poucas mudanças foram visualizadas para melhoramento do contexto em questão.

Dados do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), mantido pelo Ministério da Saúde, informam que um percentual considerável dos sistemas de abastecimento – cerca de 21% que corresponde pelo consumo de 15 milhões de brasileiros – operam sem tratamento. Isso quer dizer que fazem somente a captação nos rios e fontes e distribuem o líquido sem tratar. (RADIS, 2016 p. 29).

Esta realidade não é diferente nos municípios de Afuá e Portel, pois os sistemas de abastecimento de água vêm operando de forma deficiente, gerando risco sanitário à saúde da coletividade. Para Beck (2015) “o risco sanitário é a probabilidade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana”. Contudo, o risco só não é suficiente para compreender as exposições que as populações encontram-se submetidas, mas a vulnerabilidade social nos possibilitará o diagnóstico para compreender as especificidades das necessidades em saúde, baseado nos riscos e perigos que expõem as pessoas em maior grau nos territórios, por exemplo, nos municípios de Afuá e Portel suposições indicam que mais de 90% da população encontram-se submetidas à exposição humana de riscos e agravos à saúde da coletividade, devido à ausência de água potável para o consumo humano em padrões aceitáveis. Para Radis (2016) “O consumo de água inadequada pode causar a exposição humana a agentes microbianos ou outros contaminantes que causam doenças, como bactérias, vírus, parasitas, toxinas naturais, produtos químicos e metais pesados”.

Por isso, precisa-se planejar estrategicamente, identificando as problemáticas de saúde, visando formular diretrizes e objetivos na busca da explicação da realidade a serem enfrentadas, e também identificar o lado subjetivo que potencializa as incertezas e as circunstâncias.

Mas se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceita-lo seja ele qual for. (MATUS, 1996 apud BEZERRA; SILVA, 2015, p. 18).

Se não iremos viver as circunstâncias que impuserem, sem a perspectiva de alterar o rumo da realidade nos municípios, quebrando paradigmas tradicionais por acharem que ações de saneamento básico não trazem benefícios à comunidade, por serem executadas por baixo da terra, sem dar a visibilidade política necessária. Porém a ausência de saneamento básico é um dos fatores que impactam nas doenças de veiculações hídricas, mas para mudar esta realidade, os gestores públicos municipais precisam fortalecer a articulação e integrações entre os diversos atores sociais, visando desenvolver as ações de promoção à saúde adequada aos problemas atuais e potenciais para modificar este cenário de uma forma mais consciente, possibilitando ao indivíduo a capacidade de análise de sua atuação sobre a degradação do ambiente ao qual encontra-se inserido. Para Radis (2016) “como água esta relacionada hábitos essenciais do cotidiano, a sua falta em condições de qualidade pode também provocar problemas de saúde relacionados à higiene”.

Cuidar e discutir sobre o meio ambiente é uma obrigação de todos, e na escola é a atmosfera favorável e holístico para educar sobre os benefícios para o consumo da água e destino do lixo através da educação sanitária e ambiental como viés estratégico a promoção em saúde. Em Radis (2016) “Para Breilh, a promoção da saúde tem de estar presente em todos os espaços produzidos da vida”. Sabe-se que as escolas são espaços geradores de opiniões para envolver nossos alunos, visando estimular novos hábitos para garantir o direito da “água para beber”, e assim possibilitando melhorias na qualidade de vida dos alunos. Para Radis (2016) “Na escola, Vinícius já aprendeu sobre os benefícios e os cuidados relacionados à água potável, mas esse é um conhecimento que o povo do sertão aprende desde que nasce”.

5 - METODOLOGIA

A metodologia encontra-se inspirada no Arco de Charles Maguerez, que caracteriza-se pela busca de informações sobre o problema escolhido, através da leitura da realidade, conceito este que encontra-se de acordo com o processo de escolha do grupo afinidade 2 (GAF2) para este projeto. Os componentes do grupo fizeram observações significativas das

necessidades oriundas do levantamento realizado sobre o descarte inadequado dos resíduos sólidos, contaminando os mananciais superficiais dos municípios de Afuá e Portel.

O Arco de Charles Maguerez apresenta fases essenciais deste método: observação da realidade concreta, para a identificação de dificuldades, carência e discrepâncias, de natureza diversa, que estão transformadas em problemas; levantamento dos pontos Chave da situação focalizada a partir de uma análise reflexiva; teorização sobre a realidade, implicando na busca de informações e conhecimentos que possam favorecer a compreensão profunda sobre o problema e sua solução; levantamentos de Hipóteses, como resultado do estudo, para propor soluções viáveis e concretas ao problema priorizado; e a intervenção na realidade (FREIRE, 1996, BERBEL, 1999 apud PROADI-SUS; HCOR, 2015, p. 14).

Este trabalho teórico-prático teve início nas discussões do grupo, identificando aquilo que na realidade é preocupante e problemático. A proposta metodológica, apoiada na situação de desconfortos através da oficina de trabalho (OT), no qual houveram cinco momentos, inicialmente ocorreu a identificação de problemas individuais referente ao tema a ser enfrentado; após foi realizado o núcleo de sentidos, onde os problemas foram organizados de acordo com o assunto a ser tratado; definiu-se então os macroproblemas relacionados com cada núcleo de sentidos; os desejos e finalizou com a pactuação do grupo para a construção do Projeto Aplicativo (PA). O ponto chave no descarte inadequado dos resíduos sólidos, fundamentado na teorização das problemáticas nos territórios, em que a população, encontra-se mais vulnerável, são as doenças ocasionadas, principalmente, pelo uso da água contaminada pelo despejo inadequada de resíduos no solo.

Através de indicadores foi realizado levantamento das doenças diarreicas agudas (DDA), que tem como principal causa o consumo de água contaminada, definindo assim a existência de problemas ligados diretamente ao descarte inadequado dos resíduos sólidos. Apresentando hipótese de solução dos problemas a serem enfrentados através de propostas de articulação entre diversos órgãos da gestão, entidades e empresas particulares e educação da população.

As propostas foram baseadas no planejamento estratégico situacional, fundamentados nos momentos de como se evidenciou o problema da realidade, levando os desconfortos dos participantes, orientando empiricamente a construção do plano, visando atuar nas causas e consequências por meio de propostas adequadas as necessidades sociais, fazendo uma análise de viabilidade para aplicabilidade do plano de intervenção, demonstrando caminhos possíveis para chegar os resultados esperados. Contudo os indicadores de saúde serão utilizados para a tomada de decisões, por intermédio do uso de diferentes ferramentas, tais como estatística, a epidemiologia e a utilização destes nos sistemas de informações, visando criar estratégias que permita a compreensão da população sobre coleta seletiva e posterior tratamento de água para consumo.

6 - PLANO DE INTERVENÇÃO:

O plano de intervenção parte de propostas de ações e da gestão do plano, iniciando o momento tático-operacional responsável pelo fazer, decidir e agir sobre a realidade concreta a ser enfrentada simultaneamente nos municípios de Afuá e Portel. Segundo Matus (1996, p. 28 apud BEZERRA; SILVA, 2015, p. 18) “*Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro*”, é aceita-lo seja ele qual for.

É neste momento que são executadas as ações de propor ajustes com vistas a aumentar a probabilidade de sucesso no alcance dos objetivos e resultados, monitoradas e avaliadas, não só o andamento das ações, mas também a evolução dos problemas originais, tendo como base a estrutura organizacional nos municípios, fluxo internos de informações dos indicadores em saúde, a coordenação e avaliação do plano, pactuados por diversos atores sociais, sistema de prestações de contas e ferramentas gerenciais, e finalmente, a forma, dinâmica e conteúdo da participação democrática na condução do plano (MATUS, 1996, TONI, 2004 apud BEZERRA; SILVA, 2015, p. 21).

Nó crítico – NC	Macroproblema Priorizado
<p>NC – 1 Dificuldades na gestão compartilhada entre as secretarias municipais de Saúde e Meio Ambiente de Afuá e Portel, quanto à implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo e do tratamento da água para consumo humano, devido à ausência de educação permanente, sanitária e ambiental dos moradores nos bairros Capim-Marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e Missão Evangélica de Assistência ao Pescador – MEAP (AFUÁ) e Extensão Beira Mar Bosque (PORTEL).</p>	

PES Simplificado	
ESPAÇO DO MACROPROBLEMA	Gestão ineficaz do destino adequado dos resíduos sólidos nos municípios de Afuá e Portel.
PROBLEMA	Contaminação do solo, água e ar, proliferações de vetores, cultura de consumo exacerbado de bens e serviços incentivado pela mídia, poluição visual, escassez de recursos naturais, aumentando os dados de morbi-mortalidade de doenças de veiculações hídricas e Infecções Respiratórias Agudas – IRA, insatisfazendo a população com relação à implantação de políticas públicas inadequadas quantos aos resíduos sólidos que visa atender as necessidades sociais da população.
	Dificuldade na gestão compartilhada entre as secretarias municipais de Saúde e Meio Ambiente de Afuá e Portel,

NÓ CRÍTICO	quanto à implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo e do tratamento da água para consumo humano, devido à ausência de educação permanente, sanitária e ambiental dos moradores nos bairros Capim-Marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e Missão Evangélica de Assistência ao Pescador – MEAP (AFUÁ) e Extensão Beira Mar Bosque (PORTEL).
RESULTADO	<p>1 – Sensibilizar 30 famílias com a implantação da coleta seletiva domiciliar do lixo e tratamento de água para consumo humano nos bairros Capim-Marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão Beira Mar Bosque (PORTEL).</p> <p>2 - Diminuir entre 10% a 20% dos dados de morbidade das doenças de veiculação hídrica e/ou infecciosa e parasitária.</p>
AÇÕES E ATIVIDADES	<p>No período de 16 a 31 de Agosto de 2016:</p> <p>AÇÃO 1: Sensibilizar os diversos atores sociais do projeto para implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo e do tratamento de água para consumo humano nas 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL).</p> <p>1a – Encaminhar comunicados oficiais para as Secretarias Municipais de Meio Ambiente, Educação, Assistência e Infraestrutura para participar de reunião sobre a implementação do Projeto nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.</p> <p>1b – Realizar levantamento dos atendimentos de diarreia nas Unidades de Saúde (URGÊNCIA) nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.</p> <p>1c – Realizar conversa para sensibilização com as 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL) para participar da ENQUETE de vulnerabilidade social, sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.</p> <p>1d – Realizar a ENQUETE com as 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da</p>

WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), acerca de suas vulnerabilidades sociais, sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.

1e – Mapear o território dos atores sociais na busca de apoio para a implementação do projeto aplicativo nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.

1f – Os resultados da enquete revelaram evidências empíricas pelo desconhecimento sobre os riscos à saúde pelo consumo de água contaminada, este entendimento, permitiu a realização da coleta de 10 (dez) amostras de água nas residências das famílias envolvidas no projeto aplicativo, antes da educação permanente sanitária e ambiental nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.

1g – Realizar as correções ortográficas, inclusões de conceitos e tabulação dos dados da ENQUETE como forma de sensibilizar e envolver os atores internos do projeto aplicativo: Ângela Santos, Maria José, Edineia Colares, Rita Beltrão e Ronaldo Santos.

No período de 01 de setembro a 15 de outubro de 2016:

AÇÃO 2: Implementação da educação permanente sanitária e ambiental para as 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.

2a – Realizar as ações educativas sanitária e ambiental, permanentes, para a implementação da coleta seletiva domiciliar no lixo e do tratamento de água para consumo humano nas 30 famílias dos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL) com os parceiros eventuais e opositores, sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.

2b – Após os resultados laboratoriais recebidos das residências escolhidas pelas evidências empíricas, antes da educação permanente sanitária e ambiental, encaminhamos novamente 10 (dez) amostras de água das residências

envolvidas com a finalidade em perceber a importância da educação permanente sanitária e ambiental quanto ao tratamento da água para o consumo humano nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Júnior.

No período de 16 a 30 de outubro de 2016:

2c – Realizar as correções ortográficas, inclusões de conceitos, contextualização, relevância, objetivos, fundamentação, proposta de intervenção, gestão do plano e viabilidade como forma de sensibilizar e envolver os atores internos do projeto aplicativo: Angela Santos, Maria José, Edineia Colares, Rita Beltrão, Joésio Silva, Nizomar Junior e Ronaldo Santos.

2d – Realizar as ações de educação permanente, sanitária e ambiental, visando a implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo aos alunos do Programa Mais Educação em parceria com a Escola Municipal Frei Faustino Legarda, localizado no bairro do Capim-Marinho, pois, constatou-se que das 30 (trinta) famílias do PA, os seus filhos, encontram-se matriculados na referida escola.

2e – Encaminhar o Projeto Aplicativo para avaliação da facilitadora Michele Monteiro do IEP-SÍRIO LIBANÊS.

2f – Apresentar os resultados do Projeto Aplicativo como estratégia de educação permanente, sanitária e ambiental para atuar nas causas imediatas da diarreia através do tratamento da água para o consumo humano no plano de intervenção na região do Marajó I, no período de 08 de novembro de 2016 em Belém.

2g – Apresentar os resultados do Projeto Aplicativo do GAF2 na Plenária do IEP/SÍRIO LIBANÊS no dia 09 de novembro de 2016 em na UEPA/BELÉM.

No período de 14 a 30 de novembro de 2016:

2h – Solicitar por meio de ofício ao Laboratorial Central do Pará – LACEN/PA, a análise de 02 (duas) amostras de água superficial dos igarapés ou praias dos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), visando identificar a relação da contaminação das

	<p>mananciais superficiais com o destino inadequado do lixo e verificar o nível aceitável da presença de coliformes a 45°C presentes no meio ambiente, sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Junior.</p> <p>2i – Cadastrar o Projeto Aplicativo nas Comissões Intergestoras Regionais Marajó I e II, com a finalidade de subsidiar as ações de implementação da coleta seletiva do lixo domiciliar e do tratamento de água para consumo nos demais bairros dos municípios de Afuá e Portel no ano de 2017.</p> <p>2j – Pactuar reuniões trimestrais com todos os atores sociais para compartilhamentos dos resultados e discussões de novas estratégias nos municípios de Afuá e Portel.</p> <p>No período de 01 a 15 de dezembro de 2016:</p> <p>2l – Apresentar os resultados do Projeto Aplicativo do GAF2 do Curso de Gestão da Vigilância Sanitária do IEP/SÍRIO LIBANÊS nos dias 05 e 06 de dezembro de 2016 na Plenária Nacional da ANVISA em Brasília.</p> <p>2m – Apresentar os resultados do Projeto Aplicativo no município de Afuá para os atores sociais envolvidos no processo no dia 15 de dezembro de 2016, considerado o dia municipal de conscientização ambiental em Afuá.</p>
RESPONSÁVEIS	Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Controle de Endemias dos municípios de Afuá e Portel).
PARCEIROS EVENTUAIS E OPOSITORES	Prefeitura Municipal de Afuá e Portel, Ministério Público da Comarca de Afuá e Portel, Secretaria Municipal de Meio Ambiente (Educação Ambiental), Secretaria Municipal de Educação (Educação Ambiental e Escola), Secretaria de Infraestrutura, Entidades Filantrópicas Missão Evangélica de Assistência ao Pescador – (MEAP) e (Pastoral da Criança) no município de Afuá.
	<p>1 - Elaborar indicadores para acompanhamento do Projeto Aplicativo, relacionado ao nó crítico para monitorar a qualidade da água para consumo humano das famílias localizadas nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Junior.</p> <p>2 - Acompanhar os dados de atendimentos de doenças de veiculações hídricas (diarreia) de Atenção Básica e</p>

INDICADORES	<p>urgências nas Unidades Básicas de Saúde. (FICHA DE ATENDIMENTOS). Obs: Endereço, Nome do paciente, Cartão SUS, entre outras informações, sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Junior.</p> <p>3 - Avaliar a transformação do comportamento dos hábitos sanitários e ambientais dos moradores nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL) através de ENQUETE sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Junior.</p> <p>4 - Os Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Controle de Endemias dos municípios de Afuá e Portel engajados no projeto irão acompanhar as famílias dos locais priorizados, sendo que ao constatar casos de diarreia, no momento da visita domiciliar, deverão comunicar a secretaria de saúde dos municípios envolvidos, pois há possibilidade de evasão do cumprimento dos objetivos do projeto.</p>
RECURSOS FINANCEIROS	<p>PARA O TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO:</p> <p>1 - Solução de sulfato de alumínio na garrafa pet de 2 litros (valor R\$ 3,75 para cada kg de sulfato de alumínio), durabilidade entre 25 a 30 trinta dias nas residências.</p> <p>2 – Distribuição de Hipoclorito de Sódio com solução 2,5%, fornecido pelo 7ªCRS e 8ªCRS/SESPA, caixa contendo 50 (cinquenta) frascos (valor de R\$ 0,05 para cada frasco de Hipoclorito de sódio) sendo necessário distribuir 05 (cinco) frascos ao mês para o tratamento da água para consumo humano as famílias sem água tratada, conforme levantamento dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios de Afuá e Portel.</p> <p>PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA COLETA SELETIVA DOMICILIAR DO LIXO:</p> <p>Preços do lixo reciclável do Projeto de Olho no Lixo no município de Afuá:</p> <p>Papel: R\$ 0,10 (dez centavos);</p> <p>Plástico: R\$ 0,40 (quarenta centavos);</p> <p>Mas se trazer 1 kilo de plástico reciclagem, o valor dos dois produtos fica em R\$ 0,40 (quarenta centavos), pois, segundo cálculo semanal, gasto com a compra do lixo, gira em torno de R\$ 3.900 (três mil e novecentos) reais, beneficiando mais de 100 (cem) famílias com o vale compra para trocar com gêneros alimentícios nos</p>

	estabelecimentos comerciais.
PRAZO	<p>No período de 05 (cinco) meses para a implementação da coleta seletiva e o tratamento de água para consumo humano em 30 (trinta) famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 (vinte) famílias no bairro de Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL).</p> <p>Após 05 (cinco) meses realizar reuniões com todos os atores sociais, visando avaliar os objetivos do projeto.</p> <p>Em 2017, o período de execução será de 06 (seis) meses para implementação dos objetivos do Projeto Aplicativo nas outras localidades, conforme levantamentos dos altos índices de atendimentos de diarreia nos municípios de Afuá e Portel. Após, este período de 06 (seis) meses realizar reuniões com todos os atores sociais, para avaliar os objetivos do projeto, visando ajustar as metas ou correções na aplicabilidade do projeto.</p>

6.1 - CONSTRUÇÃO DE VIABILIDADE PARA PLANO DE AÇÃO

De acordo com Coleman *et al*, (2015) “A construção da matriz de motivação em relação aos interesses e valores dos atores sociais permite identificar as ações conflitivas do plano de ação”. O interesse pode ser: a favor (+); contra (-) e indiferente (0). O valor pode ser: alto (A); médio (M) ou baixo (B).

Operações – OP ou Ações e Demandas de Operações – DOP ou demanda de ação				
Atores	Ação 1	Ação 2	Ação 3	Ação 4
	Explicar a intencionalidade do PA.	Gestão compartilhada das informações dos indicadores da diarreia.	Educação ambiental para implementação da coleta seletiva e tratamento de água.	Pactuar reuniões semestrais de avaliação das ações do PA com os atores sociais.
Prefeituras Municipais de Afuá e Portel	+ A	+ A	+ A	+ A

Comissão Intergestoras Regionais CIR I e II	+ A	+ A	+ A	+ A
Ministério Público da Comarca de Afuá e Portel.	+ A	+ A	+ A	+ A
Secretarias de Saúde – SEMUSA (AFUÁ) e SES (PORTEL)	+ A	+ A	+ A	+ A
Secretarias de Meio Ambientes SEMANB (AFUÁ) e SEMA (PORTEL).	0 M	- B	+ A	+ A
Secretarias de Infraestruturas	+ A	+ B	+ M	+ M
Pastorais da Criança de Afuá e Portel	+ A	+ A	+ A	+ A
Missão Evangélica de Assistência ao Pescador – MEAP	+ A	+ A	+ A	+ A
Famílias: Bairros: Capim-Marinho (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar (PORTEL).	+ A	+ A	+ A	+ A

Desta forma, constatou-se nas **Ações 1 e 2**, são consideradas duvidosas, pois há indiferença em relação as ações da explanação da intencionalidade do Projeto Aplicativo e gestão compartilhada das informações dos indicadores da diarreia, visando implantar os objetivos no

projeto, consideradas ações conflitivas, sendo necessário utilizar a persuasão como sedução em relação aos atores na busca de apoio e adesão.

6.2 - MATRIZ DE ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE, SEGUNDO AÇÕES CONFLITIVAS.

De acordo Coleman *et al*, (2012) “A partir das ações consideradas conflitivas, deve-se buscar a construção de viabilidade, levando em conta os recursos necessários e quem os controla. Nesta matriz, a viabilidade pode ser classificada como alta, média ou baixa, a depender da disponibilidade do recurso disponíveis para viabilizá-las”.

Estratégias de Viabilidade	
Ações Conflitivas do Plano de Ação	A secretaria municipal de meio ambiente do município de Afuá, demonstrou interesse “indiferente” com neutralidade ao não acolhimento dos objetivos estabelecidos neste Projeto Aplicativo.
Recursos Necessários	Políticos, Econômicos, Técnicos e Organizacionais.
Recursos que temos e não temos	Políticos, econômicos e técnicos e organizacionais.
Viabilidade	Alta
Estratégia para aumentar a viabilidade	Realizar reunião até o dia 30 de setembro de 2016 com o secretário municipal de meio ambiente, em parceria com a prefeitura municipal de Afuá e Promotoria de Justiça de Afuá para apresentar novamente a intencionalidade do Projeto Aplicativo, demonstrando as estratégias utilizadas para fortalecer a gestão ambiental e sanitária, que tem reflexo direto da saúde coletiva.

6.3 – DETALHAMENTO DA ANÁLISE DE VIABILIDADE.

Para Coleman *et al*, (2015) “considerando-se um serviço de saúde, como exemplos de categorias para análise de impacto dos resultados que devem ser positivamente (sim) ou negativamente (não)”.

AÇÕES	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis envolvidos	Tecnologia	RESULTADOS ESPERADOS – PRODUÇÃO DE IMPACTO					
					Volume de serviços	Modalidade de serviços	Áreas de Suporte	Cuidado do Paciente	Infra estrutura	Governança
Ação 1: Explanar a intencionalidade do PA.	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Ação 2: Gestão compartilhada das informações dos indicadores da diarreia.	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

De acordo Coleman *et al*, (2015) “O somatório de todas as análises de viabilidade possibilita verificar se os meios táticos e estratégicos definidos estão adequados e se a procedência ou mesmo alguma ação deve ser modificada”.

6.4 - DINÂMICA PARA A GESTÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO DO PROJETO APLICATIVO DO GVISA.

Segundo Coleman *et al*, (2015) “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. De acordo com Coleman *et al*, (2015) “Para a gestão do plano, sugere-se a utilização de critérios para classificar as ações/atividades que constam no plano.

6.4.1 MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO:

De acordo Coleman *et al*, (2015) “1º Movimento: Classificar as ações, quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a procedência”.

Ações/Atividade	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
AÇÃO 1: Sensibilizar os diversos atores sociais do projeto para implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo e do tratamento de água para consumo humano nas 30 famílias	Médio	Alto	(iii)	Média	Político, Econômico, Técnico, e	1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f e 1g

nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL).					Organiza cional	
AÇÃO 2: Implementação da educação sanitária e ambiental, permanentes, para as 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Junior.	Médio	Alto	(iii)	Médio	Político, Econômico, Técnico, e Organiza cional	2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 2g, 2h e 2i

De acordo com Coleman *et al*, (2015) “2º Movimento: Construir a Matriz de Monitoramento do Plano no quadro 17. Para preenchimento dessa Matriz, considerar: Situação; Concluída – C; Não Concluída - NC; Em andamento – EA.

Resultados: Fazer uma síntese dos resultados alcançados para ações concluídas, quais podem ser apoiados pelos indicadores definidos para plano de ação; e

Dificuldades: Fazer uma síntese dos resultados obstáculos, caso existem, para implementação do plano.

Ação em Ordem de Precedência	
AÇÃO 1: Sensibilizar os diversos atores sociais do projeto para implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo e do tratamento de água para consumo humano nas 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL) conforme as atividades de 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f e 1g.	
Situação	Concluída nos município de Afuá e Portel
Resultados	1 – Sensibilizar a aceitação positiva dos atores sociais envolvidos para a implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo e tratamento de água para consumo humano nas 30 famílias dos bairros Capim-Marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e 20 famílias no bairro Extensão Beira Mar Bosque (PORTEL).

	2 - Diminuir entre 10% a 20% dos dados de morbidade das doenças de veiculações hídricas e/ou infecciosa e parasitária;
Dificuldades	Atividade (1e) para o município de Afuá, constatou-se que a gestão da Secretaria Municipal de Meio de Ambiente de Afuá – SEMAMB, entendeu que seria necessário alterar os objetivos do Projeto de OLHO NO LIXO, baseado na intencionalidade e aplicabilidade do Projeto Aplicativo, pois, o interesse é manter a realidade tal como se encontra, rechaçando qualquer mudança no Projeto, desenvolvido pela instituição, por acreditar que o mesmo é aplicável a realidade. As mudanças levarão ao aumento de recursos financeiros, humanos, responsáveis envolvidos, tecnologia, com resultados de impacto no volume, modalidade de serviços, áreas de suporte, cuidado do paciente, infraestrutura e governança. Por outro lado no município de Portel não houve resistência com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMA) quanto a adesão ao projeto aplicativo, por entender a importância da corresponsabilidade nas interfaces da gestão ambiental e sanitária com perspectiva positivas de ação conjunta para a implementação da coleta seletiva para o ano de 2017 nas 20 (vinte) famílias entrevistadas.
Novas Ações e/ou ajustes	Em reunião com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Afuá, visando à explanação novamente da intencionalidade do Projeto Aplicativo, em fortalecer a gestão sanitária e ambiental, a equipe se sentiu motivada e interessada com os resultados obtidos na ENQUETE de vulnerabilidade social, porém, mencionou que até o final do ano, encontra-se disponível em ajudar na implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo nas 30 (trintas) famílias entrevistadas, pois há previsão de mudança na gestão da SEMANB no ano de 2017, ficando acertado, criar um informativo sobre a implementação da coleta seletiva domiciliar no lixo, servindo de base para construção do banner educativo, em 2017 articular ações de educação ambiental para as 30 (trinta) famílias por meio de um curso de reciclagem para educar de fato sobre a coleta seletiva, pois, em 2017, retornaremos as conversas com a nova gestão ambiental. Em face desta realidade constatou-se a necessidade em buscar a parceria e o envolvimento de novos atores sociais.






	Entretanto, a VISA do município de Afuá, decidiu desenvolver ações de educação permanente no âmbito sanitário e ambiental sobre o tratamento da água para consumo humano nos locais priorizados, fazendo a relação dos perigos e riscos sanitários do despejo dos resíduos sólidos (lixo) nos rios e igarapés que servem como uma das formas de abastecimento de água para consumo humano, ressaltando sobre a importância de implementar a coleta seletiva do lixo, fundamentado nos resultados dos laudos de água que constatou a presença de coliformes a 45°C e bactérias que provocam doenças de veiculação hídrica.
Ação em Ordem de Precedência	
AÇÃO 2: Implementação da educação permanente sanitária e ambiental para as 30 famílias nos bairros capim-marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ) e Extensão da Beira Mar Bosque (PORTEL), sob responsabilidade: Joésio Silva e Nizomar Junior conforme as atividades de 2a, 2b, 2c, 2d e 2e.	
Situação	Em andamento (ED) no município de Afuá. No entanto para o município de Portel a previsão de execução será no ano de 2017.
Resultados	1 – Mudanças culturais sobre o tratamento da água para o consumo humano devido a não utilização do hipoclorito de sódio e/ou água sanitária a 2,5% e efetivar as ações de educação permanente no âmbito sanitária e ambiental na Escola Frei Faustino Legarda do município de Afuá com o empoderamento dos alunos envolvidos com as 30 famílias dos bairros Capim-Marinho, invasão da Universidade ao lado da WEBFLASH e MEAP (AFUÁ).
Dificuldades	A atividade (2a) para o município de Afuá, constatou-se a ausência do departamento de educação ambiental da Secretaria Municipal de Meio de Ambiente de Afuá – SEMAMB.
	Apresentou-se a intencionalidade do Projeto Aplicativo à direção e corpo técnico pedagógico da Escola Municipal Frei Faustino Legarda, localizada no bairro capim-marinho, firmando parceria para utilizar o Programa Mais Educação para a implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo aos alunos, utilizando material reciclado, confeccionado pelos alunos, entre os dias 24 a 28 de novembro de 2016, pois, existem

Novas Ações e/ou ajustes	<p>inúmeros alunos na Escola, que residem nas áreas com alto índice de atendimentos de diarreia.</p> <p>No mês de novembro, realizar a divulgação dos resultados e discussões sobre a aplicabilidade do Projeto Aplicativo, visando adequar aos objetivos do Projeto OLHO no LIXO, pois, acredita-se que o mesmo perdeu a essência nos seus objetivos, devido vários entraves organizacionais. Porém, após, os resultados obtidos no Projeto Aplicativo, apresentaremos informações claras e objetivas que podem mudar de fato a realidade sobre o destino inadequado do lixo e também demonstrar a coletividade que podem realizar o tratamento da água para consumo humano de forma imediata para mitigar os índices de atendimento da diarreia, com isso, haverá a possibilidade de apresentar os indicadores da DDA (Doenças Diarreicas Aguda) nos espaços de discussão da CIR Marajó I e II, prefeituras municipais de Afuá e Portel e ao Ministério Público das Comarcas dos municípios de Afuá e Portel para que possamos avançar nas obras de ampliação dos sistemas de abastecimentos de água dos municípios de Afuá e Portel, que está sendo ampliado pelo Governo do Estado do Pará a mais 06 (seis) anos.</p>
---------------------------------	---

3º Movimento: Construir o cronograma de acompanhamento da implementação das ações.

De acordo com Coleman *et al*, (2015) “Para construção do cronograma de acompanhamento do plano sugere-se a utilização do diagrama de Gantt. Este diagrama consiste na representação gráfica que ilustra o avanço das diferentes etapas de um projeto”.

NÓS-CRÍTICO 1	2016 - AFUÁ E PORTEL					2017 – AFUÁ E PORTEL												
AÇÃO 1	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
1a	01/05					01/15						01/15						
1b	01/05					16/31						16/31						
1c	08/12						01/28						01/31					
1d	08/12						01/28						01/31					
1e	23/24							01/15						01/15				

1f	25/31							16/31						16/30			
1g	25/31							16/31						16/30			
AÇÃO 2	AGO	SET	OUT	NOV		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2a		01/30	01/13						01/30						01/31		
2b			13/14							01/15						01/15	
2c			17/21							01/15						01/15	
2d			24/28							16/31						16/30	
2e				01/04						16/31						16/30	
2f				06/07							01/15						01/15
2g				09/10							16/31						16/31
2h				14/18							16/31						16/31
2i				14/18							-----						-----
2j				14/18							16/31						16/31
2l					05/06						-----						-----
2m					15						05						15
 Desvio relativo de até 5%		 Desvio entre 5% e 10%		 Desvio maior que 10%				 Atividade Finalizada				 Atividade não concluída					

4º Movimento: Construir a Planilha Orçamentária das Ações/Atividades que demandam recursos econômicos.

De acordo com Coleman *et al*, (2015) “Ao chegar nesse momento do planejamento estratégico, o ator responsável do Projeto Aplicativo – PA tem nas mãos um poderoso produto. Realizado de maneira individual ou em grupo, o processo de construção do PA permite o acesso e o domínio de importantes dispositivos e ferramentas que apoiam o desenvolvimento do pensamento estratégico”.

Planilha Orçamentária						
Nós Críticos	Ações 1	Data Inicial	Data Final	Despesas de custeios	Despesas de Investimentos	TOTAL

NC 1	1a	01/08/2016	05/08/2016	R\$ 20,00#	R\$ 1.000,00#	R\$ 1.120,00#
	1b	01/08/2016	05/08/2016		R\$ 100,00#	R\$ 100,00#
	1c	08/08/2016	12/08/2016		R\$ 200,00#	R\$ 200,00#
	1d	08/08/2016	12/08/2016	-----	-----	-----
	1e	23/08/2016	24/08/2016	R\$ 450,00#	R\$ 120,00#	R\$ 570,00#
	1f	25/08/2016	31/08/2016	R\$ 50,00#	-----	R\$ 50,00#
	1g	25/08/2016	31/08/2016	R\$ 875,00#	R\$ 100,00#	R\$ 975,00#
Nós Críticos	Ações 2	Data Inicial	Data Final	Despesas de custeios	Despesas de Investimentos	TOTAL
NC 1	2 ^a	01/09/2016	13/10/2016	R\$ 477,50#	R\$ 300,00#	R\$ 777,50#
	2b	13/10/2016	14/10/2016	R\$ 450,00	R\$ 120,00	R\$ 570,00#
	2c	17/10/2016	21/10/2016	R\$ 850,00	R\$ 450,00	R\$ 1.200,00#
	2d	24/10/2016	28/10/2016	R\$ 200,00#	-----	R\$ 200,00#
	2e	01/11/2016	04/11/2016	R\$ 20,00#	-----	R\$ 20,00#
	2f	05/11/2016	05/11/2016	-----	R\$ 130,00#	R\$ 130,00#
	2g	09/11/2016	10/11/2016	R\$ 550,00#	R\$ 450,00#	R\$ 1.000,00#
	2h	14/11/2016	18/11/2016	-----	-----	
	2i	14/11/2016	18/11/2016	R\$ 500,00#	R\$ 300,00#	R\$ 800,00#
	2j	14/11/2016	18/11/2016	-----	-----	-----
	2l	21/11/2016	25/11/2016	-----	-----	-----
	2m	05/12/2016	06/12/2016	R\$ 2.000,00	-----	2.000,00#
	2l	15/12/2016	15/12/2015	R\$ 500,00 #	-----	R\$ 500,00#
TOTAL						R\$ 10.082,50#

7 – RESULTADO E DISCUSSÃO

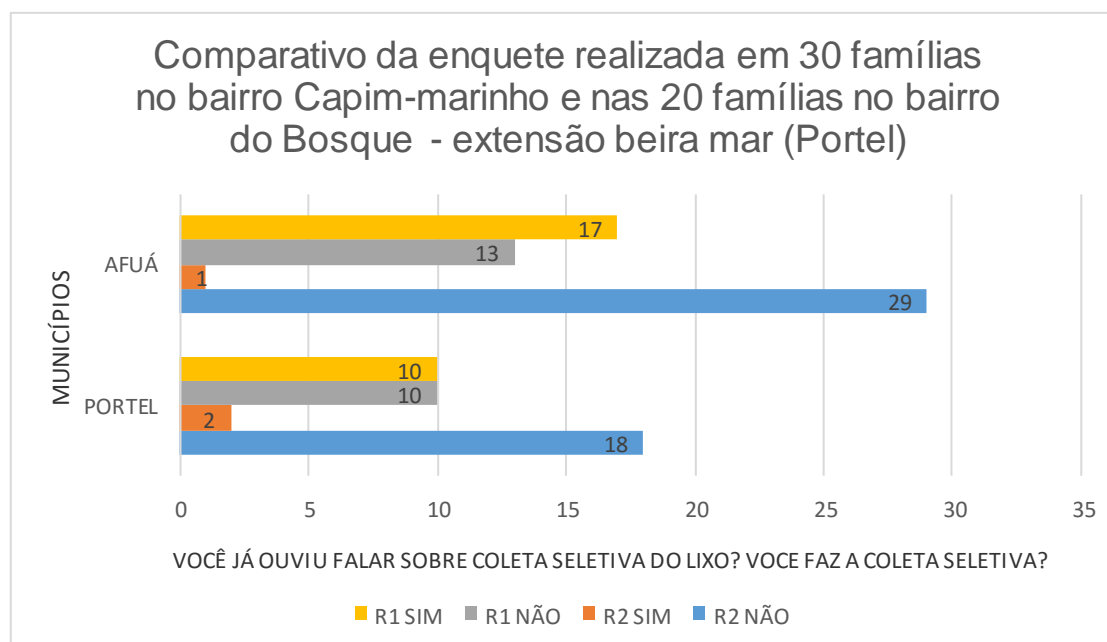
Para Santos (2016) “a pesquisa de campo quantitativa, consiste em investigações empíricas, que objetivam o delineamento ou análise das características principais de um fenômeno, a avaliação de programas ou ainda o isolamento de variáveis principais ou chave”. Com base nesse conceito foram aplicadas ENQUETES (questionário) nos bairros capim-marinho, invasões da Universidade ao lado da webflash e Meap (AFUÁ) e na extensão beira-mar do bairro do bosque (Portel), no período de 17 a 31 de agosto de 2016, para avaliar o grau de conhecimento das pessoas envolvidas no projeto.

Assim na aplicabilidade da ENQUETE, constataram-se locais com acúmulo de resíduos sólidos (lixo), sendo despejados nos igarapés e rios dos locais em estudo. Contudo, alguns locais são mantidos limpos e sem lixo aos arredores. O lixo doméstico na sua maioria é encaminhado à lixeira pública, e alguns queimam nos quintais. Desta forma, ressalta-se que a dificuldade das famílias encaminharem seus lixos às lixeiras públicas, ocorre principalmente pelo fato da demora em serem recolhidos.

Segundo Santos (2016) “o acúmulo do lixo nas residências ocorre tanto em cidades de pequeno como grande porte”. Assim, vivenciamos esta realidade nos referidos locais. A primeira pergunta da enquete foi a seguinte:

7.1 VOCÊ JÁ OUVIU FALAR SOBRE A COLETA SELETIVO DO LIXO? VOCE FAZ A COLETA SELETIVA?

O gráfico a seguir demonstra a opinião dos entrevistados nos municípios de Afuá e Portel.



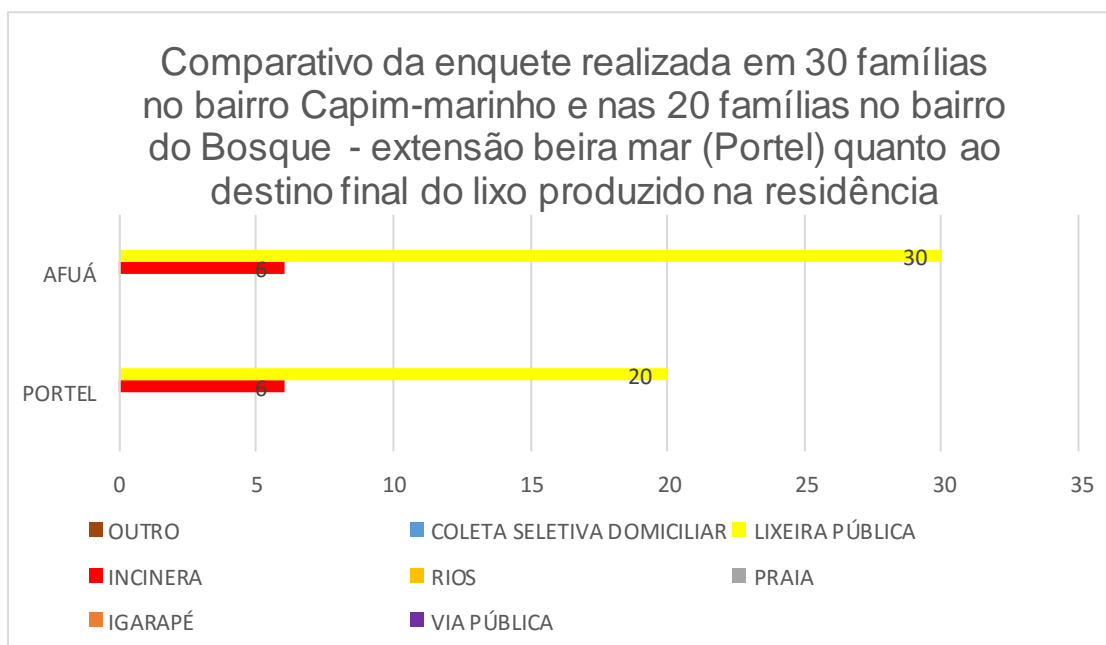
No bairro capim-marinho do município de Afuá das 30 famílias entrevistadas, 17 (dezesete) responderam que já tinham ouvido falar em coleta seletiva, porém 13 (treze)

famílias, responderam (NÃO), e que nunca ouviram falar sobre assunto, e ainda das trinta somente uma fazia a coleta seletiva em virtude de participar do Projeto de OLHO no LIXO.

Enquanto na extensão beira-mar do bairro bosque (Portel), 10 (dez) famílias responderam (SIM), foram informados através de: jornal escrito, em outro município, na escola, rádio comunitária, e 10 (dez) famílias, responderam (NÃO), e que nunca ouviram falar sobre assunto. Por conseguinte, 18 (oito) famílias responderam que não fazem coleta seletiva domiciliar do lixo, e somente 02 (duas) famílias fazem a coleta seletiva separando o lixo úmido do seco.

Portanto a coleta seletiva do lixo, deve ser priorizada nestes bairros, pois, constatou-se inúmeros acúmulos de resíduos sólidos (lixo), e isso acontece, devido à ausência de implantação de políticas públicas, voltadas para a separação do lixo domiciliar. De acordo com Sectam (2006), “ressalta que a limpeza da cidade começa dentro de casa, ou seja, no local onde o lixo é gerado”. E uma população sem entender de fato quais seus deveres ambientais e sociais, inconscientemente vai degradando o meio em que vive, pois, sem a implantação e implementação da coleta seletiva do lixo domiciliar, todas as outras ações serão limitadas, e não terão impactos desejados nas comunidades. Assim para Santos (2016) “as políticas públicas de saneamento básico são essenciais para a promoção da saúde e da qualidade de vida das comunidades, pois possibilitam um ambiente livre dos vetores (animais e insetos) e contribui para a redução e o controle de doenças”.

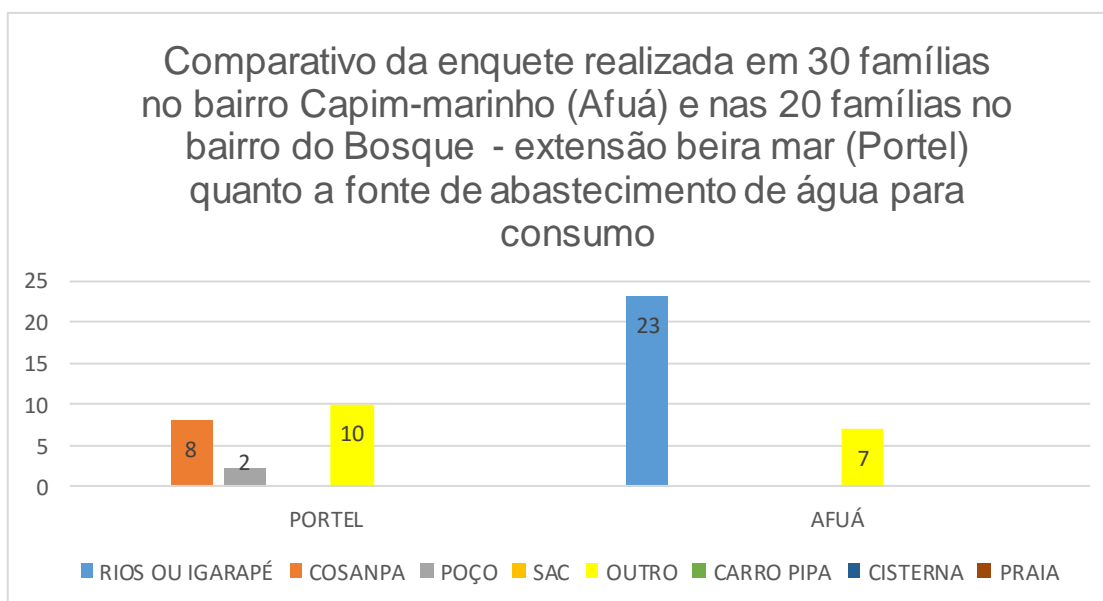
7.2 QUAL O DESTINO FINAL DO LIXO PRODUZIDO NA RESIDÊNCIA?



Todas as 30 (trinta) famílias entrevistadas no bairro capim-marinho e as 20 famílias na extensão beira-mar, responderam que o destino do lixo domiciliar é na lixeira pública, porém destas, 06 (seis) famílias, disseram que incineram o lixo como papeis e plásticos nos quintais. Contudo, evidenciou-se que nos lados das lixeiras públicas, localizados nos bairros

entrevistados, encontra-se com um grande acúmulo de resíduos sólidos (lixo). Desta forma, a coleta do lixo é imprescindível na vida de uma população para impedir o desenvolvimento das possíveis transmissões de doenças e abrigo de animais, pois, segundo Sectam (2006) “A prefeitura deve atender indistintamente toda a população do Município, assim como fazer a coleta regularmente (...) Quando o lixo não é recolhido, a cidade fica com mau aspecto e mau cheiro”.

7.3 QUAL A FONTE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA O CONSUMO?



Na extensão beira-mar do bairro bosque 10 (dez) famílias responderam que a fonte de abastecimento de água para o consumo são provenientes de poço amazonas, sendo originadas de casa de familiares ou amigos, já 08 (oito) famílias relatam que consomem da Companhia de Saneamento do Estado do Pará – COSANPA, e por fim 02 (duas) famílias são abastecidas por poços artesanais próprios.

Vale ressaltar que em épocas de crise e deficiência da COSANPA esses poços artesanais funcionam como solução alternativa coletiva as famílias envolvidas na enquete.

Em contrapartida no bairro do capim-marinho 23 (vinte e três) famílias, responderam que usam água para consumo direto dos igarapés, destes 09 (nove) construíram poços superficiais de 2 a 4 metros de profundidade para armazenar água para as atividades domésticas e para consumo domiciliar, quando não tem jeito de conseguir água tratada do sistema oficial.

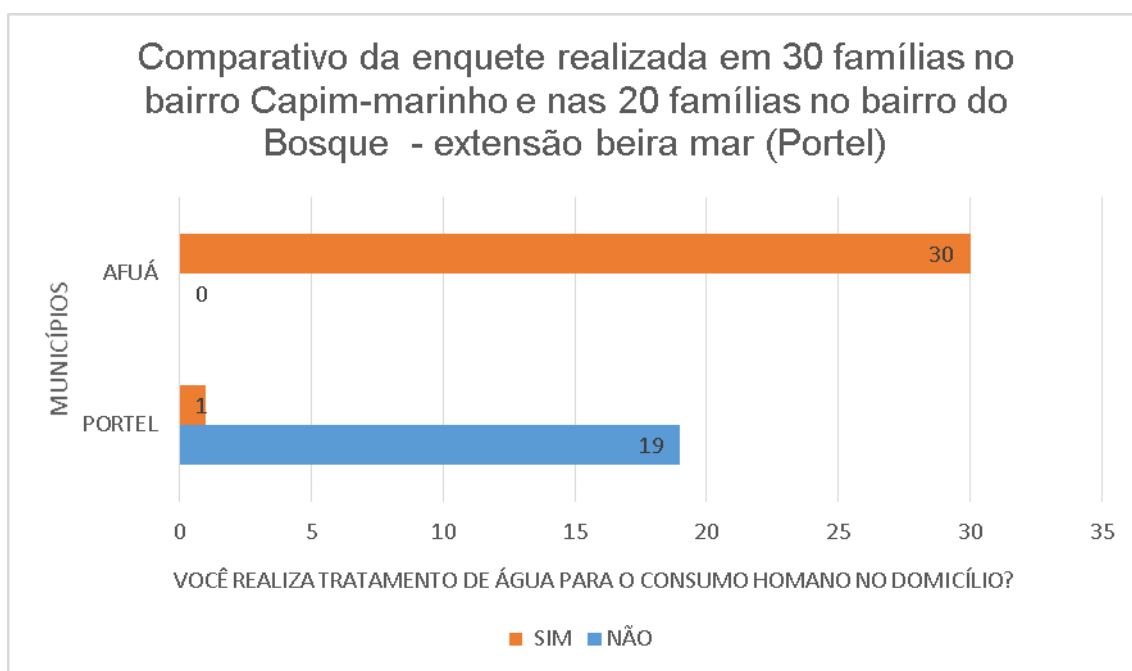
E 07 (sete), responderam que utilizam água do sistema de abastecimento de água no municipal, que vem ofertando água para consumo fora dos padrões de potabilidade para consumo, fazendo com que as comunidades busquem outra forma de abastecimento de água, ocorrendo grande risco à saúde da coletividade. Desta forma, o município está localizado na região Amazônica e apresenta características específicas peculiares.

“Afuá, está localizado em área de várzea, tendo as mares (alta e baixa) como aquela que defini a disponibilidade de água aos moradores do Capim Marinho, bairro periférico da sede e cujo o abastecimento de água está sendo estruturado, pois ainda não atende o total da população no local” (NEPOMUCENO; SILVA; 2016, p. 2).

Com a maré alta nos igarapés, conhecido popularmente como enchentes, as famílias realizam a captação da água para consumo humano e atividades domésticas. É neste momento que 07 (sete) famílias armazenam água para consumo e atividades domésticas em poços superficiais de 2 a 4 metros de profundidade, devido à dificuldade na disponibilidade de água potável pelo serviço público.

“A falta de saneamento básico, o abastecimento de água irregular, o acúmulo de lixo, as vastas regiões próximas a córregos e igarapés e a falta de conscientização ambiental da população possibilitam a elevada frequência de doenças de transmissão oral fecal e de doenças associadas a proliferação de vetores”. (NASCIMENTO; SANTOS; 2016 p. 34).

7.4 É REALIZADO O TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO NO DOMICILIO?



As 30 (trinta) famílias do bairro capim-marinho responderam que realizam tratamento de água, mas, somente com a adição do produto sulfato de alumínio, conhecido por elas como cloro, sem fazer uso da água sanitária e/ou hipoclorito de sódio.

Em oposição 19 (dezenove) famílias da extensão beira-mar responderam que não realizam tratamento na água para consumem, e 01 (uma) família respondeu que realiza o tratamento da água, porém apenas quando tem o hipoclorito fornecido por Agentes Comunitários de Saúde.

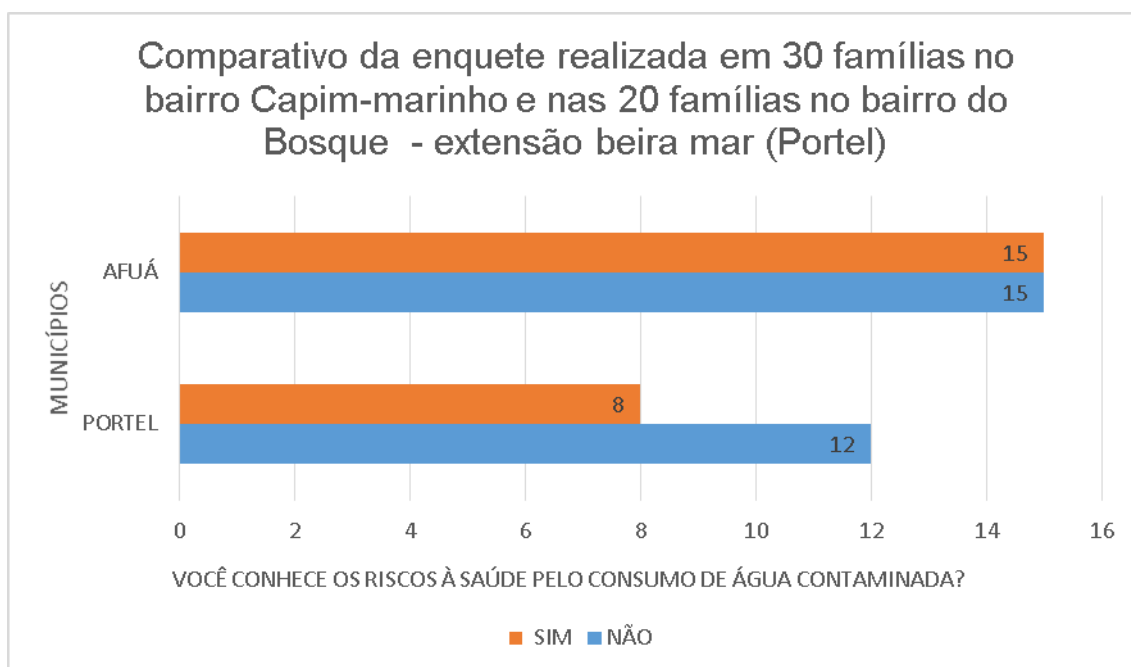
Desta forma, percebe-se que as famílias pertencentes ao bairro capim-marinho acreditam que somente o sulfato de alumínio é suficiente para o tratamento da água para consumo, porém desconhecem os perigos da água contaminada para consumo humano sem adição de hipoclorito de sódio e/ou água sanitária, devido à ausência de informações das quantidades adequadas para o tratamento da água.

Já as famílias da extensão beira-mar apresentam fragilidades quanto à exposição ao consumo de água não tratada, pelo fato de consumirem água de poços e essas não apresentarem variação na cor e elas acreditam que estão adequadas para consumo.

Para Santos (2016) “A água é normalmente habitada por vários tipos de microrganismos de vida livre e não parasitária, e se a água não recebe o tratamento adequado, oferece riscos à saúde do homem”.

Utilizou-se a experiência no tratamento da água para consumo humano com o sulfato alumínio com uma solução a 1% que é frequentemente utilizada pelos agentes comunitários de saúde do meio rural de Afuá. Pois, constatou-se nas amostras que todas as amostras para o parâmetro de turbidez ficou dentro do estabelecido. Porém, o Instituto Evandro Chagas (2012), orientou o município para preparar uma solução de sulfato de alumínio a (1% e a cada 2 litros, e adiciona 20 ml dessa solução para 50 litros”).

7.5 VOCÊ CONHECE OS RISCOS À SAÚDE PELO CONSUMO DE ÁGUA CONTAMINADA?



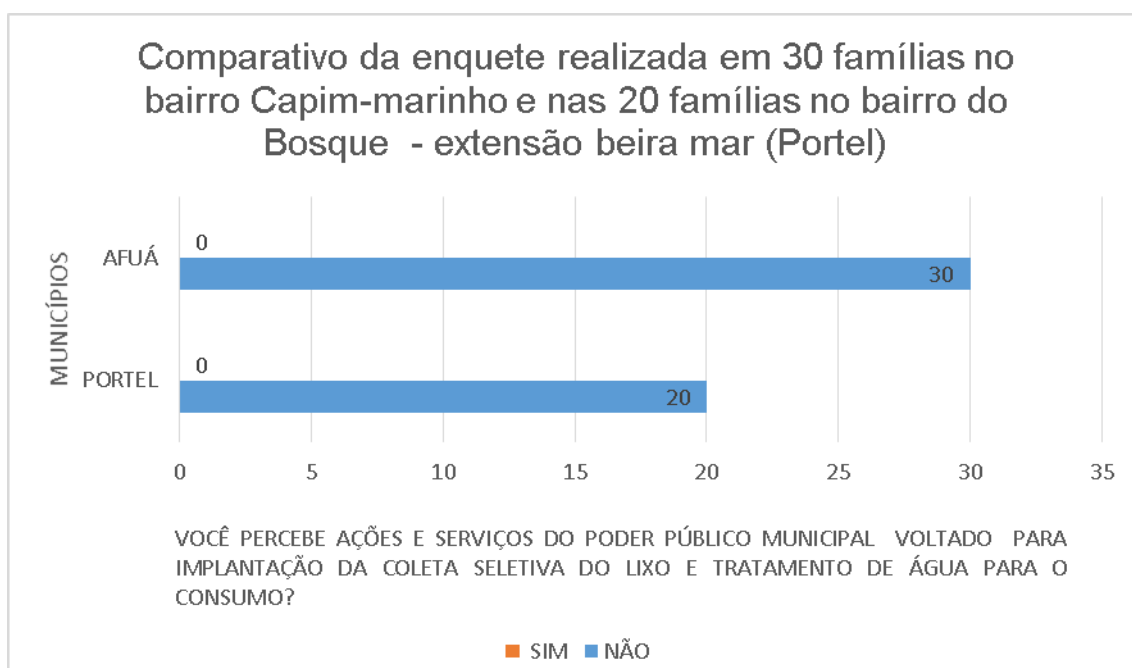
No bairro capim-marinho metade das famílias entrevistadas responderam que não conhecem os perigos na água contaminada para consumo humano, e a outra metade respondeu que conhece os perigos do consumo de água contaminada, mencionando a diarreia, vômito, hepatite A e verme, relatando que não tem outra opção, pois o jeito é

correrem estes riscos à saúde para ter água para consumir. Neste caso, (50%) das famílias conhecem as situações de riscos, mas preferem viver em circunstâncias que foram impostas socialmente.

A vulnerabilidade está sempre referida ou associada a uma situação de risco, onde os perigos são produzidos socialmente (...) Uma pessoa que não tem acesso a informação sobre os riscos de se expor a uma determinada doença, está mais vulnerável do que outra bem informada sobre o assunto. (GONDIM, 2015, p. 6)

Enquanto na extensão beira-mar 08 (oito) famílias relatam conhecer os riscos do consumo da água contaminada, dos quais 03 (três) não souberam responder quais, e entre os mais citadas foram às verminoses, hepatite, diarreia e vômito. Por outro lado 12 (doze) responderam que desconhecem aos riscos quanto ao consumo da água contaminada.

7.6 VOCÊ PERCEBE AÇÕES E SERVIÇOS DO PODER PÚBLICO MUNICIPAL VOLTADO PARA IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA DO LIXO E TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO?



As 30 (trintas) famílias do bairro do capim-marinho e as 20 (vinte) famílias da extensão beira-mar do bairro do bosque responderam (NÃO), e destacam a ausência do poder público, voltado para implantação de políticas públicas de saneamento básico com as ações de educação ambiental para a implementar a coleta seletiva domiciliar do lixo e o tratamento da água para consumo humano dos igarapés e sistema de abastecimento oficial. Nesse sentido, o desgaste com os discursos de gestores municipais ao longo dos anos refletem a perda da esperança, que um dia será ofertado ações e serviços de saneamento básico, voltado para atender as necessidades sociais à saúde da coletividade.

Neste sentido, observamos a necessidade de planejar para identificar os problemas de saúde expõem as pessoas nos território, visando formular diretrizes claras e objetivas na busca das explicações das realidades a serem enfrentadas, e também identificar o lado subjetivo que potencializa as incertezas e as circunstâncias. (NEPOMUCENO; SILVA; 2016, p. 2).

Este cenário sinaliza a necessidade no desenvolvimento de ações de saúde e de saneamento básico para mudar de forma eficiente a realidade vivenciada pelas famílias, focalizadas neste projeto, pois estas comunidades são esquecidas e excluídas da política desenvolvidas pelos poderes públicos municipais, responsável pelo bem estar social do cidadão, demonstrando assim que estes gestores não almejam transformar de fato as realidades desfavoráveis que as famílias enfrentam no território, pois é direito do ser humano ter ações eficazes de saneamento básico de acordo com a realidade, dando visibilidade necessária a qualidade de vida e acima de tudo da saúde da coletividade.

Caso contrário, as circunstâncias impostas, sem a perspectiva de alterar o rumo da realidade no município, pode ser a continuidade do impacto à saúde da comunidade, sem, contudo, quebrar paradigmas tradicionais com ações de saneamento básico como a simples oferta de água para consumo não se apresenta como benefícios à comunidade, por serem políticas executadas “debaixo da terra”, sem dar a visibilidade à “ações política” que vale a vida do cidadão brasileiro. (NEPOMUCENO; SILVA, 2016, p. 2).

Ressalta-se que foram encaminhadas 10 (dez) amostras de água para análise física química e microbiológica para verificar a presença ou ausência de coliformes totais e a bactéria *Escherichia Coli*, visando identificar se o tratamento da água utilizada empiricamente pelas famílias dos bairros capim-marinho (Afuá) e extensão beira-mar do bosque (Portel), encontra-se dentro dos padrões de potabilidade para o consumo humano. E após o resultado, iniciaram as orientações sobre o tratamento com o uso da solução de Sulfato de alumínio e de hipoclorito sódio 2,5% nas 30 (trinta) famílias do bairro capim-marinho. Posteriormente serão novamente coletadas mais 10 (dez) amostras de água, nesse momento buscaremos avaliar a eficácia dos produtos no tratamento da água e sua conformidade com as normas estabelecidas pela Portaria nº. 2.914/2011. De acordo com a SESP (2013) “O hipoclorito de sódio é o desinfetante recomendado para purificar a água para uso e consumo humano (...) serve para limpar e purificar a água para consumo humano”. E ainda de acordo com SESP (2013) “Ao utilizar a solução de hipoclorito de sódio estinguem às chances de contaminação e conseqüentemente doenças como a diarreia, hepatite A, E. Coli, cólera, rotavírus e noravírus, por exemplo”.

De acordo com os primeiros resultados das amostras analisadas pelo Laboratório Central do Pará – LACEN-PA, conforme abaixo:

RELATÓRIO DE ENSAIOS Nº. 1600709000072 a 1600709000082 do município do Afuá no Bairro da Universidade do lado da webflash e MEAP, do mês de setembro, ano de 2016.

Nº.	CLORAÇÃO	C. FECAIS	E. COLI	TURBIDEZ	ENDEREÇO:
-----	----------	-----------	---------	----------	-----------

	Entre 0,2 a 5,0 mg/l	Ausência em 100 ml	Ausência em 100 ml	VMP: 5 uT	Ruas Universidade – Lado da webflash MEAP.
072	0,03 mg/l	Ausência	Ausência	3,52 uT	Universidade – Webflash
073	0,08 mg/l	Presença	Ausência	4,95 uT	Universidade – Webflash
074	0,00 mg/l	Presença	Presença	4,99 uT	Universidade – Webflash
075	0,01 mg/l	Presença	Ausência	3,99 uT	Universidade – Webflash
076	0,01 mg/l	Presença	Presença	2,62 uT	Universidade – Webflash
077	0,02 mg/l	Presença	Presença	2,10 uT	Universidade – Webflash
078	0,07 mg/l	Presença	Presença	11,2 uT	Universidade – Webflash
079	0,01 mg/l	Presença	Presença	4,74 uT	Universidade – MEAP
080	0,01 mg/l	Ausência	Ausência	2,42 uT	Universidade – MEAP
081	0,01 mg/l	Presença	Presença	2,92 uT	Universidade – MEAP
082	0,01 mg/l	Presença	Presença	1,83 uT	Universidade – MEAP

Fonte: <https://gal.saude.pa.gov.br>

Desta forma, constatou-se que todas as amostras analisadas tiveram os resultados insatisfatórios, descumprindo as disposições da Portaria nº. 2.914/2011, devido a falta de cloração da água para eliminar a presença de coliformes fecais e Escherichia Coli que pode ser a causadora da diarreia em crianças no município.

Neste contexto, evidência que nesta localidade, podemos realizar ações educativas para sensibilizar as famílias para uso de água sanitária, conforme estabelecido no COMUNICADO à população, atuando de fato na causa imediata da doença, e, demonstrando ao poder municipal que é necessário reestruturar o sistema oficial de abastecimento de água no bairro capim-marinho, pois esta localidade, encontra-se desassistida na oferta de tratamento de água para consumo, já que utilizam tanto água para consumo do sistema e dos rios e igarapés próximos as residências.

Na extensão beira-mar do bairro bosque do município de Portel os resultados do Laboratório Regional de Breves foram os seguintes:

Nº.	C. TOTAIS Ausência em 100 ml	E. COLI Ausência em 100 ml	ENDEREÇO: Bairro do bosque
12	Presença	Presença	Extensão beira-mar
20	Ausência	Ausência	Extensão beira-mar
21	Ausência	Ausência	Extensão beira-mar
22	Presença	Ausência	Extensão beira-mar
23	Ausência	Ausência	Extensão beira-mar
24	Ausência	Ausência	Extensão beira-mar
25	Ausência	Ausência	Extensão beira-mar
26	Presença	Presença	Extensão beira-mar
27	Presença	Ausência	Extensão beira-mar
28	Ausência	Ausência	Extensão beira-mar

Fonte: VISAMB/SMS PORTEL

Constatou-se que 40% das amostras analisadas tiveram os resultados insatisfatórios, descumprindo as disposições da Portaria nº. 2.914/2011. É importante ressaltar que uma das amostras insatisfatória corresponde a um poço amazonas que funciona como solução

alternativa coletiva para algumas famílias da extensão beira-mar, o que sugere um número maior de pessoas expostas ao consumo de água não tratada.

Após os resultados laboratoriais as atividades na extensão beira-mar foram cessadas. A continuidade do projeto aplicativo está prevista para o ano de 2017, pois no município de Portel houveram mudanças dos atores sociais que estavam na gestão dos serviços, onde requer novamente um período necessário para sensibilizar novos atores.

Nos meses de setembro e outubro, iniciou-se as ações educativas para a implementação dos objetivos no Projeto Aplicativo do GVISA sobre o tratamento da água e implantação da coleta seletiva do lixo no bairro do Capim-Marinho para as 30 (trinta) famílias, contudo, constate-se que as mesmas, não utilizam o hipoclorito de sódio e/ou água sanitária para tratamento da água, devido algumas situações culturais e financeiras. Tendo a parceria da Agente Comunitária de Saúde Danielle Souza da Silva e os demais membros da VISA, porém, após as ações de educação permanente do projeto, ficou acertado encaminhar mais 10 (dez) amostras de água para análise no Laboratório Central do Pará – LACEN/PA, no período de 13 a 14 de outubro de 2016, visando verificar se as atividades foram compreendidas pelas famílias.

No dia 08 de outubro de 2016 a Associação Agroextrativista do Rio Araramã do município de Afuá, solicitou a Secretaria de Saúde, que fosse aplicado na comunidade do Rio Charapucu o Projeto Aplicativo sobre o tratamento da água para consumo humano e implementação da coleta seletiva do lixo, pois, constatou-se na localidade que todo o lixo é incinerado em pequena quantidade, pois não tem como dar destino adequado ao mesmo, ficando acertado retornar no dia 17 de dezembro de 2016 para realizar ações de educação permanente sanitária e ambiental para as outras famílias que não participaram deste primeiro momento, pois a comunidade relatou que os ensinamentos sobre o tratamento da água é bem prático e fácil de ser aplicado nas residências da comunidade.

Nos dias 25 a 31 de outubro de 2016, realizou-se atividade de sensibilização por meio da educação permanente, sanitária e ambiental com viés estratégico à promoção em saúde para mais de 100 (cem) alunos da Escola Municipal Frei Faustino Legarda no Capim-Marinho para implementação da coleta seletiva domiciliar do lixo, ficando acertado com o corpo técnico pedagógico e professores para incluir o Projeto Aplicativo na Feira de Ciência que acontecerá em novembro data a definir para ensinar aos alunos da escola realizar o tratamento de água para consumo humano, conforme estabelecido na Portaria nº. 2.914/2011 para aos alunos da escola para que possam escolher conscientemente entre o processo saúde e doença.

Nas discussões evidenciou ações de educação ambiental e sanitária incipientes, baseado nas necessidades sociais em saúde local. A educação permanente deve ser continuada aos alunos, pois, acredita-se que a gestão ambiental e sanitária devem ser

discutidas constantemente no meio escolar, visto que sensibilizar esta nova geração é o caminho para melhorar o futuro que queremos, inserindo a comunidade escolar no processo de discussão de políticas públicas adequadas para as resoluções dos riscos e agravos à saúde da coletividade.

Deste modo, apresentar de forma objetiva os resultados e discussões deste projeto à comunidade escolar, é o primeiro passo para sensibilização, visando enfrentar as problemáticas ambientais nos municípios de Afuá e Portel, pois se espera que os alunos tenham uma relação agradável com o meio ambiente em que vivem, tornando-os mais conscientes sobre suas atitudes e atividades de degradação no contexto, percebendo que as problemáticas ambientais só poderão ser modificadas e melhoradas se a participação de todos seja de fato satisfatória para transformar a qualidade de vida que encontra-se comprometida por fatores e agentes infecciosos despejados pela coletividade diariamente nos corpos hídricos.

Neste sentido, acertou-se que em 2017 serão escolhidas em conjunto com a coordenação do Programa Mais Educação 30 (trinta) famílias com vulnerabilidade social para implementação dos objetivos do Projeto Aplicativo.

No dia 08 de novembro de 2016 o Ministério da Saúde por meio da Formação em Ação executada pelo Hospital do Coração – Hcor em parceria com a Secretaria Executiva de Saúde do Pará – SESPA e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/PA apresentaram o Plano de Intervenção da Região de Saúde do Marajó I, como proposta de enfrentamento do problema das doenças de veiculação hídrica (diarreia) em curto prazo através do Projeto Aplicativo do curso de Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA) da região Belém, do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL com a abordagem sobre as “Estratégias para Fortalecimento da gestão ambiental e sanitária nos municípios de Afuá e Portel”. O Projeto Aplicativo será apresentado no Seminário Estadual com foco na regionalização para institucionalizar os planos nas 4 regiões de saúde, servindo de base para o ciclo de Planejamento Estratégico Situacional para os municípios da região do Marajó.

Desta forma foi orientado pela equipe técnica do Ministério da Saúde buscar novas formas de tratamento de água para o consumo humano na Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, pois existe o Projeto SALTA-z “Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água” que foi implantado no município de Santa Cruz do Arari na Ilha do Marajó na expectativa que a tecnologia possa atender às comunidades ribeirinhas no provimento de água potável, apresentando a mitigação nos casos de atendimentos da diarreia.

Quanto a visita técnica preliminar a essas comunidades, constatou-se que são formadas por famílias de baixa renda,

localizadas em áreas poluídas e ainda irregulares aos longos dos igarapés e braços de rio e apresentam-se carentes de serviços básicos de saneamento e infraestrutura como água tratada, esgoto sanitário, coleta de lixo, etc. (FUNASA, 2016 p. 1)

No dia 09 de novembro de 2016 foi realizado a exposição do projeto aplicativo por meio do banner para os convidados do Grupo Afinidade 2 e aos demais especializandos do curso de gestão da vigilância sanitária, gestão da clínica e regulação. Os convidados deixaram suas sugestões conforme os seguintes critérios presentes na ficha de avaliação do IEP/HSL:

- 1- Contextualização: “o PA foi muito bem contextualizado, enfocando os dois municípios do arquipélago do Marajó, com suas problemáticas ambientais, sociais, econômicas e de saúde pública”.
- 2- Relevância: “considerado de alta relevância, pois envolve pessoas, cuidado e prevenção de doenças, levando a uma economia dos gastos públicos”.
- 3- Objetivos: “o objetivo está claramente definido, porém sugeriu-se a inclusão do tratamento água por considerar relevante durante as ações de intervenção no projeto aplicativo”.
- 4- Fundamentação: concorda que o PA discute o problema/necessidade baseado em literatura específica, atualizada e adequadamente citada e em referenciais teóricos e/ou empíricos reconhecidos, de modo que as análises dos dados estejam referenciadas em evidências.
- 5- Proposta de intervenção: ratifica que a proposta de aplicação se encontra claramente definida, há uma descrição clara das atividades ou dos instrumentos que serão utilizados, as estratégias estão coerentes com o texto e as ações específicas são intermediárias ou desdobramentos da ação geral.
- 6- Gestão do Plano: quanto à previsão de equipe com definição de tarefas foi considerada que a mesma não está fechada; que faz previsão dos mecanismos de monitoramento e avaliação; de orçamentos; ocorre coerência entre indicadores/critérios de avaliação dos resultados esperados, assim como a definição da temporalidade/cronograma para realizar as ações e do monitoramento ou avaliação.
- 7- Viabilidade: o projeto foi considerado viável, pois há coerência, factibilidade e institucionalização das ações em relação à análise de cenários e aos recursos necessários e aos objetivos (legitimação e validação no serviço/região, pactuação dos atores relevantes).

Observação final da convidada: “o projeto é digno de envolver várias parcerias, pois seus resultados minimizam prejuízos à saúde humana e ao meio ambiente”.

No período de 16 a 18 de novembro de 2016, foram executadas as atividades estabelecidas no Plano de Intervenção para o cumprimento dos objetivos do Projeto Aplicativo. E por meio do **OFICIO Nº. 040/2016/SEVISA/SEMUSA/PMA**, de 17 de novembro de 2016, solicitamos a direção da Regional de Proteção à Saúde/7ºRPS/SESPA o aumento no fornecimento do hipoclorito de sódio para o município, pois, segundo levantamento do Programa Agente Comunitário do Bairro Capim-Marinho, fundamentado no **Ofício nº. 44/2016**, Afuá-PA, de 17/10/2016, constatou-se que temos 1.301 (mil trezentos e uma) famílias cadastradas, com crescimento desordenado, sem contar que existem uma área descoberta da 5ª Rua da Reciclagens do Lixão municipal e somado a relação estimada de 5,16 hab/unidade por domicílio (IBGE), totaliza 6.713 (seis mil, setecentos e treze) habitantes, contudo a cobertura do Sistema de Abastecimento de Água – SAA-Municipal é de aproximadamente de 3.633 (três mil seiscentos e trinta e três) habitantes com fornecimento de água supostamente tratada.

Por outro lado, mais de 596 (quinhentos e noventa e seis) famílias do bairro Capim-Marinho utilizam “água para beber” dos rios, igarapés e poços superficiais de 3 a 4 metros de profundidade sem tratamento prévio pela cloração. Em razão disso, foi pactuado a apresentação dos resultados do Projeto na reunião da Comissão Intergestores Regionais – CIR Marajó I no dia 13 de dezembro de 2016 em Belém para a coordenação da Vigilância Ambiental do 7ºRPS/SESPA.

E também, através do **OFICIO Nº. 043/2016/SEVISA/SEMUSA/PMA**, de 18 de novembro de 2016, solicitamos a Coordenação da Análise de Água do Laboratório Central do Pará – LACEN sacos coletores para realizar no mês de dezembro as primeiras amostras de “Água de Meio Ambiente” dos rios e igarapés localizados no Bairro do Capim-Marinho próximo ao lixão, que servem como fornecimento de água para consumo humano a inúmeras famílias, visando verificar a carga poluidora em quantidade determinada de poluente lançado em um corpo d’água, sendo informado que foi encaminhado o pedido para análise da direção do LACEN/PA.

Na atividade “avaliação dos resultados dos dados dos atendimentos de diarreia nas Unidades de saúde de Afuá” foi feito o levantamento e análise desses dados correspondentes aos meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2016 (quadro 3) com o intuito de verificar a prevalência dos casos de DDA's, após as atividades educativas.

(Quadro 3). Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Agudas (diarreia) no município de Afuá por meio dos seguintes indicadores: meses de julho a outubro, localidades e resultados, julho a outubro de 2016.

DESCRIÇÃO ANO – 2016		LOCALIDADES			RESULTADOS	
		Capim-Marinho	Central	Rural		
MUNICÍPIO	MÊS	CASOS	CASOS	CASOS	TOTAL	%
AFUA	JULHO	72	36	43	151	33,9
AFUA	AGOSTO	66	37	37	140	31,4
AFUA	SETEMBRO	37	22	13	72	16,1
AFUA	OUTUBRO	32	17	33	82	19,6
TOTAL					445	100

Fonte: Secretaria de Saúde - http://www.saude.gov.br/sivep_dda.

Constatou-se que, no mês de julho, ocorreram 151 casos de DDA'S, sendo 72 no bairro Capim-Marinho, 36 no bairro central e 43 no meio rural, com percentual de 33,9% dos casos. Contudo no mês de agosto, aconteceram 140 casos, destes 66 foram no bairro Capim-Marinho, 37 no bairro central e 37 no meio rural com percentual de 31,4% dos casos.

Sendo assim, após a aplicabilidade das atividades de educação ambiental e sanitária tendo como viés estratégico a promoção em saúde para sensibilizar as famílias atentando para escolha consciente entre processo saúde-doença, visando implementar a cloração como tratamento da “água para beber” consumida direto dos rios e igarapés localizados próximos as Ruas da Universidade ao lado do MEAP e invasão da WEBFLASH e as ruas das reciclagens próximo ao lixão do bairro Capim-Marinho.

A parceria com as entidades filantrópicas Pastoral da Criança – Comunidade São Benedito, Missão Evangélica de Assistência ao Pescador – MEAP e Missão da Renovação Carismática de Afuá foi positiva, pois houve uma redução de 48,6% dos casos, comparado ao mês de agosto, totalizando 72 e destes 37 foram no bairro do Capim-Marinho, 22 no meio rural e 13 no bairro central, e comparando somente os números de casos de atendimento de diarreia no bairro do Capim-Marinho, foco do projeto, ocorreu uma redução de 44,0% dos casos, cumprindo os resultados esperados deste projeto com redução da prevalência e pouca incidência de DDA no local priorizado.

No mês de outubro de 2016, ocorreram 82 casos, e destes 33 no meio rural 32 no bairro do Capim-Marinho, com maior incidência nas ruas das reciclagens, (Guascor) e ruas Patrício Dias Neto, indicando as próximas ruas a serem priorizadas e (13) no bairro central. Contudo, ressalta-se que aconteceram ainda casos de diarreias nas ruas da Universidade ao lado do MEAP e da WEBFLASH, onde foi feita a aplicabilidade do Projeto, porém a análise dos resultados das enquetes das (30) famílias entrevistadas revelou que os casos novos afetaram as famílias não participantes do projeto aplicativo.

Por fim, as fichas de atendimentos da diarreia foram separadas para análise, buscando o apoio da parceria com a Pastoral da Criança e o Programa Agente Comunitário de Saúde para identificar estas famílias e nas suas residências implementar as atividades de sensibilização sobre o tratamento de “água para beber” e do lixo, conforme os objetivos deste projeto. Desta forma, ressalta-se que neste período de aplicabilidade deste projeto, não foram desenvolvidas outras ações de prevenção à saúde da coletividade, devido ao pleito eleitoral municipal.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias para o fortalecimento da gestão ambiental e sanitária neste projeto aplicativo são usadas como formas redução de casos de doenças de veiculação hídrica, contribuindo para a redução de custos com as morbidade e mortalidade; reduzindo o

potencial gerador de problemas sanitários e ambientais nos municípios de Afuá e Portel, que é a destinação inadequada dos resíduos sólidos.

O conhecimento do território, através da enquete feita in loco nas 30 famílias dos dois municípios foram essenciais para nortear as ações adequadas de acordo com a real necessidade da população.

A educação sanitária e ambiental da população é uma forma de emponderá-la para modificar sua realidade, dando a ela a oportunidade de melhorar conscientemente seus hábitos com relação ao processo saúde-doença, e estabelecer a promoção em saúde, que é dos princípios do SUS através da Vigilância Sanitária.

E a promoção em saúde presente nos espaços produtivos na vida, possibilita a coletividade escolher de fato entre o processo saúde-doença, pois se a escolha for à saúde, deve-se iniciar dentro das residências dos municípios de Afuá e Portel o destino adequado dos resíduos sólidos lixo as lixeiras públicas nos horários estabelecidos, encaminhando para as áreas de reciclagens, providenciar mensalmente a limpeza aos arredores dos seus quintais, e na ausência de água potável, realizar o tratamento da água para consumo humano, conforme estabelecido neste Projeto Aplicativo, mas, se a escolha for pela doença, deve-se continuar com as mesmas práticas habituais de jogar resíduos sólidos lixo nos rios, igarapés e vias públicas para contaminar os corpos d'água que serve de consumo para todos os nossos familiares.

Este Projeto Aplicativo, após sua aplicabilidade demonstrou aos profissionais de saúde que através do saber especializado teremos a possibilidade de enfrentar os problemas abordados em suas múltiplas dimensões, política, social, econômica e cultural a saúde da coletividade, pois, as causas não se limitam ao interior de um setor ou área específica, uma vez que suas resoluções dependem da articulação interna e externa com diversos atores sociais envolvidos para ser capaz de educar de forma eficiente através da promoção em saúde 50 (cinquenta) famílias nos municípios de Afuá e Portel, retirando o mal estar da vulnerabilidade social que a população encontra-se submetida, pelo fato da exposição continua a perigos e riscos à saúde, devido ausência de conscientização sobre o correto tratamento da água para consumo humano e coleta seletiva domiciliar do lixo na origem do problema a ser enfrentado com algumas adaptações necessárias, mas, sabendo que o problema nunca é solucionado definitivamente, mas sim controlado através da intervenção adequado sobre o impacto na qualidade da saúde da comunidade.

Conclui-se que quando o planejamento estratégico é voltado para responder os problemas atuais e potenciais, teremos a possibilitar de alterar a realidade desfavorável à saúde da coletividade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº. 2.914, de 12 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

BEZERRA, A. F. B; SILVA, K. B. **Modo de Atenção e Modelos de Provisão na Saúde: Um desenho Pautado no Princípio da Integralidade**. Caderno Temático III - Modo de Atenção e Modelos de Provisão. Hcor. Hospital do Coração. **Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde – Formação em Ação**. São Paulo, 2015, p. 25.

Instituto Evandro Chagas (Pará). **Orientação sobre a solução de sulfato de alumínio a 1%**, ano 2013.

LACEN – Laboratório Central do Pará. **RELATÓRIO DE ENSAIOS Nº. 1600709000072 a 1600709000082 do município do Afuá no Bairro da Universidade do lado da webflash e MEAP**, do mês de setembro, ano de 2016. Acesso <https://gal.saude.pa.gov.br>.

RADIS. **LIXO, metades dos municípios brasileiros ainda despeja resíduos a céu aberto, mas cenário vem melhorando nas ultimas duas décadas**. Rio de Janeiro: ESPN/FIOCRUZ, Fevereiro – 2011, pp. 5-8-12. (Edição nº. 102).

_____. **Saneamento Básico – Direito Negligenciado, Acesso À Água Limpa, e Ao Esgotamento Sanitário É Essencial à Saúde**. Rio de Janeiro ESPN/FIOCRUZ, Julho – 2015, p. 20 (Edição N. 154).

_____. **NÃO É NÃO**. Episódios Recentes de Violência Evidenciam a Cultura do Estrupro no País. Rio de Janeiro: ESPN/FIOCRUZ. Julho-2016, p. 17. (Edição 166).

_____. **Cuidados Paliativos**. O desafio de aliviar o sofrimento do outro. Janeiro: ESPN/FIOCRUZ. Setembro-2016, p. 29. (Edição 168).

Beck U. **Risco Sanitário**. Percepção, Avaliação, Gerenciamento e Comunicação. Universidade Federal do Ceará, ano 2015.

FUNASA. **Fundação Nacional de Saúde**. Superintendência Estadual do Pará. Projeto SALTA-z “Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água, ano 2016. Acesso no dia 14/11/2016<<http://www.funasa.gov.br/site/superintendencia-do-para-apresenta-projeto-salta-z-na-ilha-do-marajo/>

RAG. **Relatório Anual de Gestão**: Dados de Morbidade e Mortalidade ano de 2014 dos Municípios de Afuá, Marituba e Portel. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=15&codTpRel=01>. Acesso em: 31 de março de 2016.

_____. **Relatório Anual de Gestão**, Dados de Morbidade e Mortalidade, ano de 2015 dos Municípios de Afuá, Marituba e Portel. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=15&codTpRel=01>. Acesso em: 30 de abril de 2016.

NEPOMUCENO, A. P; SILVA, J. R. da: **Qualidade da Água Nos Rios Da Área Urbana Do Município De Afuá/PA**, apresentado no IV Encontro de Pós-graduação e X Encontro de Iniciação Científica – Universidade Camilo Castelo Branco, ano 2016.

SANTOS, V. A. **Água e Saneamento Básico: Sua Influência sobre a Saúde/Um Estudo da População que habita as margens da praia de Portel/PA** (Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Ciências Naturais da Universidade Federal do Pará), ano 2016.

SECTAM: Secretaria Executiva de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente: **LIXO, Este problema tem solução**; SÉRIE SANEAMENTO AMBIENTAL Nº. 1, ano 2006.

SESPA: Secretaria de Estado de Saúde Pública. Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental. **NOTA TÉCNICA Nº. 01/2013-VISAMB, de 05 de fevereiro de 2013** (Auxiliar as Gestões Municipais no processo de utilização do hipoclorito de sódio à 2,5%, desde a sua solicitação/aquisição, responsabilidade, manuseio, até a forma de distribuição à população).

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – SUS. HCOR – Hospital do Coração. **Estratégias de Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais – Formação em Ação**. São Paulo, 2015, p. 22.

APÊNDICES

Foto 1 e 2: Na Oficina de Trabalho OT: “Projeto Apicativo do GVISA”.

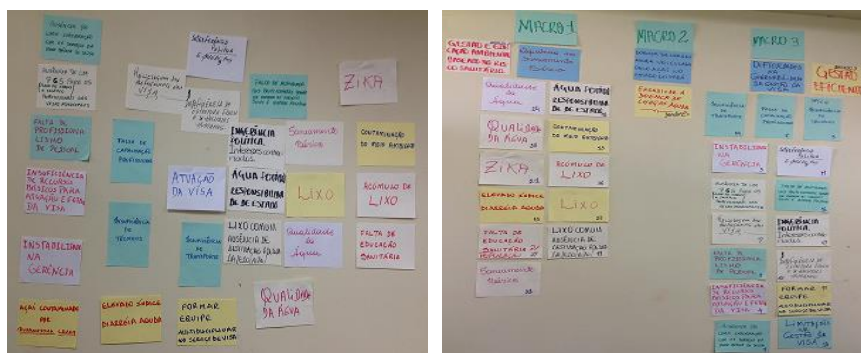


Foto 3: Contrato de elaboração do PA.

Foto 4: OT – PPA: Priorizando Problema.

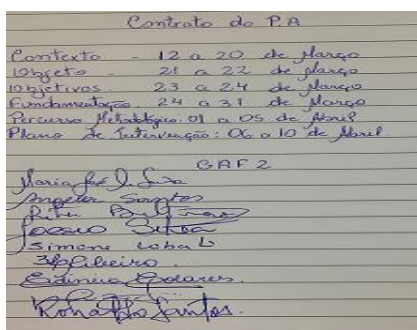


Foto 5: Discussão Priorizando Problemas.

Foto 6: OTPA: Árvore de Problemas. Portfólios

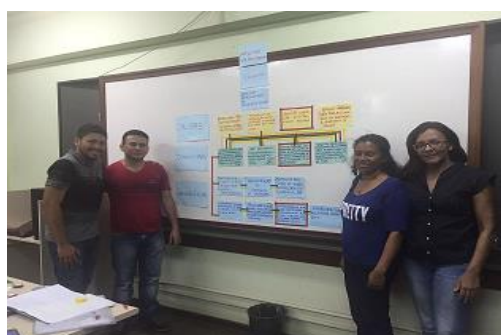
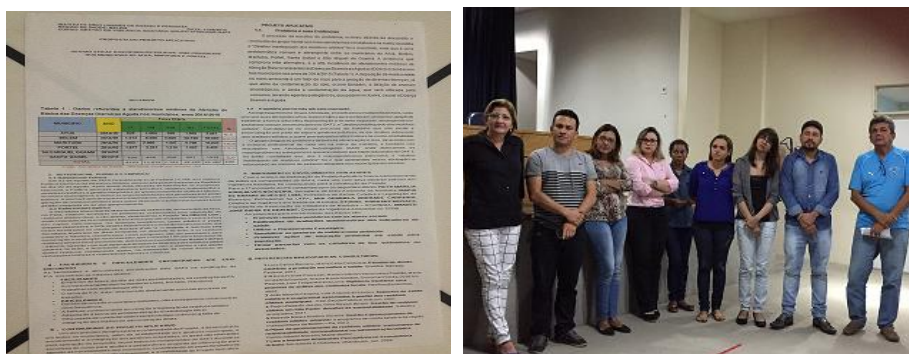


Foto 7 e 8: Apresentação do Projeto Aplicativo. Portfólios do GAF 2.



Fotos 9 e 10: Construção do Plano de Intervenção do Projeto Aplicativo.



APLICABILIDADE DO PA NO MUNICÍPIO DE AFUÁ

Fotos 1, 2 e 3: Atividade educativa nas comunidades e ao Programa Agente Comunitário de Saúde de Afuá.



Fotos 4 e 5: Aplicabilidade dos objetivos do Projeto Aplicativo nas famílias.



Fotos 6 e 7: Fonte de abastecimento de água no Bairro Capim-Marinho.



Fotos 8 e 9: Atividade educativa na Escola Municipal de Afuá.



Município de Portel

Foto: extensão da beira-mar (bairro do Bosque)



Foto: antes da coleta de água



Foto: Sensibilização dos ACS da Zona Rural



Foto: coleta de água para o Laboratório



Foto: Enquete com as famílias



Foto: amostras coletadas nas residências



ANEXO 1

PROJETO APLICATIVO GVISA-SÍRIO LIBANÊS 2016/GRUPO AFINIDADE 2

ENQUETE NOS BAIRROS DO CAPIM-MARINHO (MUNICÍPIO DE AFUÁ) E BOSQUE (EXTENSÃO DA BEIRA-MAR) NO MUNICÍPIO DE PORTEL NO PERÍODO DE 17 A 31/08/2016

01	VOCÊ JÁ OUVIU FALAR SOBRE A COLETA SELETIVA DO LIXO? VOCÊ FAZ A COLETA SELETIVA SELETIVA?			
R1	SIM		NÃO	ONDE?
R2	SIM		NÃO	COMO?

02	QUAL O DESTINO FINAL DO LIXO PRODUZIDO NA RESIDÊNCIA?			
OP1	VIA PÚBLICA			
OP2	IGARAPÉ			
OP3	PRAIA			
OP4	RIOS			
OP5	INCINERA NO QUINTAL			
OP6	LIXEIRA PÚBLICA			
OP7	REALIZA COLETA SELETIVA DOMICILIAR			
OP8	OUTRO:			

03	QUAL A FONTE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA O CONSUMO?			
OP1	RIOS OU IGARAPÉ			
OP2	PRAIA			
OP3	SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA			
OP4	POÇO AMAZONAS OU ARTESIANO			
OP5	CISTERNA			
OP6	CARRO PIPA			
OP7	COSANPA			
OP8	OUTRO:			

04	É REALIZADO O TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO NO DOMICÍLIO?			
OP1	SIM		NÃO	QUAL (IS)?

05	VOCE CONHECE OS RISCOS À SAÚDE PELO CONSUMO DE ÁGUA CONTAMINADA?			
OP1	SIM		NÃO	QUAL (IS)

06	VOCE PERCEBE AÇÕES E SERVIÇOS DO PODER PÚBLICO MUNICIPAL VOLTADO PARA IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA DO LIXO E TRATAMENTO DA ÁGUA PARA CONSUMO?			
OP1	SIM		NÃO	QUAL (IS)?

Entrevistadores: Joésio Rodrigues da Silva (Afuá) e Nizomar Monteiro da Costa Júnior (Portel) – Especializandos do Curso de Gestão da Vigilância Sanitária do IEP-Sírio Libanês (Região Belém).

Domicílio nº _____

Portel, ____/____/_____.

LEGENDA

GVISA – Gestão da Vigilância Sanitária **IEP/HSL** – Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês **R** – Respostas **OP** – Opção

ANEXO 2

Comunicado a População

Assunto: Orientações às comunidades afuaenses e portelenses “sede e ribeirinhas”.

A Secretária Municipal de Saúde dos municípios de Afuá e Portel através do Serviço de Vigilância Sanitária e Ambiental vem alertar a comunidade afuaense e portelense acerca dos **riscos ambientais e sociais**, relacionados ao acúmulo de resíduos sólidos (lixo) despejados nos quintais, igarapés e leitos os rios, e por isso devemos observar as seguintes recomendações:

1ª Orientação:

Não jogar lixo em ruas, praças, jardins, quintais, nas margens ou leito dos rios, lagos e igarapés;



2ª Orientação: Coleta Seletiva Domiciliar do LIXO

O LIXO ORGÂNICO: Restos de comidas, cascas, talos, folhas, frutas, verduras, entre outros, serão colocado em sacola plástica na cor **BRANCA**, recebida das atividades comerciais do município de Afuá.



O LIXO INORGÂNICO: Papel, plástico, metal, vidro, entre outros, deve ser colocado em **sacolas plásticas** nas cores: **VERDE, AMARELA, CINZA**, etc., contribuindo com a separação do lixo para incineração.



3ª Orientação:

Cumprir os horários da coleta domiciliar, porém cobre ações da prefeitura, mas faça também sua parte, pois o saneamento básico, inicia-se dentro de casa.






Atenciosamente, por um SUS de qualidade, com o desafio de ser único.

ANEXO 3

Comunicado a População

Assunto: Orientações às comunidades afuaenses e portelenses “sede e ribeirinhas”.

A Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Afuá e Portel através do Serviço de Vigilância Sanitária, visando diminuir riscos e danos à saúde da coletividade, orienta a comunidade acerca do bom tratamento da água para consumo humano, segundo abaixo.

1ª Orientação:				
Pesar 100 gramas de (cloro*)	Para 1000 mil litros de água.			
Pesar 050 gramas de (cloro*)	Para 500 quinhentos litros de água.			
Observação: O (cloro*), fervido, acelera a decantação do barro.				
2ª Orientação:				
1ª ETAPA: Um caneco de plástico ou copo de vidro de 200 ml (cheio de cloro*);				
2ª ETAPA: Uma garrafa pet de 2 litros;				
3ª ETAPA: Em uma pequena panela, misture o (cloro*) com água. Após coloque a mistura na garrafa pet de 2 litros;				
4ª ETAPA: Com mistura pronta, usar apenas uma tampinha cheia da mistura para cada 50 litros de água;				
5ª ETAPA: Após o tempo de espera de 1 hora para sentar o barro, coloque (água sanitária**), conforme abaixo:				
Volume de Água	Água Sanitária** a 2,5% Medida prática	Tempo		
1.000 litros	Usar 12 (doze) tampinha cheia da garrafa pet	Após 30 minutos água pronta para consumo.		
500 litros	Usar 06 (seis) tampinha cheia da garrafa pet			
250 litros	Usar 03 (três) tampinha cheia da garrafa pet			
20 litros	1 colher de chá			
1 litro	2 gotas			
Na ausência de (água sanitária**), recomenda-se o processo de tratamento solar:				
				
São utilizadas garrafas PET transparentes	Preencha as garrafas com água e feche com uma tampa	Deixe sob a luz solar no mínimo por 6 horas (ou 2 dias dependendo da existência de nuvens)	Armazene a água	A água pode ser tomada diretamente, usando um copo limpo

Atenciosamente, por um SUS efetivo, com o desafio de ser único.

* Sulfato de Alumínio - Instituto Evandro Chagas (2012), orientou o município para preparar uma solução de sulfato de alumínio a 1% e a cada 2 litros, e adiciona 20 ml dessa solução para 50 litros

** Hipoclorito de Sódio – NOTA TÉCNICA Nº. 01-2013-VISAMB/PA, de 05 de fevereiro de 2013.

**ALDENICE DA SILVA CARVALHO
ARIALDO JOÃO SANCHES DE OLIVEIRA
BARBRA AMANDA BEZERRA LOPES
DENILTON DE CASTRO TAVARES
FERNANDO RODRIGUES FERREIRA
KELEN REGINA TEIXEIRA SILVA
ORLANDO ROGER BANDEIRA LOBO**

**AS INADEQUAÇÕES DOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO NA PRAIA DO CARIPÍ,
BARCARENA-PA EM RELAÇÃO ÀS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES**

**Belém
2016**

**ALDENICE DA SILVA CARVALHO
ARIALDO JOÃO SANCHES DE OLIVEIRA
BARBRA AMANDA BEZERRA LOPES
DENILTON DE CASTRO TAVARES
FERNANDO RODRIGUES FERREIRA
KELEN REGINA TEIXEIRA SILVA
ORLANDO ROGER BANDEIRA LOBO**

**AS INADEQUAÇÕES DOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO NA PRAIA DO CARIPI,
BARCARENA-PA EM RELAÇÃO ÀS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES**

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

Orientador: Claudnira Cysne

**Belém
2016**

SUMÁRIO

Um dos pontos turísticos do estado do Pará é a praia do Caripi, localizada no município de Barcarena, segundo informações da vigilância sanitária municipal, existem 45 serviços de alimentação que manipulam, preparam, armazenam e/ou expõe a venda alimentos aos consumidores que frequentam a praia. Apesar de todos terem passado por vistoria da vigilância sanitária, apenas 22% (10/45) foram licenciados, o que significa que 78% destes estabelecimentos não cumprem as legislações sanitárias vigentes. Acredita-se que as inadequações dos serviços de alimentação no local devem-se, principalmente, ao baixo conhecimento dos barraqueiros sobre as normas sanitárias vigentes, e, este problema, decorre do incipiente processo de trabalho da vigilância sanitária. Através deste projeto busca-se desenvolver estratégias eficazes para superar as inadequações dos serviços de alimentação e, para isto, foram identificados os principais problemas e elaboradas as seguintes propostas de intervenção: capacitar os profissionais de VISA; mapear o território para detectar os riscos de contaminação dos alimentos; realizar reuniões mensais com os barraqueiros e parceiros, a fim de promover a integração entre a Vigilância Sanitária e o Setor Regulado; capacitar os barraqueiros em relação às boas práticas. Objetivando a transformação da realidade local, visando à prevenção de doenças transmitidas por alimentos e a promoção da saúde para a população local. Conclui-se que este Projeto Aplicativo, pode dar maior visibilidade às ações de VISA e criar um vínculo com a sociedade e promover a mudança de atitude nos atores sociais que realizam as ações de vigilância sanitária dentro do município. Todavia para que estas ações se concretizem serão necessários recursos financeiros permanentes em educação sanitária, tanto para os profissionais da VISA, para o setor regulado e também para a população local para que haja sempre a busca pela qualidade dos serviços.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	4
1.	OBJETIVO GERAL	8
2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3.	PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	8
	3.1. Capacitar os profissionais de VISA	9
	3.2. Mapear o território para detectar os riscos de contaminação dos alimentos	9
	3.3. Recursos financeiros	10
	3.4. Realizar reuniões mensais com os barraqueiros e parceiros, a fim de promover a integração entre a vigilância sanitária e o setor regulado	10
	3.5. Capacitar os barraqueiros em relação às boas práticas	11
4.	MATRIZ AÇÕES/ATIVIDADES CONSIDERADAS CONFLITIVAS	12
5.	PLANILHA ORÇAMENTÁRIA	14
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERENCIAS	22

INTRODUÇÃO

O estado do Pará é o segundo maior estado do país, possui um território aproximadamente 1.247.689,515 km, que correspondem a 26% do território amazônico, possui 144 municípios, onde vivem um pouco mais de oito milhões de pessoas que estão inseridas nos principais setores da economia. Atualmente a economia do estado está focada numa tríade que se baseia nas vocações naturais do território como: agroindústria, verticalização mineral, comidas típicas e turismo (IBGE, 2010).

A atividade turística é a que possui grande chance de se consolidar como um dos setores de maior atração para geração de emprego e renda no estado, uma vez que, de acordo com Organização dos Estados Americanos (OEA), o Pará é detentor de 49% das atrações naturais da Amazônia e oferece grandes atrativos turísticos, principalmente de origem natural.

Dentre as atrações naturais, encontram-se inúmeras praias, rios, montanhas, cachoeiras e igarapés que são procurados durante o ano todo. No que se refere ao lazer, o estado possui acontecimentos religiosos e lugares de peregrinação que também são atrativos que favorecem o turismo. Alguns destes atrativos podem não estar presentes em determinados núcleos receptores, mas, um elemento que não pode faltar em nenhum lugar é a alimentação, seja como elemento de atração especial ou como atividade essencial indispensável e inevitável do turista.

E, segundo Marchi (2011), devido a essa necessidade básica, a procura por alimentos em pontos turísticos é grande, por isso, vários segmentos da alimentação, sejam eles formais ou informais instalam-se nestes locais em condições variadas de estrutura e instalações, muitas vezes, incompatíveis com adoção das Boas Práticas de Manipulação, levando os consumidores ao risco de contaminação por microrganismos patogênicos.

Um dos pontos turísticos do estado é a praia do Caripi, localizada no município de Barcarena, na região do Delta do rio Amazonas, faz parte da Região de saúde Tocantins, possui 99.959 habitantes e, também, faz limite com os municípios de Acará, Moju e Abaetetuba, e com as Baías do Marajó e do Guajará. Seu território contém diversas pequenas ilhas, tais como: Ilha das Onças, Arapiranga, Trambioca, Mucura, Arapari, além de diversas praias de água doce. No que tange as atividades turísticas, há uma grande procura, principalmente, no período de veraneio, pela praia do Caripi, devido a sua localização privilegiada, à margem da Baía do Marajó e facilidade de acesso, a praia possui uma extensão de aproximadamente 3 km, de areia branca e

fina e uma arborização bem variada, sendo, portanto, a mais popular praia do município.

Segundo informações da vigilância sanitária municipal, existem 45 estabelecimentos que manipulam, preparam, armazenam e/ou expõe a venda alimentos aos consumidores que frequentam a praia. No entanto, apesar de todos terem passado por vistoria, apenas 22% (10/45) foram licenciados, o que significa que apenas esse percentual de estabelecimentos cumprem as normas sanitárias vigentes.

Através das informações do Sistema de Informação de Vigilância de Doença Diarreicas Agudas (SIVEP-DDA), no ano de 2016 já foram notificados 635 casos de diarreia, na faixa etária acima 10 anos. No Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) há 26 casos notificados e confirmados de Hepatite A, neste sistema não há registro de notificações de doenças transmitidas por alimentos (DTA), o que demonstra uma grande fragilidade no monitoramento deste agravo.

Segundo Ranthum (2015) é importante destacar que a subnotificação de doenças transmitidas por alimentos (DTA), é um problema nacional, e que somente 5 a 10% dos casos de Enfermidades Transmitidas por Alimentos (ETAs) chegam ao conhecimento e são registrados pelas autoridades sanitárias. Isso ocorre, pois, os sintomas apresentados na maior parte dos casos são leves, não obrigando a população a procurar o serviço de saúde.

As fragilidades no monitoramento somadas às precárias condições de fabricação e venda dos alimentos, constituem um risco à saúde do consumidor que busca na praia uma opção de lazer e divertimento.

Acredita-se que as inadequações dos serviços de alimentação na praia do Caripi devem-se, principalmente, ao baixo conhecimento dos barraqueiros sobre as normas sanitárias vigentes, e, este problema, decorre do incipiente processo de trabalho da vigilância sanitária no local, que não consegue utilizar as tecnologias de intervenção, como por exemplo, o auto de infração, o devido processo administrativo sanitário e o monitoramento dos estabelecimentos para controlar os possíveis agravos à saúde dos comensais.

Isto decorre especialmente devido à baixa qualidade do conhecimento teórico/prático dos profissionais de VISA em implantar, executar e concluir processo administrativo sanitário e ainda, devido não raras ingerências políticas hierárquicas sobre o processo de trabalho da vigilância sanitária, impedindo muitas vezes o exercício de seu poder de polícia administrativo como estratégia utilizada em última necessidade para cumprimento dos aspectos imprescindíveis determinados pela legislação sanitária vigente e assim dirimir e ou extinguir riscos ou potenciais riscos

sanitários àqueles que por ventura possam vir a ser consumidores do serviço em análise.

A ocorrência de tais interferências políticas é fortalecida pela robusta quantidade de profissionais de vigilância sanitária não serem efetivos ou concursados no quadro de trabalhadores da saúde, muito comum nos municípios além de ser uma velha prática político cultural paternalista desastrosa por resultar muitas vezes na vulnerabilidade de determinados grupos frente a postura de interferência incisiva de alguns políticos no processo de trabalho de VISA no sentido de protelar ou ignorar falhas nos processos de geração de serviço ou produtos sob vigilância sanitária gerando potenciais riscos à saúde podendo até tornar-se agravos à saúde da população.

Além disso, há a necessidade de melhorar as ações de educação em saúde para a população local e informar aos consumidores a importância da atuação da vigilância sanitária na prevenção de agravos relacionados ao consumo de alimentos mal preparados.

Sobre as doenças transmitidas por alimentos (DTA) Franco e Landgraf (2004) citam que são infecções alimentares causadas pela ingestão de alimentos contendo células viáveis de micro-organismos patogênicos, que aderem à mucosa do intestino humano colonizando-o ou a ingestão de alimentos contendo toxinas microbianas pré-formadas, produzidas durante a proliferação de micro-organismos patogênicos nos alimentos. E que o surto de DTA ocorre quando duas ou mais pessoas apresentam doença similar após ingestão de água e/ou alimento de mesma origem.

Teixeira (2015) afirma que as causas mais comuns da contaminação por alimentos são a manipulação e a conservação inapropriadas, assim como a contaminação cruzada que ocorre entre produtos crus e processados. Quanto aos aspectos clínicos, as DTA vêm acompanhadas de síndrome geralmente composta por náuseas, anorexia, vômitos e/ou diarreias, que por sua vez podem vir acompanhadas de febre. Além dos sintomas digestivos, outros sintomas podem ocorrer conforme o sistema afetado pelo agente causador.

Dentre as lembranças inesquecíveis do turista que retorna ao seu lugar de origem, encontra-se a dos alimentos consumidos. Todavia, a condição do inesquecível, também, pode estar relacionada a um consumo desagradável. A melhor das viagens, em um núcleo receptor turístico, pode ser arruinada, se não for dispensada uma atenção especial à qualidade, higiene e inocuidade dos alimentos oferecidos.

De acordo com Brasil (2010), a manipulação inadequada dos alimentos é apontada como a principal causa de contaminação alimentar no mundo. Devido a esta

importância são realizados diversos estudos, em diferentes cidades brasileiras, avaliando a possível participação dos manipuladores na transmissão de micro-organismos patogênicos aos alimentos.

É importante que os manipuladores sejam, capacitados já que este profissional é o responsável pela qualidade dos alimentos produzidos (BRASIL, 2004; TORRES, 2011). Ele deve ter o conhecimento e treinamento sobre as boas práticas (BP), que são regras de organização e higiene necessárias para garantir alimentos seguros, aptos para o consumo em todas as etapas de sua produção. Além disso, é necessário que suas ações sejam monitoradas, pois falhas durante a manipulação podem gerar contaminação e surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA's) (BRASIL, 2004; RIEDEL, 2005).

Sobre as ocorrências das DTA Carmo e colaboradores (2005) afirmam que o Ministério da Saúde através de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) informa a ocorrência de mais de 3.400.000 internações por DTA no Brasil, de 1999 a 2004, com uma média de cerca de 570 mil casos por ano. As regiões Norte e Nordeste do país são as que apresentam as maiores taxas de incidência de casos de DTA internados, comparados com as outras regiões, observando que as camadas mais acometidas são aquelas mais carentes, notadamente por causa do hábito alimentar e pela opção por produtos de menor preço que geralmente coincidem com os de baixa qualidade.

Diante destes números, a Resolução Diretoria Colegiado nº216 de 15/09/2004 da ANVISA que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas (BP) para serviços de alimentação, ressalta a importância do controle da saúde dos manipuladores, da higiene pessoal, indicando a lavagem cuidadosa das mãos com a finalidade de evitar a transmissão de micro-organismos patogênicos e conseqüentemente o comprometimento da qualidade higiênico-sanitária dos alimentos (BRASIL, 2004).

Portanto, para que isto ocorra são necessárias ações de educação e conscientização dos manipuladores e também dos consumidores, ambos devem conhecer os principais aspectos desencadeantes das DTA num determinado local.

Para isso, as ações de VISA devem ser efetivas e devem envolver de forma ativa o setor regulado, para que execute ações que venham efetivamente mitigar os riscos envolvidos no processo de contaminação dos alimentos e, desta forma, agregar valor aos produtos e serviços ofertados. É importante destacar a importância da divulgação de informações aos consumidores, para que estes possam desenvolver uma atitude diferenciada diante dos serviços de alimentação existentes em determinado local.

Diante do exposto a vigilância sanitária municipal deve por em prática sua natureza preventiva e primar pelo contínuo monitoramento de produtos e serviços na praia do Caripi, local onde ocorre o fenômeno sazonal de turistas é expressivo. Para isto, é importante investir nos profissionais da VISA e que as ações de proteção e promoção respeitem o perfil geográfico, cultural, econômico e social do local, desenvolvendo nos atores envolvidos (barraqueiros) o conceito de qualidade e segurança tão importantes quando seu quer promover a saúde da coletividade.

1. OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade dos serviços de alimentação na praia do Caripi, localizada no município de Barcarena, Pará através do fortalecimento da gestão da vigilância sanitária municipal.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar os profissionais da vigilância sanitária (VISA) para atuar de forma eficiente, de acordo com as normas vigentes, nos serviços de alimentação.
- Mapear o território para reconhecer os riscos aos quais os consumidores estão expostos.
- Realizar o cadastro dos serviços de alimentação da praia do Caripi e verificar como os alimentos estão sendo preparados nos estabelecimentos.
- Capacitar os barraqueiros em relação às legislações sanitárias vigentes e desta forma, sensibilizar esta categoria sobre os riscos inerentes aos serviços de alimentação.
- Promover uma maior integração entre a VISA e o setor regulado.
- Criar uma agenda permanente de fiscalizações e orientações sobre boas práticas no local para informar os consumidores e o setor regulado

3. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Através deste projeto o Grupo Afinidade Resistência, formado por profissionais de VISA municipal e VISA estadual buscará desenvolver estratégias para superar as inadequações dos serviços de alimentação presentes na praia do Caripi, para isto, atuará em todas as ações/atividades e estratégias do Projeto Aplicativo, levando em conta a importância de outros atores sociais na execução de cada atividade de intervenção.

No primeiro momento, identificou-se fragilidades da VISA local, seja na necessidade de capacitação de seus profissionais ou na baixa governabilidade, desta

feita, não consegue utilizar ou colocar em prática seus instrumentos e tecnologias para o devido processo de trabalho.

Uma das dificuldades da VISA local consiste na incipiente instauração de processo administrativo sanitário, os estabelecimentos são vistoriados, podendo chegar a gerar autos de infração, mas o poder de polícia administrativa, muitas vezes, não é respeitado por alguns estabelecimentos, além disso quando instaurados processos administrativos sanitários se faz incipiente também a finalização dos mesmos abrindo espaço para que estes locais continuem funcionando sem o alvará sanitário.

Diante deste cenário de dificuldades, é preciso inovar na construção de alternativas criativas para que ocorra a mudança na realidade. E, para que isto ocorra, se aposta em estratégias educacionais para os profissionais da VISA e para os barraqueiros, através da educação pretende-se conscientizar ambos os profissionais a executarem de forma mais eficiente seu processo de trabalho, e desta forma, quem ganha é o consumidor que poderá consumir alimentos de melhor qualidade, diminuindo com eficiência o risco de transmissão de patógenos através destes alimentos.

Após uma discussão ampla dos problemas do local e da identificação dos parceiros e possíveis opositores do processo de mudança, iniciou-se a construção de alternativas que nos permitam produzir mudanças na realidade, para isso, foram elencadas estratégias de intervenção que serão adotadas através da implantação do presente projeto:

3.1. Capacitar os Profissionais de VISA:

Primeira estratégia de intervenção da realidade local, todos os profissionais da VISA do município de Barcarena deverão ser capacitados em relação a direito administrativo e instauração de processo administrativo sanitário, para poder executar suas ações com propriedade e confiança. Para isso, serão necessários recursos financeiros para a aquisição de equipamentos audiovisuais (notebook, Datashow, microfone, caixa de som), recursos humanos: profissionais da área do direito e da ANVISA ou Vigilância Sanitária Estadual. Por meio do desenvolvimento desta ação busca-se efetivar o processo de trabalho em vigilância sanitária, através da finalização dos processos administrativos.

3.2. Mapear o território para detectar os riscos de contaminação dos alimentos:

Esta ação é de suma importância pela necessidade de reconhecimento da área, dos atores sociais inseridos, caracterizações físicas dos estabelecimentos e fluxos de trabalho além de promover aproximação da VISA com esta população

especificamente e para que isto ocorra nada melhor do que o reconhecimento do território de atuação. Mapear, cadastrar, procurar entender a dinâmica da comercialização de alimentos no local, entender a cultura da população pensamento, os interesses e reconhecer as falhas no processo de fabricação dos alimentos.

3.3. Recursos financeiros:

Os recursos financeiros que serão necessários são: pagamento de hora extra, para a realização do trabalho nos finais de semana, veículos e combustível. Para a realização desta atividade serão disponibilizados: motorista, agentes e técnicos de visa e técnico em georreferenciamento. As tecnologias empregadas serão: formulários padrões necessários para mapeamento, GPS para realizar georreferenciamento e questionário para identificar os problemas na manipulação. Através desta ação busca-se o levantamento da situação atual do território a ser trabalhado.

3.4. Realizar reuniões mensais com os barraqueiros e parceiros, a fim de promover a integração entre a vigilância sanitária e o setor regulado:

Através desta ação busca-se o envolvimento do setor regulado (barraqueiros) no processo de trabalho de adequação dos serviços de alimentação da praia do Caripi e o fortalecimento da comunicação entre vigilância sanitária e setor regulado, bem como uma ampla divulgação das ações e serviços da vigilância sanitária municipal. Para a realização desta ação serão utilizados recursos financeiros como: equipamentos audiovisuais (notebook, datashow, microfone, caixa de som) e, será necessário identificar um local adequado para a realização dos encontros (auditório).

Para mediar os encontros e promover as capacitações dos barraqueiros serão disponibilizados recursos humanos: técnicos da vigilância sanitária e agentes administrativos, que passarão previamente por capacitações ministradas pelo SEBRAE.

Os responsáveis pela execução desta ação serão a Secretaria Municipal de Saúde, o gestor de vigilância sanitária e o diretor de vigilância em saúde que buscarão a parceria com o SEBRAE, bem como, todas as ações necessárias para as capacitações ocorram, uma vez que estes atores possuem a governança necessária para executar tal atividade.

Através desta ação acredita-se que haverá a criação e o fortalecimento de um vínculo entre a VISA e os barraqueiros que promoverá mudança da cultura dos envolvidos. Pretende-se que a vigilância sanitária seja percebida como parceira na busca pela qualidade e não simples e mero órgão fiscalizador. Ela deverá ser reconhecida como um órgão que poderá vir auxiliar o comércio de alimentos a desenvolver seu potencial na busca da qualidade e que poderá ser consultada ao invés de ser evitada por meio da clandestinidade.

3.5. Capacitar os barraqueiros em relação às boas práticas:

Acredita-se que esta ação poderá diminuir o risco sanitário relacionado diretamente com a organização do fluxo de produção dos alimentos. Ela será executada pelos próprios profissionais da VISA, após estes serem capacitados também.

Quadro de ação – PES, segundo frente de ataque (Nó crítico) PES SIMPLIFICADO

PROBLEMA			As inadequações dos serviços de alimentação na praia do Caripi no município de Barcarena-Pa		
NÓ CRÍTICO			O baixo conhecimento dos barraqueiros em relação às legislações sanitárias vigentes devido ao incipiente processo de trabalho da VISA		
RESULTADO ESPERADO			Melhoria do processo de trabalho da VISA para capacitar 100% dos barraqueiros e licenciar 70% dos serviços de alimentação		
AÇÃO			Tornar o processo de trabalho em VISA efetivo		
ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS OPOSITORES	INDICADORES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS
Criar uma agenda de reuniões mensais com os barraqueiros e parceiros para promover integração entre a VISA e o setor regulado	-Gestor de visa -Diretor de vigilância em saúde - Secretaria municipal de saúde	- SEBRAE -Sec de Meio Ambiente - Sec de infraestrutura - Conselho de saúde -Sec de Turismo - Ministério público	% de reuniões realizadas <hr/> Reuniões agendadas	Político Técnico Operacional	---
Capacitar os profissionais de VISA	SESPA (DVS, Regional)	-ANVISA -SEBRAE -Sec municipal de saúde Opositores:	---	Técnicos	---

		associação dos barraqueiros			
Mapear o território para detectar os riscos de contaminação de alimentos	VISA municipal	SESPA (DVS, Regional)	% de inspeções realizadas <hr/> Nº de alvarás sanitários	Técnicos Políticos	----
Capacitar os barraqueiros em relação às boas práticas	VISA municipal	SESPA (DVS, Regional)	Avaliar, através de check list baseado na RDC 216/04 o impacto das capacitações	Técnico	---

4. MATRIZ DE ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE, SEGUNDO AÇÕES CONFLITIVAS:

Ações conflitivas do PA	Recursos necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégia para aumentar a viabilidade
Realizar reuniões mensais com os barraqueiros e parceiros, a fim de promover a integração entre a visa e o setor regulado	Apoio da assoc dos barraqueiros	NÃO	MÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar persuadindo a ação ativa de envolvimento da associação dos barraqueiros na adequação dos serviços de alimentação ao cumprimento da legislação sanitária vigente - Demonstrar à secretaria de finanças do município, a importância de consentir descontos na taxa de licenciamento como estratégia de envolvimento do setor regulado para alcance dos objetivos sanitários para proteção da saúde. - Concessão de desconto nas taxas de licenciamento sanitário para aqueles que cumprirem até 75% da agenda
	RH	SIM	ALTA	
	Local adequado	SIM	ALTA	
	Rec financeiros	SIM	ALTA	
	Equipamentos	SIM	ALTA	

Capacitar os barraqueiros em relação às boas práticas	Apoio da SMS	SIM	ALTA	<ul style="list-style-type: none"> - Parceria com outros órgãos que disponham de espaço suficiente conforme demanda - Convencer os gestores financeiros da prefeitura, por meios técnicos e científicos, que a ação educativa é uma das estratégias efetivas para a intervenção do PA, o qual terá impacto no âmbito sanitário, com reflexo positivo no comércio e turismo da região.
	RH	SIM	ALTA	
	Local adequado	NÃO	MÉDIA	
	Captação de recursos financeiros p/ compra de materiais	NÃO	BAIXA	
	Equipamentos para projeção	SIM	ALTO	

5. PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

NÓ CRÍTICO	AÇÃO	ATIVIDADES	NECESSÁRIO	DATA INICIAL	DATA FINAL	DESP. CUSTEIO	DESP. DE INVESTIMENTO	TOTAL
O BAIXO CONHECIMENTO DOS BARRAQUEIROS EM RELAÇÃO AS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES, DEVIDO AO INCIPIENTE PROCESSO DE TRABALHO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	TORNAR O PROCESSO DE TRABALHO EM VISA EFETIVO	1. CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE VISA.	<ul style="list-style-type: none"> • APOIO DA VISA ESTADUAL. • APOIO DA SMS. • RH (MINISTRADOR DO CURSO E PESSOAL DE APOIO). • LOCAL ADEQUADO PARA REALIZAÇÃO DA CAPACITAÇÃO (AUDITÓRIO OU SALA DE AULA). • MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DO CURSO (PASTAS, RESMAS DE PAPEL A 4, CANETA. BLOCO DE ANOTAÇÕES, IMPRESSOS, AGUA 300ML E LANCHE). 	06/02/2017	10/02/2017	0,00 0,00 0,00 1.500,00 600,00		

			<ul style="list-style-type: none"> EQUIPAMENTOS PARA PROJEÇÃO (DATA SHOW E NOTEBOOK). 				0,00	
						2.100,00	0,00	2.100,00
		2. MAPEAR O TERRITÓRIO PARA DETECTAR OS RISCOS DE CONTAMINAÇÃO DOS ALIMENTOS.	<ul style="list-style-type: none"> APOIO DA VISA MUNICIPAL E ESTADUAL. RECURSOS HUMANOS (TÉCNICOS DE VISA). DESPESAS COM DIÁRIAS. 	06/03/2017	10/03/2017	0,00	0,00	
						1.215,00		

			<ul style="list-style-type: none"> • VEICULO ABASTECIDO PARA DESLOCAMENTO DOS TÉCNICOS. • FORMULÁRIOS PADRÕES PARA O MAPEAMENTO DO TERRITÓRIO. 			250,00		
						100,00		
						1.565,00		1.565,00
		3. REALIZAR REUNIÕES MENSAIS COM OS BARRAQUEIROS E PARCEIROS, AFIM DE PROMOVER A INTEGRAÇÃO ENTRE VISA E SETOR REGULADO.	<ul style="list-style-type: none"> • APOIO DA ASSOCIAÇÃO DOS BARRAQUEIROS PARA A REALIZAÇÃO DAS REUNIÕES. • RECURSOS HUMANOS PESSOAL DE APOIO. • LOCAL ADEQUADO PARA A REALIZAÇÃO DAS REUNIÕES (AUDITÓRIO). • MATERIAIS NECESSÁRIOS (PASTAS, RESMAS DE 	1º DIA UTIL DE CADA MÊS, COMEÇAN DO EM FEVEREIRO.	1º DIA UTIL DE CADA MÊS TÉRMINO EM DEZEMBRO	0,00		
						0,00		
						0,00		
						2.809,00		

			<p>PAPEL A 4. CANETAS, BLOCOS DE ANOTAÇÕES, ÁGUA GARRAFÃO DE 20 LT, COPOS DESCARTAVEIS E LANCHE).</p> <ul style="list-style-type: none"> EQUIPAMENTOS AUDIO VISUAIS (DATA SHOW, NOTBOOK, CAIXA DE SOM E MICROFONE). 				0,00	
						2.809,00		2.809,00

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano ao longo de sua existência vai produzindo necessidades que precisam ser levadas em consideração para a manutenção de sua saúde. Dentre as necessidades básicas do ser humano, está a alimentação que se apresenta como pressuposto básico para a manutenção da saúde.

Por meio da alimentação o ser humano repõe para seu organismo os nutrientes necessários para a manutenção de todas as funções básicas do corpo. É importante destacar com base as proposições desse projeto de intervenção, que nem todas as formas de alimentação, e, são considerados indicados para a manutenção da saúde humana. Como se pode verificar ao longo do corpo desse projeto, existem casos comprovados pela VISA de infecção por alimentação, no qual a forma de preparado fora dos padrões sanitários colocam a vida humana em sérios riscos.

É sabível também que diante de sua jornada diária de trabalho, o ser humano criou a necessidade de ter em determinado momento um espaço de tempo para o lazer. Esse lazer muitas vezes acaba por ser um sério problema para as pessoas, já que nem sempre as pessoas que fazem vendas de alimentos obedecem ao disposto pelas normas da vigilância sanitária. Como se percebeu no estudo da Vigilância em Saúde Municipal de Barcarena na Praia do Caripi somente 22% das pessoas que trabalham com alimentação estão obedecendo as determinações da vigilância sanitária para a comercialização de alimentos.

Nota-se que é uma situação alarmante a que os números denotam, o que requer planos de ações pontuais que contribuam para a erradicação dos problemas e os riscos que se apresentam a saúde. É com base nesse pressuposto que esse projeto se apresenta como uma alternativa não apenas para reduzir os índices de pessoas contaminadas por alimentação, mas para qualificar as pessoas que trabalham com o comércio de alimentação de acordo com as normas e critérios estabelecidos pela vigilância sanitária.

Sabe-se que é um grande desafio atuar no processo formativo das pessoas, mas entende-se também como sendo uma ação necessária para garantir que não apenas o lazer dos veranistas esteja assegurado, mas a sua qualidade de vida e saúde. Por isso, entende-se que há a necessidade de capacitação dos profissionais da VISA para que eles estejam preparados para essa nova visão de vigilância e promoção de saúde. Por isso, acredita-se que o Projeto Aplicativo, pode dar maior visibilidade às ações de VISA e criar um vínculo com a sociedade e promover a

mudança de atitude nos atores sociais que realizam as ações de vigilância sanitária dentro do município.

Ressalta-se enfim, que o projeto busca parcerias intersetoriais com outras instituições como SEBRAE, Ministério Público e diversas Secretarias, busca desenvolver a economia local através da implantação das boas práticas nos serviços de alimentação da praia e, desta forma, a alimentação mais saudável, mais atrativos aos turistas e atendendo os padrões estabelecidos pela vigilância sanitária. Todavia para que estas ações se concretizem serão necessários recursos financeiros permanentes em educação sanitária, tanto para os profissionais da VISA, para o setor regulado e também para a população local para que haja sempre a busca pela qualidade dos serviços.

O plano de intervenção atendeu algumas áreas de competências que foram desenvolvidas pelo curso, e que buscam alcançar a gestão do risco à saúde, a gestão do trabalho em vigilância sanitária e educação na vigilância sanitária. A ação interventiva se baseia na finalidade de identificar os riscos à saúde nos processos de produção, circulação, armazenamento e consumo de alimentos, visa eliminar ou controlar riscos sanitários e diminuir danos à vida das pessoas que buscam lazer na praia.

Considerando o exposto, entendeu-se, a necessidade de ressaltar que os profissionais que se apresentam como especialistas em vigilância sanitária devem demonstrar um perfil de competência estimulado pelo curso, com base nos referenciais teóricos trabalhados e no diálogo entre as relações de ensino e as relações de trabalho.

Ao longo de todos os esforços implementados na construção desse plano de aplicação, foi possível compreender as competências necessárias ao perfil da gestão de vigilância sanitária que devem estar alinhadas a três linhas fundamentais: Gestão em Saúde: gestão do trabalho em vigilância sanitária; Atenção à Saúde: gestão de risco à saúde; e Educação em Saúde: educação na vigilância sanitária.

Considerando as três áreas de competência, entende-se que as mesmas servem como base para a elaboração de um conjunto de ações-chaves que se configuram como o ponto de partida e chegada da atuação do perfil de competência do profissional especialista em gestão da vigilância sanitária. Sendo assim, entende-se que o Plano de Aplicação proposto faz jus ao perfil de competência profissional em

gestão da vigilância sanitária e atende todas as demandas que foram requeridas no decorrer do curso, contemplando os objetivos que foram estabelecidos.

REFERÊNCIAS

ASSIS, FERNANDA. Comportamento do Consumidor. Londrina, 2011. Disponível em: <<http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000004/0000043D.pdf>> Acesso em: 26 abr. 2016.

BARTELS, A. S; ANDRADE, A. D; NEWMANN, E; SILVA, A. M; **Identificação de portadores de Staphylococcus enterotoxigênicos e avaliação da sensibilidade a antimicrobianos.** Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia, v. 61, nº6, 2009. p. 1450-1453.

BASTOS, M. S. R; FEITOSA, T. B. M. F; OLIVEIRA, M. E. B; AZEVEDO, E. H; CUNHA, V. A; LEMOS, T. O. **Avaliação microbiológica das mãos dos manipuladores de polpas de frutas congeladas.** Revista Higiene Alimentar. Vol. 16, nº94, p. 55-57, 2002.

CRUZ, Thercya Jamily Ribeiro Barroso. *Direito do Consumidor: um estudo sobre a importância da informação para os agentes da sociedade de consumo, no Brasil.* **Boletim Jurídico**, Uberaba/MG, a. 5, no 1132. Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=3209>> Acesso em: 26 abr. 2016.

DELLOITE. Pesquisa: Estratégias para o varejo brasileiro Reflexões sobre os anseios do consumidor. 2010. Disponível em: <http://deloitteoracle.com/uploads/stw_pdfcart/Retail_Reflections_Brazil_Portugues-1398094367.pdf> Acesso em: 26 abr.2016

FRANCO, B. D. G. M.; LANDGRAF, M. L. S. **Microbiologia dos alimentos.** São Paulo: Atheneu, 2003. 182p.

LIMA, K. M; RÊGO, R. S. M; MONTENEGRO, L; Espécies fúngicas isoladas a partir de unhas de manipuladores de alimentos. RBAC, volume 39, nº3, p. 193-196, 2007

MAINARDES, Rogério. Marketing – idéias, reflexões e prática. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 22 maio 2006. Primeiro Caderno, p. 8.

MACHADO, J. R; MARSON, J., M; OLIVEIRA, A. C. S; SILVA, P. R; TERRA, A. P. S. Avaliação microbiológica das mãos e fossas nasais de manipuladores de alimentos da unidade de alimentação e nutrição de um hospital universitário. Revista Medicina (Ribeirão Preto), v. 42, nº4. 2009. p. 461-465.

MILLEZI, A. F; TONIAL, T. M; ZANELLA, J. P; MOSCHEN, E. E. S; ÁVILA, C. A. C; KAISER, V. L; HOFFMEISTER, S. Avaliação e qualidade microbiológica das mãos dos manipuladores e do agente sanificante na indústria de alimentos. Revista Analytica, nº28, p. 74-79, 2007.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO SÃO PAULO. Comissão de Direito e Relações de Consumo. **Direito do Consumidor.** São Paulo, 2010. Disponível em:<http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/defesaconsumidor/cartilhas/direito_consumidor.pdf> Acesso em: 26 abr. 2016

RIEDEL, G. Controle Sanitário dos Alimentos. São Paulo, editora Atheneu, 3ªedição, 2005.

SAMARA, Beatriz Santos; MORSCH, Marco Aurélio. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

TORRES, Z., P., **Manipulador de Alimentos**: Um fator de risco. Disponível em <http://www.folhabv.com.br/Noticia_Impressa.php?id=112249>. Acesso em: 12 julho 2011.

XAVIER, C., A. C; OPRTO, C., F., O; SILVA, M., P; SILVEIRA, I., A; ABRANTES, M., R. Prevalência de *Staphylococcus aureus* em manipuladores de alimentos em creches municipais da cidade de Natal/RN. RBAC, vol.39, nº3, 2007. p.165-168.

**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA – IEP/HSL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**ÂNGELA M^a ANDRADE ZEFERINO DE LIMA
DORILÉA DE SENA PANTOJA SALES
HOBEDAN DA SILVA MONTEIRO
JARDES CORREA COSTA
MAGNO FABRÍCIO NASCIMENTO CARNEIRO
MÔNICA MELO DE QUEIROZ SANTOS
PAULO FERNANDO BASTOS
RUI MORAES DE SOUZA
TERTULIANO MONTÃO NETO
THELMA DE OLIVEIRA ARAÚJO**

**PROTOCOLO PARA O MONITORAMENTO DOS LAUDOS LABORATORIAIS
NÃO CONFORMES DOS PRODUTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**BELÉM – PARÁ
2016**

**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA – IEP/HSL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**ÂNGELA M^a ANDRADE ZEFERINO DE LIMA
DORILÉA DE SENA PANTOJA SALES
HOBEDAN DA SILVA MONTEIRO
JARDES CORREA COSTA
MAGNO FABRÍCIO NASCIMENTO CARNEIRO
MÔNICA MELO DE QUEIROZ SANTOS
PAULO FERNANDO BASTOS
RUI MORAES DE SOUZA
TERTULIANO MONTÃO NETO
THELMA DE OLIVEIRA ARAÚJO**

**PROTOCOLO PARA O MONITORAMENTO DOS LAUDOS LABORATORIAIS
NÃO CONFORMES DOS PRODUTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

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

Orientadora: Claudinira Castro Cysne.

**BELÉM – PARÁ
2016**

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradecemos por possibilitar a realização de nossos planos e sonhos. À Ele, toda a gratidão, por nos ter concedido, vencer mais essa etapa de nossas vidas, confiando que continuarás a conduzir nossos passos.

Aos nossos familiares, expressamos também nossa gratidão por nos encherem de força e coragem para continuarmos e que se mostraram fiéis mesmo quando ninguém mais o seria. Obrigado pelo amor incondicional e pelo companheirismo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para nosso aprendizado ajudando a fortalecer nosso caráter e profissionalismo, compartilhando experiências e nos apoiando quando fora preciso. Suas atitudes colaboraram para que fôssemos além e, por isso, somos gratos.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA -	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
DVS -	Departamento de Vigilância Sanitária
DTA -	Doenças Transmitidas por Alimentos
GAF -	Grupo Afinidade
LACEN -	Laboratório Central de Saúde Pública
MS -	Ministério da Saúde
MP -	Ministério Público
NC -	Nó Crítico
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OT -	Oficina de Trabalho
PA -	Projeto Aplicativo
PDVISA -	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PROCON -	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
SINAVISA -	Sistema De Informações De Vigilância Sanitária
SESPA -	Secretaria Estadual de Saúde do Pará
SNVS -	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SUS -	Sistema Único de Saúde
VISA -	Vigilância Sanitária

RESUMO

Diante das constantes alterações observadas no mercado de produtos e serviços de interesse em saúde pública torna-se premente que a vigilância sanitária fique atenta a possíveis fraudes, adulterações e contaminações, decorrendo daí a oportunidade do presente projeto.

Existem programas federais e estaduais que tem como objetivo monitorar esses produtos a fim de garantir sua segurança e qualidade, porém ainda assim existem falhas nesse processo em virtude da falta de uma padronização da VISA estadual, quanto ao fluxo das ações adotadas pelos municípios resultantes dos laudos não conformes, o que gera incerteza quanto à resolutividade das ações preventivas e corretivas que tenham sido tomadas.

Importante enfatizar que há desconhecimento do impacto sanitário na saúde, quanto a esses produtos não conformes que são consumidos pela população, sendo incomensurável o risco sanitário envolvido no consumo desses produtos, tanto dentro quanto fora dos municípios do Estado.

Para que haja sucesso na implantação do fluxo proposto no PA, observamos a necessidade de parceiros representados pelas VISA regionais e municipais, bem como pela ANVISA, para o fortalecimento desse fluxo, cuja responsabilidade caberá ao Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado Pará - DVS/SESPA.

Se faz necessário conhecimento técnico, jurídico e planejamento logístico para um fluxo coerente e eficaz, que deve respeitar o prazo de 90 dias para início e encerramento do processo administrativo, como preconiza a legislação vigente. Isso também implica numa maior sintonia entre LACEN e as VISAs.

Outros parceiros que podem auxiliar nessa construção são o PROCON e Ministério Público – MP, que também representam os interesses da população, destacando que os Termos de Ajustamento de Conduta intermediados pelo MP sempre surtem um efeito favorável em questões complexas.

Um fluxo consolidado e regulamentado cria uma base mais sólida e torna uma equipe de VISA melhor preparada, com maior conhecimento legal e técnico, planejando com mais eficiência as suas ações. Espera-se também com esse protocolo, que o feedback entre as VISAs municipais, das regionais e do Nível Central do Estado, se harmonize e fortaleça cada vez mais.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	06
1.1.	JUSTIFICATIVA.....	08
1.2.	RISCO SANITÁRIO.....	09
1.2.1.	Aplicabilidade do Risco Sanitário	09
1.2.2.	Risco Sanitário X Risco Epidemiológico	10
1.3.	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	14
1.4.	OBJETIVOS.....	15
1.4.1.	Objetivo Geral	15
1.4.2.	Objetivos Específicos	15
1.5.	ABRANGÊNCIA DO PROJETO.....	15
1.6.	PROJETO APLICATIVO.....	15
1.7.	PLANO DE AÇÃO – PLANILHA PES SIMPLIFICADO.....	18
1.7.1.	Problema	18
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

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

As práticas sanitárias foram impulsionadas e reorganizadas com a implantação do SUS, com a implementação de ações descentralizadas e participativas, tendo como mecanismo a gestão compartilhada e pactuada nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

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

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

- I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990).

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

A Lei Federal nº 9782 de 1999 estabelece que os produtos sujeitos às ações de VISA, sejam previamente regularizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, antes de serem entregues ao consumo da população. Para a regularização dos produtos, a Anvisa realiza uma série de exigências às empresas fabricantes, as quais precisam comprovar que os produtos se encontram dentro dos requisitos técnicos pré-estabelecidos, de acordo com a complexidade de sua composição. Assim sendo, ponderamos que na ocasião da liberação da regularização dos produtos, todas as exigências foram cumpridas, havendo a devida comprovação da garantia da qualidade. Contudo, depois que os produtos se encontram em circulação no mercado, há necessidade das VISAs monitorarem sua qualidade, para se comprovar a manutenção dos mesmos requisitos técnicos obtidos na ocasião da regularização dos produtos.

Dessa forma, muitas vezes é imprescindível que haja coleta de amostras de produtos no mercado para a realização de análises laboratoriais, as quais são realizadas pelos Laboratórios Centrais – LACENs. Entretanto, percebemos que essas ações são muito deficientes, pois no processo de descentralização, as VISAs municipais não foram devidamente estruturadas, acarretando uma série de problemas no cumprimento das ações de vigilância sanitária, entre os quais, aqueles relacionados à ausência de dados relativos à qualidade dos produtos que circulam no mercado, sejam medicamentos, alimentos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal, saneantes domissanitários, entre outros.

Ademais, nas poucas ocasiões que ocorrem a coleta de produtos para a análise laboratorial, não existe um protocolo para o acompanhamento dos atos administrativos decorrentes dos laudos não conformes. Assim sendo, um laudo não conforme de um determinado produto, não é monitorado pela VISA estadual e municipal em sua totalidade, para que os atos administrativos ocorram dentro dos prazos estabelecidos pela Lei Federal n 6437 de 1977. Portanto, torna-se comum que os produtos com laudos não conformes permaneçam expostos ao consumo da população, havendo grande risco sanitário para a toda a sociedade.

Portanto, no estado do Pará, há necessidade de um protocolo efetivo e validado, para a organização do processo de fluxo das ações decorrentes aos laudos não conformes de produtos sujeito às ações de vigilância sanitária, bem como o fluxo de informações entre os laboratórios e as VISA municipais e estadual,

para um dinamismo eficiente na conclusão dos procedimentos administrativos e assim, numa rápida ação da vigilância sanitária conforme o caso requeira, baseado na legislação vigente.

Em suma, a organização do trabalho no DVS/SESPA no que tange ao monitoramento de laudos não conformes oriundos do LACEN é deficiente, não havendo um mecanismo através do qual se acompanhe os procedimentos administrativos que devem ser efetuados a partir do envio de um laudo a uma determinada VISA municipal. Assim sendo, muitas vezes as informações acabam se perdendo e, por conseguinte, a efetividade da ação da VISA, em virtude também dos prazos estabelecidos pela lei federal nº 6437 de 1977, que determina:

Art. 22 - O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de quinze dias contados de sua notificação.

(...)

§ 4º - A interdição do produto e do estabelecimento, como medida cautelar, durará o tempo necessário à realização de testes, provas, análises ou outras providências requeridas, não podendo, em qualquer caso, exceder o prazo de noventa dias, findo qual o produto ou estabelecimento será automaticamente liberado.

1.1. JUSTIFICATIVA

A deficiência no monitoramento das ações resultantes das coletas de produtos sujeitos a VISA e que após análise em laboratórios oficiais apresentaram inconformidades pelas normas sanitárias vigentes é uma realidade em muitos municípios do estado, proporcionando um aumento do risco à saúde da população em consumir produtos que não podem ser comercializados e de muitas vezes, o estabelecimento ser reincidente na infração sanitária e não sofrer nenhuma intervenção da VISA responsável no local.

Os autores desse PA acreditam que a criação de um protocolo para um fluxograma de informações dessas ações seja capaz de orientar eficientemente as equipes de VISA e conseqüentemente diminuir o risco sanitário da comercialização de produtos através de ações planejadas e um monitoramento mais objetivo e eficaz com o resultado de laudos não conformes.

1.2. RISCO SANITÁRIO

O termo “risco” começou a aparecer no código nacional de saúde em 1961, tendo sido usado tanto com o significado de perigo ou ameaça como possibilidade de ocorrência de evento que pode ser danoso não apenas à saúde e à vida humana, mas aos animais domésticos e plantas úteis. (COSTA, 2004)

No século XVIII o governo adotou a expressão “polícia médica” para controlar o risco sanitário, adotando medidas de controle das práticas médico-cirúrgicas e farmacêuticas, de combate ao charlatanismo, de prevenção de doenças e epidemias e medidas de controle ambiental. (SOUZA e MARQUES, 2004)

A partir do final do século XIX, com o desenvolvimento da Epidemiologia, favorecida pelo desenvolvimento estatístico, formulou-se um novo conceito de risco baseado nos princípios da saúde pública. O raciocínio estatístico foi incorporado nas investigações de doenças, obtendo-se elementos para o estabelecimento deste novo conceito. Paralelamente, o crescimento do poder econômico das indústrias de produtos de interesse à saúde impulsionou a ampliação do campo regulatório da Vigilância Sanitária, que necessitou demonstrar o que é danoso ou nocivo à saúde da coletividade através de fundamentações estatisticamente comprovadas. (COSTA, 2004).

1.2.1. Aplicabilidade do Risco Sanitário

A aplicação do conceito de risco “epidemiológico” vem sendo utilizada em normas de vigilância sanitária sobre produtos e serviços, de forma ainda incipiente, admitindo a noção de risco de forma operacional em algumas classificações de produto, como, por exemplo, para efeito de registro de cosméticos, produtos de higiene, correlatos, saneantes e medicamentos.

A noção de risco é abordada em diversas normas brasileiras, que vão desde a Constituição Federal até atos normativos infraconstitucionais, como Resoluções e Portarias emitidas pelos órgãos reguladores. Dentre elas podemos citar o artigo 196 da Constituição Federal (“*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos...*”), a definição de Vigilância Sanitária contida na Lei Orgânica da

Saúde (*“conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir risco a saúde...”*), na definição de competências da União e incumbências da Anvisa, constantes na Lei 9782/1999 (*“atuar em circunstâncias especiais de risco a saúde”* e *“regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvem risco à saúde pública”*). (COSTA, 2004)

Outros parâmetros para avaliação de risco de produtos sujeitos ao controle sanitário são considerados, como por exemplo: dados toxicológicos, tipo de dano causado, doses utilizadas e efeitos correspondentes, exposição e eficácia para inferir o grau de segurança do produto. (COSTA, 2004)

Classificações de grau de risco, risco potencial, grupos de risco, gerenciamento de risco, representam inovações na operação do conceito de vigilância sanitária, porém os textos normativos demonstram que os conceitos relativos aos objetos da vigilância sanitária não são explícitos, ou seja, são imprecisos e neles incidem mediações cuja natureza e intensidades podem revelar-se de formas distintas, pois representam uma determinada realidade do contexto social, da época em que foram elaborados, servindo, muitas vezes, apenas como mediador de conflitos e ferramentas políticas. (COSTA, 2004)

As ações de vigilância sanitária requerem além de fundamentação no conhecimento epidemiológico, tomadas de decisão concretas frente aos problemas de saúde constatados na realidade onde se atua, pois os conceitos abertos e a falta de clareza dos discursos normativos da vigilância sanitária aumentam a ocorrência de demandas de caráter explicativo complementar, dificultando o sistema de controle interno dos órgãos de regulação. (COSTA, 2004; GARRAFA, MELLO e PORTO, 2007)

1.2.2. Risco Sanitário X Risco Epidemiológico

O conceito epidemiológico de risco refere-se à *“possibilidade ou probabilidade de ocorrência de evento danoso à saúde, relacionado com produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário”*, conceito este intimamente relacionado com o abordado por Ediná Costa para definir risco sanitário: *“probabilidade de um produto apresentar um efeito indesejável para a saúde do usuário”*. (COSTA, 2004)

O controle do risco sanitário ultrapassa o limite individual humano, pois está relacionado à preservação do meio ambiente, a valores culturais, econômicos, sociais, entre outras ordens de determinações. Esta complexidade e amplitude de atuação dificultam os órgãos de controle sanitário mensurar, através de normas, a variação dos “graus de risco” ou a potencialidade do risco envolvido. (SOUZA e MARQUES,2004)

Deve-se entender que essa situação compromete a saúde pública como um todo, porque um monitoramento deficiente de um produto exposto ao consumo da população, significa um perigo que não deveria ter “escapado” do controle sanitário da VISA, se constituindo numa falha do sistema de saúde que não deve ocorrer. Os gestores precisam ser sensibilizados, pois uma política de saúde eficaz não se resume em construir unidades de saúde ou abastecê-las com medicamentos, porém garantir à população, segurança quanto à qualidade dos produtos expostos ao consumo da sociedade, como forma de proteção à saúde.

Anualmente é realizada uma pactuação com as VISAs municipais quanto à coleta de amostras de produtos de interesse a saúde pública. As amostras são encaminhadas ao LACEN, que realiza as análises, conforme preconiza a legislação vigente. Os resultados desses laudos são de conhecimento dos municípios e da VISA estadual (Nível Central da SESPA), porém mesmo assim, existe um feedback ineficiente em relação às medidas adotadas quando uma determinada VISA municipal se depara com algum resultado de produto não conforme. Pode-se estimar que 90% dessas ações das VISAs municipais não chegam a ser plenamente conhecidas pela VISA estadual, nem mesmo pela regional de saúde da qual o município faz parte. Tal situação resulta em produtos irregulares sendo comercializados e consumidos por muitos indivíduos da nossa população.

Uma das causas apontadas pelos profissionais de VISA é justamente a estrutura deficiente, na qual exercem suas funções, havendo carência de recursos humanos; necessidade de capacitação para os profissionais da VISA; carência de recursos materiais, como por exemplo, falta de sacos coletores; necessidade de veículos para o transporte das coletas. Os profissionais de VISA acreditam ainda que o desconhecimento dos gestores sobre a importância e complexidade do monitoramento dos laudos na política de saúde pública, contribuem para que essa

importante ação de VISA tenha tão pouca visibilidade, inclusive nos Conselhos de Saúde.

Importante que o Laboratório Central possa servir de suporte nas possíveis análises de contraprova, quando necessárias, proporcionando maior credibilidade e visibilidade à ação tomada pelo município diante de uma infração sanitária. Ressalta-se aqui, que a resposta a um laudo não conforme deve ser o mais rápido possível, com uma comunicação segura e técnica para a população, de uma forma que não cause pânico desnecessário e nem prejuízo infundado ao responsável pelo produto analisado.

Nesse sentido a presente intervenção se apresenta apenas como um dos mecanismos para que se possa ao menos mitigar o quase descontrole da ação de VISA que depende de laudos

O principal recurso a ser utilizado como atividade do GAF no PA é a realização de oficinas de trabalho com os técnicos da DVS/SESPA e técnicos das Regionais de Saúde para a elaboração e harmonização do protocolo.

Essas oficinas também objetivam contar com a participação das equipes de VISAs municipais, fundamentais para o sucesso do projeto, assim como seus coordenadores e diretores, atores imprescindíveis em todas as etapas do PA.

O LACEN deve ser envolvido como ator importante visto que ele realiza todas as análises dos produtos coletados pelas VISAs municipais e também é através dele, que algumas análises são remetidas para os outros LACENs do país.

Portanto, um laboratório estruturado e corretamente equipado, fornece resultados mais seguros e em tempo hábil para a execução de ações de VISAs de forma planejada e eficaz.

Outros atores a serem envolvidos conforme a necessidade das ações de VISA são PROCON e MP, que através de um fluxo de informações devidamente implementado podem visualizar de forma pontual suas competências e intervenções quando necessárias.

As áreas de competência do PA são gestão de risco à saúde com identificação dos riscos à saúde nos processos de produção, circulação, armazenamento e consumo/uso de produtos entre eles alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos e insumos farmacêuticos, produtos para a saúde, conforme previsto em pactuação entre alguns municípios e Estado.

Em que pese também a importância dos processos de produção, circulação, armazenamento e consumo/uso de agrotóxicos e de atividades onde há o perigo de vetores e transmissão de doenças (como Doença de Chagas Aguda como DTA) todos de interesse da VISA, os laudos não conformes que serão observados nesse PA serão os resultantes das coletas fiscais e não de orientação, uma vez que, por definição análise fiscal é a efetuada sobre o produto apreendido pela autoridade fiscalizadora competente e que servirá para a verificação de sua conformidade ou não de acordo com a legislação sanitária vigente.

Também é uma área de competência desse PA, a gestão do trabalho em vigilância sanitária com a utilização dos instrumentos de pactuação e planejamento dos SUS, do plano diretor de vigilância sanitária e os planos locais de saúde, do seu âmbito de atuação para estabelecer diretrizes do trabalho, identificar problemas pertinentes à vigilância sanitária e subsidiar a construção do plano de ação, visando a melhoria e eficácia das ações das equipes de VISA como um todo, que é sempre o objetivo do trabalho em saúde pública.

Além de participar das instâncias de discussão, negociação e pactuação e tomada de decisões conforme as ações estratégicas para o gerenciamento de um risco à saúde e estimulando o desenvolvimento de ações intersetoriais, promovendo articulação entre o SINAVISA com outras ações e serviços do SUS, setores governamentais ou não, resultando assim em uma maior legitimidade e factibilidade das intervenções quando aplicadas nas situações de risco à saúde e consequentemente fortalecendo e dando maior visibilidade a VISA em todas as esferas de governo e principalmente diante à sociedade.

Por fim, o PA também contempla a área de competência relacionada a Educação em VISA, quando um dos instrumentos a ser utilizado na execução do projeto é justamente oficinas de trabalho, com a promoção de identificação das necessidades de capacitação/ qualificação dos profissionais da VISA envolvidos, levando em consideração a área de gestão de risco citada anteriormente.

1.3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A legislação estabelece que os produtos sujeitos às ações de Vigilância Sanitária sejam previamente regularizados pela Anvisa, antes de serem entregues ao consumo da população. Para a regularização dos produtos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária realiza uma série de exigências às empresas fabricantes, as quais precisam comprovar que os produtos se encontram dentro dos padrões de exigência, de acordo com sua complexidade. Assim sendo, podemos refletir que na ocasião da liberação da regularização dos produtos, todos os requisitos técnicos foram cumpridos havendo a comprovação da garantia da qualidade dos produtos. Contudo, depois que os produtos se encontram em circulação no mercado, há necessidade das VISAs monitorarem sua qualidade, para se comprovar a manutenção dos mesmos requisitos técnicos obtidos na ocasião da regularização dos produtos.

Dessa forma, é imprescindível que haja coleta de amostras de produtos no mercado para a realização de análises laboratoriais, as quais devem ser realizadas pelos Laboratórios Centrais - LACENs. Contudo, essas ações são muito deficientes, pois desde o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, as VISAs municipais não foram devidamente estruturadas, havendo uma série de problemas relacionados a ausência de dados relativos à qualidade dos produtos que circulam no mercado, seja medicamentos, alimentos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal, saneantes domissanitários, entre outros.

Ademais, nas poucas ocasiões que ocorrem a coleta de produtos para a análise laboratorial, não existe um protocolo para o acompanhamento dos atos administrativos decorrentes dos laudos não conformes. Assim sendo, um laudo não conforme de um determinado produto, fica muitas vezes sem resposta à VISA do município que realizou a coleta e/ou não é monitorado pela VISA estadual, para que os atos administrativos ocorram dentro dos prazos estabelecidos pela Lei Federal n 6437 de 1977. Portanto, neste caso, os produtos com laudos não conformes permanecem expostos ao consumo da população, havendo grande risco sanitário para a sociedade

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo Geral

Implantar o protocolo para monitoramento das ações decorrentes dos laudos laboratoriais não conformes de produtos sujeitos à vigilância sanitária.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Elaborar o fluxo instituído pelo protocolo;
- Sensibilização dos gestores para a implantação do protocolo;
- Regulamentar o protocolo de monitoramento das ações decorrentes dos laudos não conformes.

1.5. ABRANGÊNCIA DO PROJETO

A abrangência desse projeto nesse primeiro momento, será na região de saúde Metropolitana I, que abrange os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara e onde se desenvolveu o projeto piloto.

Uma vez alcançado o objetivo, as outras regiões de saúde deverão gradativamente ser contempladas com o trabalho.

1.6. PROJETO APLICATIVO

Com o problema priorizado, o GAF utilizou as ferramentas propostas durante o Curso de GVISA, que foram:

Tabela 1 - Matriz Decisória:

Macroproblema	Valor	Interesse	Nota
Incipiente produção, disseminação e uso de conhecimento técnico-científico	Alto	0	7
Ineficiência de política de gestão de pessoas	Alto	+	9
Processo organizativo deficiente	Alto	+	10
Fragmentação de trabalho refletindo pouca articulação intra e interesetorial	Médio	+	5
Baixa visibilidade da VISA	Médio	+	7
Estrutura patrimonial deficiente	Médio	+	7

Nesse momento o grupo decidiu pelo processo organizativo deficiente como objeto do projeto a ser desenvolvido através da criação de um fluxograma para o monitoramento das ações que as vigilâncias sanitárias executam a partir dos resultados dos laudos não conformes de produtos encaminhados ao LACEN.

Tabela 2 - Árvore Explicativa:

	Nós Críticos		
Causas	Ausência de padronização no estado no fluxo das ações provenientes dos laudos não conformes	Ineficiência da gestão no gerenciamento das ações decorrentes dos laudos não conformes	Ausência de treinamento específico quanto ao desdobramento dos laudos não conformes
Descritor	90 % das ações das VISAS referentes aos laudos não conformes não são realizadas.		
Consequências	Aumento do risco sanitário pela utilização de produtos não conformes	Permanência de produtos não conformes na área de consumo	

Na construção da árvore explicativa o grupo pode detalhar o objeto a ser trabalhado no projeto aplicativo, detalhando suas causas e consequências, destacando os nós críticos.

Definiu-se como descritor do problema que 90% das ações que as vigilâncias municipais executam resultantes dos laudos não conformes apresentam um feedback deficiente para que a VISA estadual possa avaliar o monitoramento do sucesso ou não dessas ações.

Foram avaliadas três possíveis causas dessa situação:

- Ausência de padronização no estado do fluxo das ações provenientes dos laudos não conformes é reforçada pela insegurança da equipe de VISA municipal em prosseguir com o processo administrativo e na aplicação das penalidades previstas na lei;
- Deficiência na estrutura das VISAs municipais, um problema crônico, que podem ser exemplificados por recurso humano insuficiente, falta de material de expediente, veículos e materiais para coleta entre outros que dificulta a coleta de amostras e de monitoramento dos resultados insatisfatórios dos produtos coletados;
- O desconhecimento dos gestores com relação ao monitoramento dos laudos não conformes e da importância dessa informação para o planejamento de um plano de ação de VISA que possa prevenir riscos à saúde da população são importantes causas para o enfraquecimento desse fluxo de informações entre o município e o nível central da VISA.

As consequências disso são o desperdício material e humano para uma atividade, no caso a coleta propriamente dita, que mesmo realizada não resulta em seu objetivo final que é de controlar os produtos comercializados no município, aumentando com isso o risco sanitário na população local, pois não se tem conhecimento do impacto na saúde pública de um produto inadequado, como por exemplo, um medicamento utilizado por um grupo de indivíduos.

Esse aumento do risco sanitário e o desconhecimento do impacto na saúde reflete de forma negativa não apenas na política de saúde municipal, mas estadual que não consegue visualizar a qualidade dos produtos comercializados no seu território e desse modo, contribuindo para uma deficiência no controle dos estabelecimentos produtores e/ou comerciais que podem estar cometendo infrações sanitárias cabíveis de punições conforme preconiza a legislação sanitária em vigor.

Tabela 3 - Estratégia de Viabilidade:

Ações Conflitivas do Plano de Ação	Recursos Necessários	Recursos que Temos	Recursos que Não Temos	Viabilidade	Estratégia para Aumentar a Viabilidade
Interesses Divergentes	Sensibilização para fortalecer parceria	Mostrar a importância do LACEN nos processos de VISA	Temporalidade do laudo	Efetividade no atendimento da demanda	Marcar uma reunião de trabalho para discutir o atendimento

Também foi importante que fosse feita uma planilha destacando a estratégia de viabilidade do projeto para análise mais ampla das ações e recursos necessários durante a aplicação do mesmo.

1.7. PLANO DE AÇÃO – PLANILHA PES SIMPLIFICADO

1.7.1. Problema: A deficiência das ações resultantes dos laudos não conformes dos produtos sujeitos a VISA.

	NÓ CRÍTICO 1	NÓ CRÍTICO 2	NÓ CRÍTICO 3
PLANO DE AÇÃO	Ausência de padronização no Estado quanto ao fluxo das ações provenientes dos laudos não conformes	Ineficiência da gestão no gerenciamento das ações decorrentes de laudos não conformes	Ausência de treinamento específico quanto ao desdobramento do tratamento dos laudos não conformes.
RESULTADO ESPERADO	Padronização do fluxo	Gestão eficiente no gerenciamento das ações	Treinamento específico
AÇÕES	Elaboração do fluxo	Avaliação e monitoramento da gestão	Educação continuada
ATIVIDADES	Implantação do fluxo	Criar instrumento diagnóstico	Elaboração de material educativo/ capacitação e treinamento
RESPONSÁVEIS	Direção do DVS	Gestores de	DVS - Nível Central,

		VISA	Regionais e município.
PARCEIROS	VISA Regional e Municipal, Anvisa.	LACEN, Ministério Público, PROCON.	Instituições de Ensino e especialistas
OPOSITORES	Equipe de trabalho, diretores e coordenadores.	Gestores de VISA	Equipe de trabalho
INDICADORES DE QUALIDADE	Fluxo Elaborado	Resposta das ações decorrentes de laudos não conformes	Treinamentos e capacitações realizadas
RECURSO NECESSÁRIO	Análise técnica e Recursos Humanos	Recursos humanos, Acesso à internet, Material de expediente.	Recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros.
PRAZOS	180 dias	90 dias	180 dias

Assim, o plano de ação do PA apresenta os seguintes passos:

- 1- Elaborar proposta para compatibilização do universo dos municípios que realizam a coleta de amostras;
- 2- Conhecer o universo de atuação dos municípios quanto ao retorno dos laudos emitidos pelo LACEN em tempo hábil sem o comprometimento da ação a ser tomada;
- 3- Apresentar e discutir propostas com as equipes das VISAS municipais/estado, ANVISA e LACEN relacionados as coletas de amostras e entrega de resultados;
- 4- Gerar planilhas técnicas com evidências do consolidado referenciados das discussões e reuniões dos atores envolvidos nesse processo;
- 5- Criação de grupos técnicos específicos indicados por suas respectivas direções e levando em consideração os servidores participantes da construção do processo;

6- Realizar oficina (municípios, estado e LACEN) para a elaboração dos protocolos para o monitoramento dos laudos não conformes dos produtos sujeitos a vigilância sanitária;

7- Realizar oficina para implantação do fluxograma referente ao protocolo das ações com a participação dos gestores como forma de sensibilizá-los com vista a execução da proposta.

8- Eleger grupo de técnicos do Nível Central e Centros Regionais para o monitoramento das ações decorrentes das demandas dos laudos não conformes;

9- Efetuar a regulamentação do protocolo de monitoramento das ações decorrentes dos laudos não conformes através de uma portaria estadual.

Considerando as necessidades do P.A seguem os seguintes gastos com insumos para as atividades elencadas:

TABELA DE CUSTO E INSUMOS PARA REALIZAÇÃO DO PA

PLANILHA PLANO DE AÇÃO – PES Simplificado								
PROBLEMA: A deficiência das ações resultantes dos laudos não conformes dos produtos sujeitos a VISA.								
NÓ CRÍTICO	MEDIDAS ADOTADAS	ATIVIDADES	MESES					
			01	02	03	04	05	06
NÓ CRÍTICO 1	PLANO DE AÇÃO	Ausência de padronização no Estado quanto ao fluxo das ações provenientes dos laudos não conformes						
	RESULTADO ESPERADO	Padronização do fluxo						
	AÇÕES	Elaboração do fluxo						
	ATIVIDADES	Implantação do fluxo com a realização de uma Oficina em duas etapas, primeiro com as regionais e depois com os municípios que demandariam 1.Espaço físico (1.000) 2.Consultor(2.000) 3.Pasta com material didático (1.000) 4.Coffe break (500) 5.Almoço (1.500) 6.Diárias e passagens (40.000)						
	RESPONSÁVEIS	Direção do DVS						
	PARCEIROS	VISA Regional e Municipal, Anvisa.						
	OPOSITORES	Equipe de trabalho, diretores e coordenadores.						
	INDICADORES DE QUALIDADE	Fluxo Elaborado						
	RECURSO	R\$46.000 para atender os	4.600,	9.200,	9.200	9.200,	9.200,	4.600,
				00R\$,00R\$	00R\$	00R\$	

	NECESSÁRIO	insumos 1, 2, 3, 4, 5 e 6	00R\$				00R\$	00R\$	
	PRAZOS		10,00 %	20,00 %	20,00 %	20,00%	20,00 %	10,00%	
NÓ CRÍTICO 2	PLANO DE AÇÃO	Ineficiência da gestão no gerenciamento das ações decorrentes de laudos não conformes							
	RESULTADO ESPERADO	Gestão eficiente no gerenciamento das ações							
	AÇÕES	Avaliação e monitoramento da gestão							
	ATIVIDADES	Criar instrumento diagnóstico com apoio de um Grupo de Trabalho							
	RESPONSÁVEIS	Gestores de VISA							
	PARCEIROS	LACEN, Ministério Público, PROCON.							
	OPOSITORES	Gestores de VISA							
	INDICADORES DE QUALIDADE	Resposta das ações decorrentes de laudos não conformes							
	RECURSO NECESSÁRIO	R\$ 6.000 com Diárias e passagens para deslocamento dos integrantes do GT	R\$2.000,00	R\$2.000,00	R\$ 2.000,00				
	PRAZOS		30%	20%	30%				

NÓ CRÍTICO 3	PLANO DE AÇÃO	Ausência de treinamento específico quanto ao desdobramento do tratamento dos laudos não conformes.						
	RESULTADO ESPERADO	Treinamento específico						
	AÇÕES	Educação continuada						
	ATIVIDADES	Elaboração de material educativo/ capacitação e treinamento mediante: 1.Confecção de folders e cartilhas (2000) 2. Banners (500) 3. Diárias e passagens para os multiplicadores (50000) 4. Coffe break (500) 5.Material didático (3000)						
	RESPONSÁVEIS	DVS - Nível Central, Regionais e município.						
	PARCEIROS	Instituições de Ensino e especialistas						
	OPOSITORES	Equipe de trabalho						
	INDICADORES DE QUALIDADE	Treinamentos e capacitações realizadas						
	RECURSO NECESSÁRIO	R\$56.000 para atender os insumos 1, 2, 3, 4 e 5	5.600,00R\$	11.200,00R\$	11.200,00R\$	11.200,00R\$	11.200,00R\$	5.600,00R\$
	PRAZOS		10,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	10,00%

CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO

NÓS CRITICOS	DESCRIÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÓ CRÍTICO 1	AUSÊNCIA DE PADRONIZAÇÃO NO ESTADO, QUANTO AO FLUXO DAS AÇÕES PROVENIENTES DOS LAUDOS NÃO CONFORMES												
AÇÃO 1.a	COLETA DOS DADOS (LEVANTAMENTO DOS MUNICÍPIOS QUE FAZEM COLETA DE AMOSTRA)	X	X	X									
AÇÃO 1.b	OFICINA COM AS REGIONAIS DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO DO FLUXO				X								
AÇÃO 1.C	ELABORAÇÃO DO FLUXO				X								
NÓ CRÍTICO 2	INEFICIÊNCIA DA GESTÃO, NO GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DECORRENTES DOS LAUDOS NÃO CONFORMES												
AÇÃO 2.a	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA GESTÃO							X	X	X			
AÇÃO 2.b	LEGALIZAR O PROTOCOLO DE MONITORAMENTO POR MEIO DE UMA PORTARIA ESTADUAL									X			
NÓ CRÍTICO 3	AUSÊNCIA DE TREINAMENTO ESPECÍFICO, QUANTO AO DESDOBRAMENTO DO TRATAMENTO DOS LAUDOS NÃO CONFORMES												
AÇÃO 3.a	EDUCAÇÃO CONTINUADA							X	X	X	X	X	X

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, com análise técnica e estabelecimento de um fluxo para orientar as decisões das equipes de VISA municipais, acreditamos que os laudos não conformes deverão ser um instrumento importante para as ações preventivas e/ou corretivas a serem aplicadas nos municípios, reduzindo esse alto percentual de feedback negativo entre as esferas de atuação das VISAS e promovendo de fato uma comercialização de produtos com qualidade e segurança a toda população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. **LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977.** Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 24 de agosto de 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA 1.052 DE 8 DE MAIO DE 2007.** Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 9 de maio de 2007.

COSTA, Ediná Alves. **VIGILÂNCIA SANITÁRIA** – Proteção e Defesa da Saúde. 2ª Edição Aumentada. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME. 2004. P. 329, 410 a 414, 419.

GARRAFA, Volnei; MELLO, Dirceu Raposo de; PORTO, Dora. **BIOÉTICA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA.** 1ª Edição. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 2007. P. 7.

SOUZA, Ana Maria A. F.; MARQUES, Maria Cristina da Costa. **VIGILÂNCIA SANITÁRIA** – Textos e Contextos. REV. O PROCESSO DE TRABALHO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A FRAGMENTAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS. CECOvisa USP. 2004. P. 24-27.

**ELIANE OSSHIRO
LUIZ VANINI DUTRA
MERCEDES BRITES VELAZQUES
VALDEVINO JOSÉ DE SOUZA**

**PES – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: REFLEXÃO PARA A
VISA DE DOURADOS-MS**

**SÃO PAULO
2016**

**ELIANE OSSHIRO
LUIZ VANINI DUTRA
MERCEDES BRITES VELAZQUES
VALDEVINO JOSÉ DE SOUZA**

**PES – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: REFLEXÃO PARA A
VISA DE DOURADOS-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:
Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte

**SÃO PAULO
2016**

Ficha Catalográfica

Eliane Osshiro et al.

PES – Planejamento Estratégico Situacional: reflexão para a VISA de Dourados-MS/ Eliane Osshiro et al.; Orientação Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte. 2016

44f.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul.....	7
Figura 02 - Localização do município de Dourados.....	9
Figura 03 - População residente, por situação do domicílio e sexo – 2010.....	10
Figura 04 - Pirâmide Etária de Dourados, MS e Brasil	10
Figura 05 - Mortalidade proporcional por causa em Dourados/MS	12
Figura 06 - Principais causas de morbidade hospitalar em Dourados, MS e Brasil .	12
Figura 07 - Arco de Charles Maguerez.....	24
Figura 08 - Conceitos e processo dos momentos do PES	26
Figura 09 - Árvore Explicativa.....	29
Tabela 01 - Plano de Ação (Nó Crítico 1).....	31
Tabela 02 - Plano de Ação (Nó Crítico 2).....	32
Tabela 03 - Matriz de gestão do plano.....	36
Tabela 04 - Cronograma de acompanhamento da Implementação do PA	37

LISTA DE SIGLAS

PES – Planejamento Estratégico Situacional

VISA – Vigilância Sanitária

CMS – Conselho Municipal de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PAVISA – Plano de ação da Vigilância Sanitária

PDVISA – Plano diretor de Vigilância Sanitária

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SeMS – Secretaria Municipal de Saúde

PA – Plano de ação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 ANÁLISE DE CONTEXTO	7
2.1 MUNICÍPIO DE DOURADOS	8
2.1.1 Habitação e estrutura	11
2.1.2 Riscos Sanitários, Ambientais e Ocupacionais	11
2.1.3 Rede de Atenção à saúde.....	13
2.1.4 Vigilância Sanitária	13
3 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO INICIAL (CENÁRIO/ATOES)	15
4 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA	17
5 OBJETOS E OBJETIVOS	20
5.1 GERAL.....	20
5.2 ESPECÍFICOS.....	20
6 FUNDAMENTAÇÃO - REFERENCIAL TEÓRICO	21
7 PERCURSO METODOLÓGICO	24
8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
9 GESTÃO DO PLANO	34
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990)

Esta definição de Vigilância Sanitária (VISA) trazida pela Lei 8.080/90 (art. 6, parágrafo 1º.) já vislumbra a complexidade da sua área de atuação, onde podemos prever o envolvimento de aspectos econômicos, políticos e sociais atuando na conformação do seu trabalho, uma vez que a VISA situa-se na relação entre a população, setor regulado (produção e serviços) e governo.

As especificidades do trabalho em Vigilância Sanitária, que vão desde a produção até o consumo de diferentes tecnologias (alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos, produtos para saúde, entre outros) e serviços (médicos, odontológicos, estéticos, etc), através do uso de distintos meios de intervenção (inspeção, registro, monitoramento, comunicação, educação em saúde, entre outros), assim como o complexo contexto em que se insere revelam a necessidade de fortalecimento deste setor estratégico para o Sistema único de Saúde (SUS).

Com o processo de descentralização da VISA os municípios assumem papel principal na programação e execução das ações de VISA no seu território, o que se justifica pelas disparidades culturais, econômicas, sociais e políticas no nosso extenso país, que impossibilitam o engessamento de sua atuação em modelos únicos e pré- definidos. No entanto, vemos que a responsabilidade foi passada para os municípios, mas a estruturação da VISAs municipais não acompanhou as novas demandas.

Neste cenário encontra-se a VISA de Dourados-MS, que constitui um município de médio porte com aproximadamente 200.000 habitantes do estado de Mato Grosso do Sul, sede de macrorregião de saúde, e que apesar dos problemas estruturais tem pactuadas inclusive as ações de alta complexidade (hospitais com unidade de terapia intensiva-UTI, quimioterapia, hemodinâmica, entre outros), deixando de pactuar apenas as ações impactáveis, que permaneceram sob responsabilidade do Estado (hemodiálise, hemocentro, medicina nuclear). De 2007 até 2016 algumas importantes ações estruturantes da VISA permanecem sendo alvo

do seu planejamento anual. Vemos a necessidade de melhor qualificação do trabalho da VISA municipal traduzido no investimento em sua gestão, com vistas ao planejamento com base no gerenciamento de riscos, na integralidade e nos aspectos de participação dos atores envolvidos, uma vez que as ações planejadas e executadas atualmente possuem foco na regulação.

Assim, o Planejamento estratégico situacional (PES) se apresenta como ferramenta de fortalecimento da gestão pública e de grande valia para o planejamento do setor de VISA, pois foi concebido para o setor público, que é considerado um complexo centro de conflitos e interesses, assim como a VISA.

Como atores de VISA, aplicamos os conceitos do PES na construção coletiva do planejamento anual de ações, visando sua qualificação perante os gestores, que detem o poder e perante a população, de forma a concretizar estas ações. O presente projeto aplicativo buscou uma forma de intervenção na realidade local por meio do uso de estratégias como o Enfoque Situacional no Planejamento das ações de Vigilância Sanitária, objetivando contextualizá-las de forma a responder às reais necessidades de saúde da população, com redefinição de suas práticas sanitárias. Também o propósito foi de construir capacidades dos atores de VISA com o exercício da problematização e análise do contexto em que estamos inseridos.

2 ANÁLISE DE CONTEXTO

O estado de Mato Grosso do Sul foi implantado em 1979. É centrado na agricultura e pecuária. Seu território possui grandes vazios populacionais e baixa densidade demográfica (população relativa 6,8 hab/Km²). O crescimento demográfico é de 1,7% ao ano. Possui bons indicadores socioeconômicos se comparados com a média nacional, tais como o índice de desenvolvimento humano (IDH), que é o 8º melhor do país. No entanto, o estado possui grande déficit no acesso à rede de esgoto: menos da metade da população conta com esse serviço. A sua taxa de mortalidade infantil é de 16,9 para cada mil habitantes (média brasileira 22).

Conta com aproximadamente 2.2 milhões de habitantes, com uma taxa de urbanização de 84% e 65 mil indígenas espalhados em 28 municípios - a segunda maior população indígena no país. Apenas dois municípios contam com mais de 200 mil habitantes, a capital Campo Grande e Dourados, e isso faz com que a concentração dos serviços esteja nas grandes cidades.

De acordo com o seu plano diretor de regionalização, Mato Grosso do Sul está organizada em quatro macrorregiões de saúde: Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá (Figura 01).

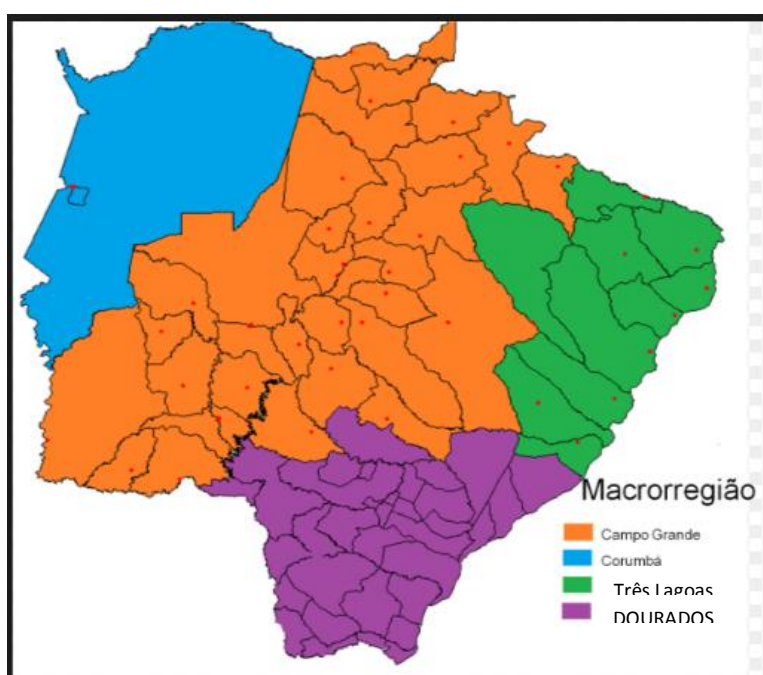


Figura 01: Macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul

O município de Dourados é cidade pólo da macrorregião, que compreende quatro microrregiões: Dourados, Naviraí, Ponta Porã e Nova Andradina, num total de 35 municípios e população de 770.399 habitantes. Em termos de rede de serviços é quase metade do Estado.

A microrregião de Dourados possui 11 municípios: Caarapó, Deodápolis, Dourados, Douradina, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapã, Rio Brilhante e Vicentina e população de 336.107 habitantes.

2.1 MUNICÍPIO DE DOURADOS

Localizado na rodovia BR-163, a espinha dorsal do Brasil, o município de Dourados possui excelente logística. Tem num raio de mil quilômetros dezenas de grandes cidades. Devido sua posição geográfica representa papel central na geopolítica regional (“capital regional”), referência para comércio e serviços para uma região de 38 municípios, localizados num raio médio de 147,7 Km, que reúne 841.986 habitantes, e soma um PIB (Produto Interno Bruto) de 11,113 bilhões (IBGE, 2009). Há também a proximidade com a fronteira com o Paraguai, que favorece o fluxo internacional de produtos e pessoas (Figura 02)

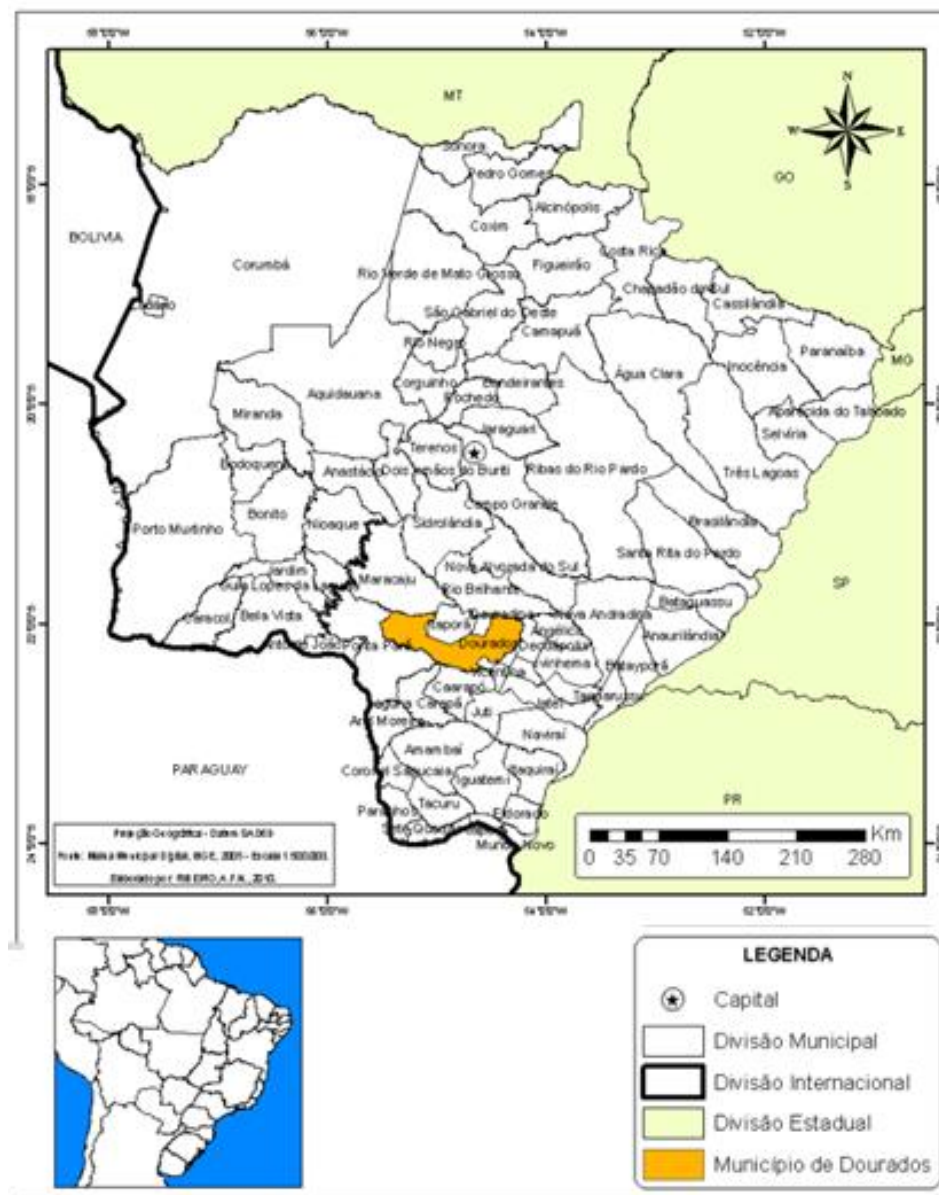


Figura 02: Localização do município de Dourados

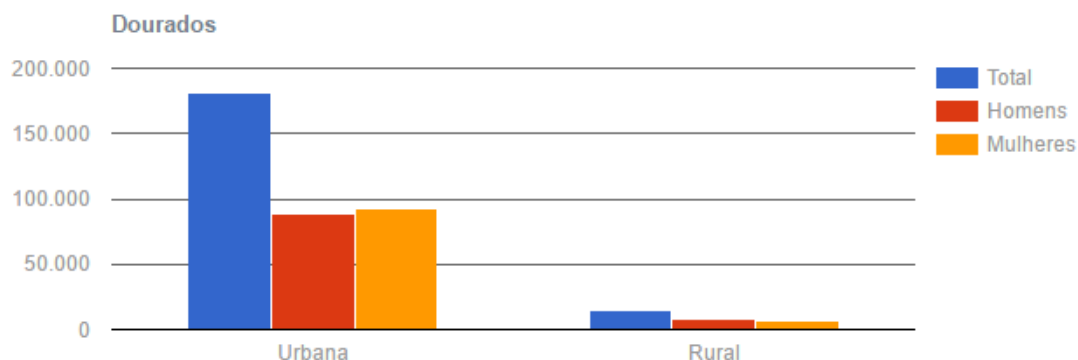
Possui área total de 4.096,90 km² (40,68 km² de área urbana), incluindo os distritos Guaçu, Indapólis, Formosa, Itahum, Macaúba, Panambi, Picadinha, Vila São Pedro e Vila Vargas.

Sua população é de aproximadamente 200 mil habitantes (2^a cidade mais populosa de Mato Grosso do Sul), sendo que em torno de 12.500 são índios das etnias Terenas, Kaiowá e Guarani, que vivem na Reserva Indígena de Dourados, localizada a apenas 5 quilômetros do centro da cidade.

A população da área urbana é de 92%. Há leve predominância do sexo feminino (50,9%) em relação ao sexo masculino (49,1%), conforme Figura 03. Há predominância de população mais jovem em relação à mais idosa, representada por

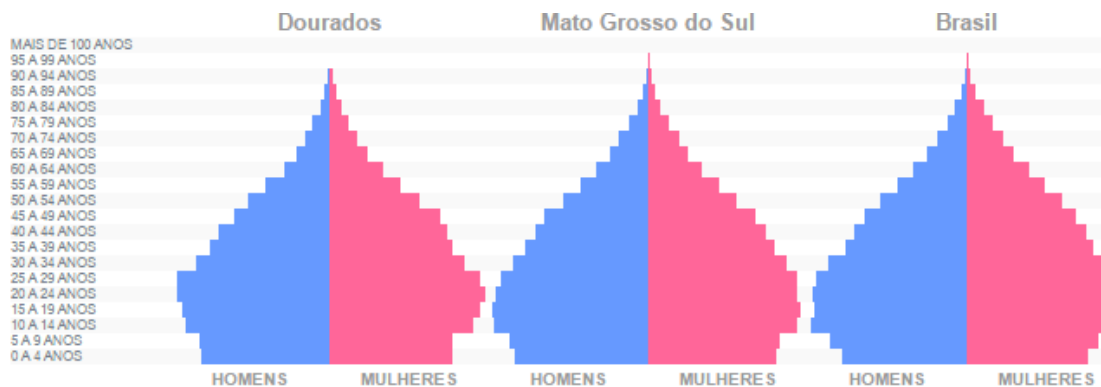
uma pirâmide populacional com ápice mais estreito e base mais larga. Ainda que, podemos observar a tendência de estreitamento da base com a diminuição da natalidade, situação que também vem ocorrendo no nível estadual e nacional (Figura 04).

Figura 3: População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

Figura 04: Pirâmide Etária de Dourados, MS e Brasil



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

Constituindo centro agropecuário, sua principal renda é a agricultura, como a produção de grãos de soja e milho. Grande parte do seu território é voltada para o setor primário.

Também é conhecida como cidade universitária devido à instalação de várias universidades no município, com cursos de diversas áreas, principalmente na área de saúde, inclusive com o curso de medicina na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), o que atrai estudantes de várias regiões do país.

2.1.1 Habitação e infraestrutura

A população atendida com água tratada no município de Dourados é de 184.000 habitantes (Sanesul, 2008) e pela rede de coleta de esgoto sanitário é de aproximadamente 70% população. A coleta de resíduos urbanos abrange 100% da área urbana e a destinação final ocorre em aterro sanitário, no entanto a coleta seletiva foi implantada em poucos bairros da cidade.

As habitações precárias ocorrem nas áreas de desenvolvimento periféricas não planejadas, decorrentes de invasões e assentamentos, até mesmo em áreas de alagamento.

2.1.2 Riscos Sanitários, Ambientais e Ocupacionais

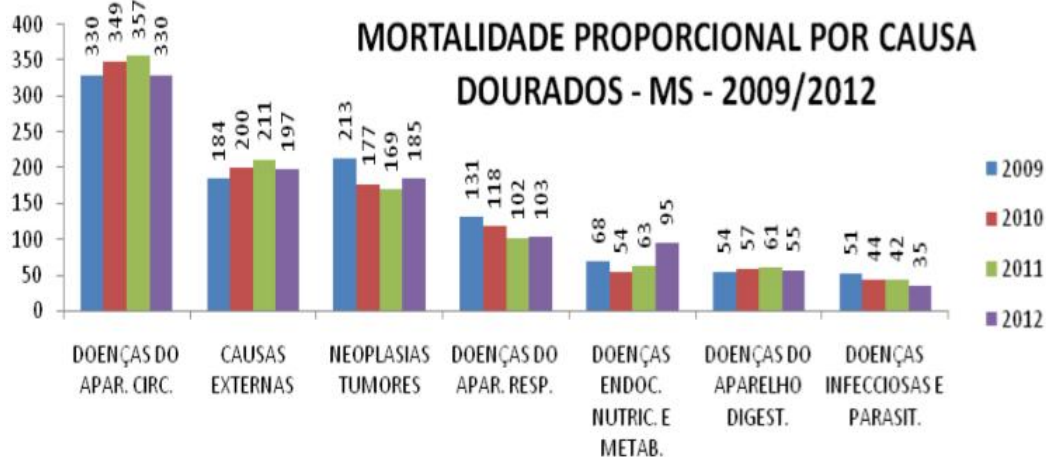
A maior parte da água da rede de abastecimento pública é proveniente da ETA (Estação de tratamento de água), com captação das águas superficiais do rio Dourado, que percorre extensas áreas de agricultura intensiva.

Possui polo industrial, nos quais se destacam grandes indústrias de alimentos, têxteis, frigoríficos e mais de 450 indústrias de transformação.

Apresenta grande frota de veículos em trânsito tanto de residentes quanto de população de municípios da região, o que contribui para a elevação da mortalidade por causas externas, que está em segundo lugar, atrás apenas das causas relacionadas ao sistema circulatório (Figura 05) e em primeiro lugar nas causas de morbidade hospitalar (Figura 06).

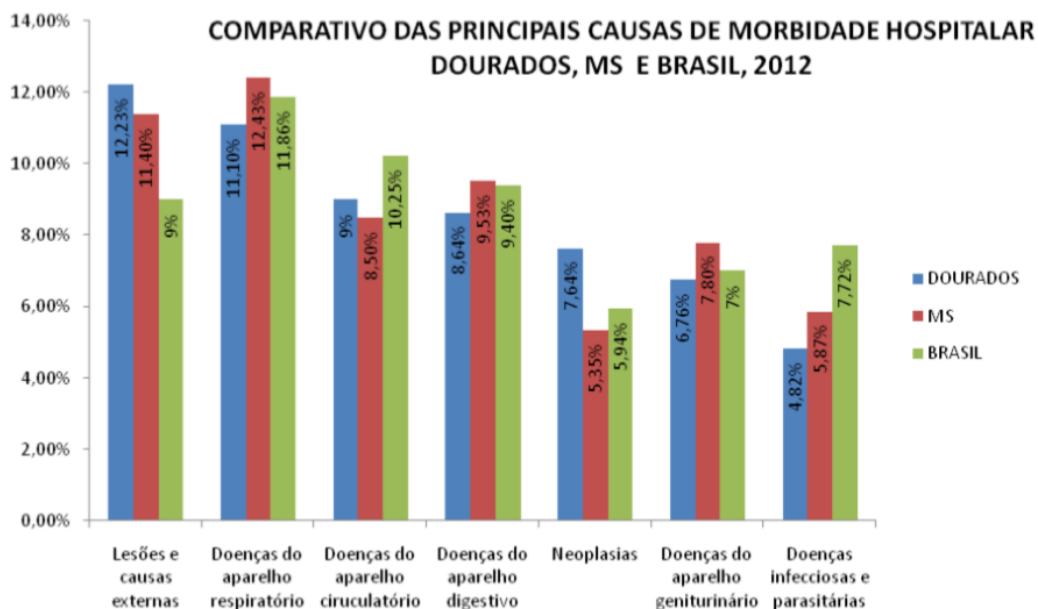
Para atendimento da população local e população referenciada, é considerado baixo o número de leitos hospitalares para atendimento da demanda da região.

Figura 05: Mortalidade proporcional por causa em Dourados/MS no período de 2009 a 2012



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Dourados 2014-2017

Figura 06: Principais causas de morbidade hospitalar em Dourados, MS e Brasil em 2012



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Dourados 2014-2017

2.1.3. Rede de atenção à Saúde

A atenção básica do município é composta por 03 unidades básicas de saúde: Seleta, Santo André e Vila Rosa, 42 equipes de saúde da família (ESF) e 03 equipes de estratégia de agentes comunitários de saúde (EACS). Estas equipes possuem apoio de 03 núcleos de apoio à saúde da família (NASF). A cobertura da estratégia de saúde da família é de 78,48% da população do município, num total de 162.861 pessoas e 48.127 famílias cadastradas.

A atenção especializada conta com 1 centro de atendimento psicossocial CAPS II, 1 centro de atendimento psicossocial/ álcool-drogas (CAPS/AD), 1 centro de atendimento da mulher (CAM), 1 pronto atendimento médico (PAM), 1 centro homeopático e 1 centro de especialidades odontológicas.

Os serviços de urgência e emergência são efetuados por 1 unidade de pronto atendimento (UPA), 1 serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e 1 pronto atendimento hospitalar (Hospital da Vida).

A rede hospitalar referência regional, que atende o sistema público de saúde possui os seguintes hospitais: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), Hospital da Vida (HV), Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (HRCGD), Hospital da Missão (HM), Hospital do Câncer (HC) e Hospital Evangélico (HE). Estes dois últimos possuem atendimento público e privado. Na rede privada ainda temos Hospital do Coração (HC), Hospital Santa Rita (HSR) e Hospital Cassems.

2.1.4 Vigilância Sanitária

O componente Vigilância Sanitária (VISA) está dentro do Núcleo de Vigilância em Saúde, que possui como demais componentes a Vigilância Epidemiológica, Imunização e Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). As ações de Vigilância Ambiental são realizadas pela VISA (vigilância da qualidade da água para consumo humano) e pelo CCZ. A VISA possui sede específica, mas não própria e veículos compartilhados com toda a Vigilância em Saúde. Possui equipe composta de 9 fiscais de vigilância sanitária: 1 bióloga com especialização em VISA, 2 farmacêuticas bioquímicas (uma especialista em saúde pública), 1 cirurgiã dentista

especialista em saúde pública, 1 médica veterinária especialista em saúde pública, 1 historiadora com especialização em VISA, 1 pedagoga e 2 fiscais de nível médio. Também realizam ações da VISA: 1 cirurgião dentista responsável pelo VIGIAGUA - coletas e encaminhamento da água para o LACEN/MS e 1 engenheiro responsável pela análise dos projetos dos estabelecimentos sujeitos à VISA.

O município tem pactuados todos os grupos de ações estratégicas (exceto as impactuáveis como os serviços de hemodiálise, medicina nuclear, radioterapia, braquiterapia, banco de leite, hemocentro e transplantes).

Possui aproximadamente 3.500 estabelecimentos cadastrados na VISA entre:

- Hospitais, clínicas médicas, odontológicas, veterinárias, postos de saúde, consultórios, radiodiagnóstico, hemoterapia, etc
- Farmácias com manipulação de fórmulas, drogarias e distribuidoras de medicamentos,
- Indústrias de alimentos, de saneantes, distribuidoras, etc
- Cozinhas industriais, restaurantes, lanchonetes, etc
- Escolas, universidades, creches, asilos, presídios, igrejas,
- Salões de beleza, piercing, tatuagem, etc
- Supermercados, mercados e outros comércios.

3 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO INICIAL (CENÁRIO/ATOES)

Com o processo de descentralização das ações de VISA, os componentes municipais do sistema de vigilância sanitária vem assumindo nos últimos anos a maior parte das ações no âmbito de suas jurisdições. Enquanto que, há pouco mais de uma década a Vigilância Sanitária de Dourados realizava apenas as ações de baixa e média complexidade, tem hoje pactuadas inclusive as ações de alta complexidade. No entanto, a estruturação das VISAs municipais não vem acompanhando os desafios que lhe são impostos ou as novas responsabilidades assumidas, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.

A maioria dos fatores que afetam a eficácia e eficiência do trabalho das VISAs, está relacionada à estruturação, planejamento e articulação. Quanto à estruturação, verifica-se quadro de profissionais subdimensionado para a quantidade e complexidade dos serviços encontrados no município. Desta forma no município de Dourados não temos profissionais específicos por áreas, mas sim profissionais que atuam em praticamente todas as áreas, de acordo com a demanda de serviços. Outro aspecto é a estrutura física inadequada e o número reduzido de veículos para atender as equipes de fiscalização.

A equipe de VISA não tem articulação com demais setores da saúde, assim como a articulação interinstitucional e política é incipiente. Vemos mais uma VISA cumpridora de tarefas, mas sem visão crítica do seu processo de trabalho.

As ações de VISA no município de Dourados têm sido predominantemente por demanda de ordens de serviço (para liberação de alvarás sanitários), denúncias e solicitações de outros setores e órgãos, sem avaliação, sem planejamento de médio e longo prazo e sem a organização necessária para garantir qualidade ao serviço. O planejamento anual não tem a participação dos executores das ações de VISA (fiscalização), sendo implantado de forma descendente, o que gera desconforto, desmotivação, falta de comprometimento e principalmente perda de sentimento de equipe. Os responsáveis pela gestão do setor de VISA geralmente são cargos de confiança, o que resulta em alta rotatividade condicionada às mudanças de gestão do município e muitas vezes não têm formação nem conhecimento em saúde pública.

O planejamento anual da VISA é estabelecido através do plano de ação (PAVISA). O primeiro plano de ação com base nos eixos do PDVISA (Plano Diretor

de Vigilância Sanitária) foi elaborado em 2007 em oficinas onde participaram atores de VISA e gestores, sob orientação de técnicos da ANVISA. Os planos que se sucederam não mais tiveram a participação dos atores de VISA e perderam o contexto do setor. O processo de planejamento da VISA demonstra fragilidades tais como governabilidade do plano, eficácia dos seus resultados em termos de melhorias das condições de saúde e de vida da população, falta de autonomia nos recursos e o conflito entre o plano de querer e o plano de poder.

Muitas ações previstas para serem realizadas em 2008 continuam no plano de 2016, tais como as relacionadas à estruturação da VISA e às capacitações dos seus trabalhadores, apesar de novas conformações terem acontecido neste período, como a pactuação das ações de média e alta complexidade, saída de quatro trabalhadores da fiscalização (dois enfermeiros e um médico veterinário cedidos da rede e uma cirurgiã dentista em licença para trato de interesse particular) e entrada de mais três trabalhadores com graduação em biologia, história e pedagogia.

Se por um lado temos a visão dos gestores, que relatam: "... a prática de vigilância sanitária parece manter suas características mais antigas, especialmente as atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, na observação do fato, no licenciamento de estabelecimentos, no julgamento de irregularidades e na aplicação de penalidades, funções decorrentes do seu poder de polícia" (Plano Municipal de Saúde de Dourados 2014-2017), por outro temos uma equipe de VISA desmotivada e com sentimento de pouca influência nas decisões que lhe dizem respeito, como por exemplo, o planejamento de suas ações.

4 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA

Os seguintes macroproblemas identificados, que foram considerados relevantes para intervenção e mudanças no atual cenário são:

- 1) Planejamento das ações da VISA desvinculado do enfoque situacional;
- 2) Falta de capacitação técnica dos gestores da VISA;
- 3) Falta de articulação da VISA com demais setores da saúde e
- 4) Recursos humanos e materiais insuficientes na VISA.

Após a priorização dos problemas, com a utilização das matrizes decisórias do Termo de Referência – Projeto Aplicativo IEP/HSL, constatou-se que em relação aos problemas de capacitação dos gestores da VISA e da insuficiência de recursos humanos e materiais, os autores do projeto têm pouca ou nenhuma capacidade de enfrentamento. Sendo todos atores executantes das ações de VISA, têm pouco ou nenhum controle dos recursos necessários para enfrentá-los, o que caberia mais ao gestor da pasta propriamente dito.

Já quanto os aspectos urgência, factibilidade e relevância, o grupo afinidade priorizou o macroproblema 1) Planejamento das ações da VISA desvinculado do enfoque situacional em detrimento do 3) Falta de articulação da VISA com demais setores da saúde, devido o sentimento dos atores de querer influir mais no seu setor de trabalho, compreendendo sua inserção no mesmo e contribuindo para seu fortalecimento.

Um levantamento rápido de informações no setor verificou que 100% equipe de fiscalização desconhecia o plano de ação 2016 (ano corrente) e não participava do seu monitoramento, inclusive os atores que ora apresentam este projeto. Também foi verificado que a fiscalização não realiza programação semanal de atividades, pois os “serviços” são centralizados e repassados diariamente às equipes, sob a lógica das demandas de ordens de serviço, denúncias e solicitações de outros setores e órgãos em detrimento da priorização com base na gestão de riscos. Consequentemente há prejuízo no comprometimento da equipe, uma vez que a mesma não possui objetivos claros de resolutividade do serviço e gestão de riscos, assim como não se entendem como parte deste processo, mas sim como cumpridores de tarefas solicitadas, a olhar externamente o planejamento do setor.

A dificuldade de viabilização de ações relacionadas à estruturação do setor com equipe de fiscalização tanto em termos quantitativos quanto em relação à sua

qualificação, formação e capacitação necessários, provimento de recursos como veículos e outros materiais demonstra a falta de recursos (organizacionais e políticos) para estas ações, que estão contempladas no plano de ação da VISA desde 2007 e até agora não foram cumpridas. Situação que se tornou crítica com a pactuação das ações de média e alta complexidade pela VISA municipal, onde apesar de assumirmos a responsabilidade pelas inspeções dos hospitais, por exemplo, não contamos sequer com um enfermeiro em nossa equipe de fiscalização.

Em relação ao plano de ação vigente (Plano de ação da VISA, 2016) verificamos falta de previsão de recursos financeiros para as ações elencadas, que denotam que o planejamento está desvinculado do orçamento devido os recursos financeiros não serem geridos pelo setor. O estabelecimento de metas, que foi baseado nos planos anteriores e de acordo com o realizável apresenta situações questionáveis do ponto de vista do risco à saúde, como por exemplo a execução de inspeção de 35% de estabelecimentos de alimentos, 70% serviços de saúde e 100% óticas e academias de ginástica musculação e dança.

O planejamento desvinculado da análise de situação pode trazer como consequência a desatualização dos dados do município, no que se referem às ações de VISA e dados de estabelecimentos sujeitos à VISA. Não constam do plano tecnologias presentes no município tais como serviços de hemodinâmica, indústrias de saneantes, laboratório de análise de alimentos e água, indústrias de alimentos de médio e grande porte, estabelecimento carcerário, comunidade terapêutica, centro de atenção psicossocial, assim como outras atividades estão com quantitativo subdimensionado.

A autonomia e o poder de decisão dados aos municípios contrastam com a imaturidade de muitos deles no que diz respeito à cultura de planejamento dentro das organizações públicas (da Luz et al, 2013). As práticas de planejamento das Secretarias Municipais de Saúde são realizadas em momentos pontuais, em espaços circunscritos da organização e por força das exigências legais para o repasse financeiro, apresentando baixo grau de institucionalização, traduzindo-se em planos “engavetados” e realização de ações de forma reativa e para solução de problemas urgentes (DA LUZ ET AL, 2013).

Da Luz et al. (2013) ainda traz outros desafios à institucionalização do planejamento em saúde, como a articulação do planejamento nas três esferas de

governo, de forma ascendente e orientada pelas necessidades locais, a elaboração de forma participativa, com envolvimento e comprometimento de diferentes atores (gestores, profissionais e usuários) no planejamento e no alcance dos resultados e a articulação entre o planejamento no SUS e o orçamento público.

O grupo identificou os seguintes atores sociais envolvidos: técnicos e gestores de VISA, CMS, Secretário Municipal e Estadual de Saúde e ANVISA. Todos foram considerados com interesse positivo com valores de médio a alto frente o problema priorizado, pois a qualificação das ações de VISA refletem diretamente na menor demanda por intervenção dos demais níveis de gestão e em melhoria na atenção à população local em suas reais necessidades de saúde.

5 OBJETOS E OBJETIVOS

5.1 GERAL

Propor uma nova metodologia de elaboração do planejamento da Vigilância Sanitária de Dourados-MS – Plano de Ação da VISA (PAVISA).

5.2 ESPECÍFICOS

- Criar espaços permanentes de construção coletiva voltados para o planejamento das ações da VISA.
- Priorizar as ações de VISA com base no gerenciamento de riscos;
- Promover maior integração da VISA com demais setores da saúde;
- Promover a VISA perante a população e setor regulado através da educação em saúde;

6 FUNDAMENTAÇÃO - REFERENCIAL TEÓRICO

As organizações de saúde caracterizam-se por sua grande dependência dos profissionais responsáveis pela execução de suas atividades finalísticas, especialistas com alto nível de qualificação, que requerem autonomia para o desenvolvimento de seu trabalho. Neste contexto, o papel dos gerentes/planejadores é mais limitado para coordenar ou normalizar o trabalho profissional. Além disso, destaca-se o desafio de integração da dupla estrutura, profissional e administrativa, bem como entre os diversos especialistas, principalmente no sentido do compromisso com os objetivos organizacionais. As estratégias gerenciais devem incluir processos participativos, de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos (AZEVEDO, 1995 apud ARTMANN; AZEVEDO; CASTILHO, 1997).

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. Muito pouco se tem estudado ou experienciado em relação a novas formas de gestão que considerem os trabalhadores “sujeitos sociais”, e não apenas como “mero recurso”. (GARIBOTTI et al, 2006)

Em uma pesquisa concluída em 2003, sobre os serviços de Vigilância Sanitária municipais, além dos problemas estruturais, também se sobressaíram os relacionados à gestão da Vigilância Sanitária, tais como falta de planejamento das ações, planos desvinculados da realidade sanitária e do contexto político e social do território (PIOVESAN ET AL., 2005).

A consolidação dos serviços de vigilância sanitária é um processo em construção, porém avanços na área da saúde requerem inovação e ousadia, seja pela atuação dos trabalhadores, seja pelo estímulo na renovação dos processos de trabalho tanto na micro como na macroestrutura de gestão (GARIBOTTI et al, 2006).

Por tratar-se de uma prática desenvolvida por sujeitos dotados de vontade política e inserida em determinado contexto social e histórico, leva-se em consideração a ausência de neutralidade dos atores que planejam, a sua diversidade de interesses, e os diferentes produtos e resultados que variam conforme a intencionalidade dos mesmos. O que significa dizer que o planejamento

e a programação podem ser não apenas instrumentos de manutenção de uma determinada situação, mas também podem ser instrumentos de mudança e de transformação desta situação (TESTA, 1991).

Para que o processo de planejamento possa auxiliar no direcionamento das ações de saúde é necessária uma análise crítica dos problemas e ou necessidades de saúde da população adstrita. Para Teixeira (2010), os momentos que compõem o processo de planejamento são a análise da situação de saúde, desenho da situação/objetivo (o que se espera, soluções necessárias) e desenho de estratégia de ação (plano de ação). A efetividade dos resultados de um planejamento mantém relação direta com a qualidade das informações, o que denota a importância de um serviço de informações em saúde que sistematize dados cuja análise alimente o processo de planejamento e a tomada de decisões.

O Planejamento Estratégico Situacional - PES é um enfoque a partir de problemas, que através do conceito de explicação situacional, proporciona um olhar mais amplo que possa fundamentar a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas. Destacam-se no enfoque PES questões como: a análise e construção de viabilidade do plano, a flexibilidade do plano frente a mudanças do cenário e a noção de planejamento como estreitamente vinculada à ação, aos resultados e impactos reais. Assim, o PES é considerado como um enfoque complexo, mas adaptável para o nível local, capaz de proporcionar ferramentas adequadas de análise e intervenção na realidade concreta (ARTMANN, 2000).

Guardini et al (2013) cita o potencial para contribuir para a organização e estruturação dos serviços de saúde e a importância do PES na resolução do problema priorizado, onde o plano operativo elaborado mostrou-se eficaz e eficiente, melhorando a organização e qualificando o serviço, ampliando o conhecimento e a capacidade de gestão dos atores participantes.

Sobreira Neto et al (2006) trazem como aspectos positivos da adoção do modelo de planejamento estratégico situacional no setor público, a criação de cultura organizacional de planejamento participativo e a perspectiva de acompanhamento mais acurado das operações, projetos e ações traçadas e a cobrança do cumprimento de metas estabelecidas.

A utilização do PES na implantação do PDVISA em um município mineiro de médio porte de forma a possibilitar o diálogo, problematização coletiva, negociação política e corresponsabilização, contribuiu para a reconstrução do modelo de gestão, implementando um sistema de gestão coletiva e descentralizada (ARAÚJO, 2013).

O enfoque estratégico de planejamento e, mais especificamente, a proposta metodológica do planejamento estratégico situacional, aumenta o poder de explicação dos problemas e pode ajudar a sistematizar o raciocínio estratégico, muitas vezes realizado intuitivamente por quem governa (SA & PEPE, 2000).

7 PERCURSO METODOLÓGICO

Com base nos propósitos do curso de gestão em VISA fomos instigados a fazer uma análise da Vigilância Sanitária do ponto de vista dos próprios atores de VISA que somos, assim como buscamos ações factíveis para enfrentamento dos problemas encontrados, com base no pensamento estratégico. A partir da identificação dos problemas relacionados ao nosso setor no território, a partir de nossa realidade, utilizamos a problematização, conforme os movimentos representados no Arco de Charles Maguerez (Figura 07)

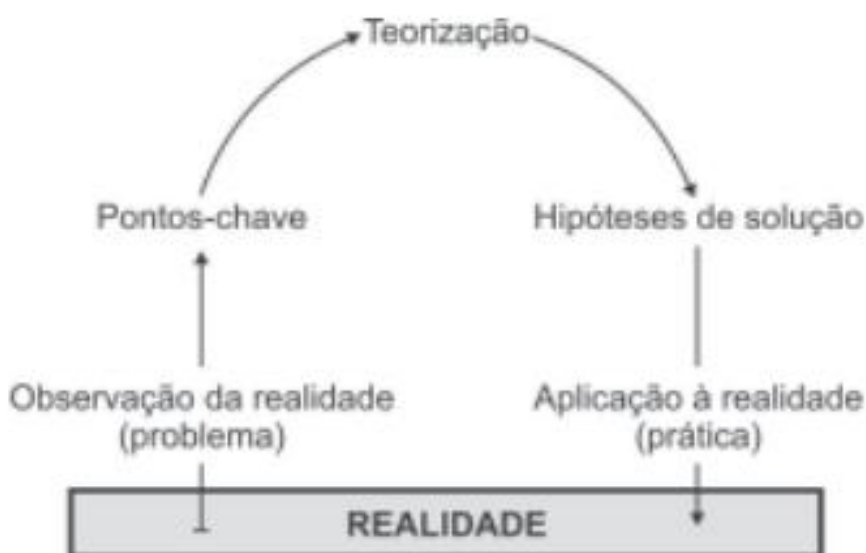


Figura 07: Arco de Charles Maguerez (MITRE ET AL., 2008)

Primeiramente com a observação da realidade, os macroproblemas relacionados ao trabalho da VISA foram levantados pela equipe, formada em sua totalidade por atores da fiscalização de VISA. A partir daí, buscamos compreender os principais aspectos relacionados a esses problemas, através de dinâmicas de análise crítico-reflexiva com o grupo afinidade. No terceiro movimento, buscamos evidências para caracterização do problema, através de referenciais empíricos como a observação direta, e teóricos, descritos em ferramentas do planejamento da VISA e em referenciais sistematizados cientificamente. As hipóteses advindas buscam soluções para os problemas a partir do conhecimento de sua realidade com base em referenciais teóricos, com vistas à aplicabilidade na realidade inicial, para mudanças desejáveis e possíveis.

Segundo Matus apud Mattos (2010):

O planejamento e a ação são inseparáveis, O plano é o cálculo que precede e preside a ação. Se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde, E se chega a tempo mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem cálculo que a preceda e a presida é mera improvisação.

Carlos Matus desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES) aplicável em casos onde existam governos democráticos e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado (TEIXEIRA, 2010).

Sobreira Neto et al (2006) sistematiza alguns diferenciais entre o planejamento estratégico tradicional e o planejamento estratégico situacional. No tradicional o sujeito é diferenciável do objeto, há somente uma explicação verdadeira, que é a descoberta das leis que regem os objetos, o poder não é um recurso escasso, não existe incerteza mal definida e os problemas a que se referem o plano são bem estruturados e tem solução conhecida. Já no situacional o sujeito não é distinto do objeto, há mais de uma explicação verdadeira, os atores sociais geram possibilidades num sistema social criativo que somente em parte segue leis, o poder é escasso e limita a viabilidade do deve ser e o plano refere-se a problemas quase estruturados.

Teixeira (2010) destaca consequências importantes para o ato de planejar com o enfoque estratégico-situacional, como a inserção do ator que planeja na realidade planejada, assim como de outros atores, inter-relacionados em suas ações. A equipe de VISA não trabalha sozinha e depende de vários outros atores, inclusive no seu planejamento, o que não diminui a importância de sua participação na construção do planejamento devido fazer parte da realidade atual e da almejada.

De acordo com os conhecimentos e interesses de cada ator naquele contexto são geradas várias explicações sobre uma mesma situação a ser analisada. E ainda há o reconhecimento de que a capacidade de agir sobre uma determinada situação varia de ator para ator e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano. Não é suficiente elaborar um conjunto de propostas de ação. É necessário construir a viabilidade das ações, isto é, a possibilidade de sua

execução, considerando as capacidades de todos os atores envolvidos naquela situação (TEIXEIRA, 2010).

Assim, com uso das ferramentas do planejamento estratégico situacional (PES) perpassamos os quatro momentos definidos por Matus: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional (Figura 08) na concepção do presente projeto aplicativo, que como momentos também verificamos que não foram estanques, mas processuais e interligados, uma vez que com frequência os revisitávamos, conforme as mudanças de conformação do grupo e definição dos atores envolvidos.

O primeiro momento implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano (TEIXEIRA, 2010).

EXPLICATIVO	NORMATIVO	ESTRATÉGICO	TÁTICO-OPERACIONAL
Situação	Direcionalidade	Viabilidade	Ação - Operação
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação • Descrição • Explicação de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário • Definição Situação-objetivo • Análise de coerência 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de estratégias: Cooperação / conflito • Análise de viabilidade: decisão, operação, permanência 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda do dirigente; • Gerência de operações; • Sistema de "prestação de contas" (monitoramento e avaliação)

Figura 08: Conceitos e processo dos momentos do PES (TEIXEIRA, 2010)

No momento explicativo demonstrado através da árvore explicativa (Figura 09) verificamos que o planejamento da Vigilância Sanitária de Dourados não atende às reais necessidades do município. As metas não estão alinhadas à análise situacional e são desconhecidas pela própria equipe, que trabalha orientada por

tarefas. Isto é, não se vê um processo de construção coletiva no ambiente de trabalho. Não se vislumbra a busca por melhoria do serviço em termos de resolutividade, assim como num olhar macro numa melhoria das condições de saúde ou pelo menos melhoria nas ações de promoção e proteção da saúde da população. Assim, verifica-se uma equipe sem foco nos conceitos básicos de Vigilância Sanitária, acostumada a cumprir determinações sem, no entanto refletir sobre suas ações.

A fragmentação das relações interinstitucionais é caracterizada pelo próprio planejamento, onde vemos por exemplo a capacitação, onde não estão alinhados os três entes do SNVS, pois tanto a ANVISA quanto a VISA Estadual que possuem como competência o apoio técnico e de capacitação das VISAs municipais não atendem suas demandas em seu planejamento. O que se torna mais crítico quando o município depende quase em sua totalidade de capacitações oferecidas pelos outros dois entes, que é o nosso caso. Também em relação ao acompanhamento dos planos de ação e do trabalho realizado pelas VISAs municipais, que muitas vezes é desconhecido pelos demais entes, principalmente em termos qualitativos, pois nos relatórios constam somente número de inspeções, ao tempo em que a maioria das VISAs municipais demandam itens estruturais básicos, como equipe, veículos e materiais.

Um planejamento adequado requer o conhecimento prévio da situação atual, caracterizada, no caso da VISA pelas condições de vida e morte de sua população, tecnologias presentes em um território com riscos diversos e com fatores determinantes destes riscos que possam ser controlados pela VISA. A VISA municipal pouco tem utilizado os sistemas de informação em saúde, tais como dados de morbimortalidade para nortear suas ações, devido ao desconhecimento destes dados e por ainda estar isolada dos demais setores da saúde. A integralidade das ações de VISA dependem do trabalho intersetorial, pois sua atuação vai desde a produção até o consumo/ descarte de produtos, permeando ambientes de trabalho e serviços de interesse à saúde e serviços de assistência à saúde.

Outro ponto crítico é a falta de participação da equipe na construção do seu planejamento, o que se revela pelo desconhecimento de metas, programação somente de curto prazo, ações por demanda de ordens de serviço e denúncias, enfim o paradigma do “apagar fogo”. A equipe recebe sua incumbência de atividades

diariamente, com foco no cumprimento de metas quantitativas de inspeções constantes de um plano de ação centralizado.

A direção de VISA municipal tem característica política pois trata-se de cargo de confiança, que geralmente é alterado conforme a mudança da gestão, o que torna difícil a construção de um planejamento a longo prazo, assim como muitas vezes reforça o poder de polícia da VISA através da prevalência de ações de inspeção e mesmo as de educação, com caráter mais normativo.

Um planejamento insuficiente ocasiona resultados insuficientes, em termos de eficiência e resolutividade, o que por sua vez reflete na imagem do setor perante o setor regulado, população e perante o próprio gestor.

PROBLEMA: PAVISA não atende às reais necessidades do município

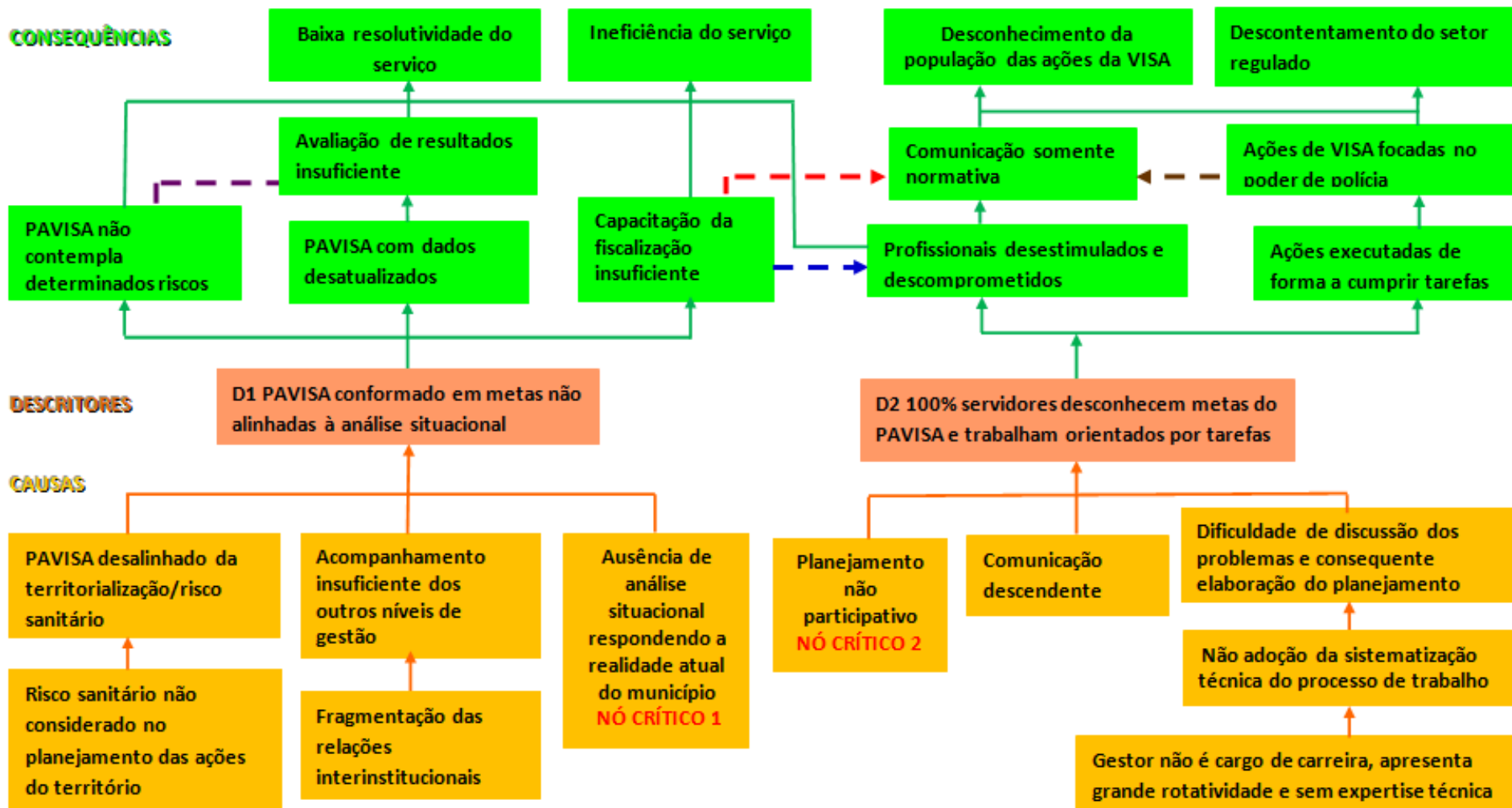


Figura 09: Árvore Explicativa

8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Uma vez que identificamos os nós críticos, isto é, causas nas quais o grupo demonstra capacidade de intervenção e que podem modificar a ação negativa dos descritores, no momento normativo estabelecemos ações suficientes para chegarmos a uma situação objetivo. Estas ações que conformam o plano de ação foram sistematizadas no modelo de planilha 5W3H (What – o que?, Why – por que?, Who – quem?, When – quando?, Where – onde?, How – como?, How much – quanto custa? e How measure – como medir?) constante no caderno do Projeto Aplicativo IEP/HSR (CALEMAN et al, 2016)

Para o nó crítico 1 (ausência de análise situacional respondendo a realidade atual do município) elencamos ações voltadas para a utilização do gerenciamento dos riscos e análise situacional como base para o planejamento da VISA, tais como o levantamento de estabelecimentos sujeitos à VISA e levantamento de informações relacionadas aos riscos à saúde da população abrangida (tabela 1). Pretende-se, portanto, que a intervenção da VISA esteja pautada nas tecnologias e nos fatores de risco à saúde da população presentes no seu território, contando também com o olhar da assistência e de outros setores como a epidemiologia e saúde do trabalhador, numa ação intersetorial. Tanto a programação da demanda por capacitação dos atores de VISA, quanto por ações de educação em saúde voltadas para a população e setor regulado seguirão o enfoque situacional.

O nó crítico 2 (planejamento não participativo) será enfrentado com ações que estimulem e envolvam a participação da equipe no planejamento, como a criação e organização de espaços para construção coletiva dentro da VISA. E após a elaboração do plano de ação da VISA (PAVISA), a socialização com o gestor e o Conselho Municipal de Saúde (tabela 2).

Tabela 01: PLANO DE AÇÃO – 5W3H segundo frente de ataque ao NÓ CRÍTICO 1- Ausência de análise situacional respondendo a real necessidade do município (D1)

WHAT (O QUE FAZER?)	WHY (POR QUE FAZER?)	WHO (QUEM VAI FAZER?)	WHEN (QUANDO FAZER?)	WHERE (ONDE?)	HOW (COMO FAZER?)	HOW MUCH (QUANTO CUSTA?)	HOW MEASURE (QUAL INDICADOR?)
Levantamento de estabelecimentos sujeitos à VISA cadastrados	Atualizar lista de estabelecimentos no PAVISA	Administrativo VISA	Jan/17 a Set/17	Setor administrativo VISA	Relatórios dos sistemas de cadastro da VISA	Recursos próprios da secretaria	lista de estabelecimentos atualizada
Criação de grupo intersetorial, incluindo componentes da Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses) e Rede Assistencial	Levantar informações relacionadas aos riscos à saúde e necessidades de ações de VISA no território	SeMS	Mar/17	SeMS	Através de designação formal do secretário de saúde	Recursos próprios da secretaria	Publicação de resolução em diário oficial
Levantar riscos à saúde com necessidade de intervenção da VISA	Atuar na prevenção de agravos com planejamento das ações	grupo intersetorial	Mar/17 a Set/17	Sems/VISA	Através de utilização de indicadores de condições de vida e de morbimortalidade	Recursos próprios da secretaria	Indicadores levantados e utilizados
Atualização da demanda por capacitação dos fiscais conforme riscos no território	Formação dos profissionais acompanhar as demandas do setor	ANVISA/ SES/ SeMS	Mar a Out/17	ANVISA/ SES/ SeMS	Através de levantamento de necessidades alinhada às programações do Estado e ANVISA	Recursos próprios da secretaria	Programação de treinamento de acordo com as reais necessidades
Previsão de demanda por ações educativas voltadas ao setor regulado conforme riscos no território	Maior efetividade das Ações educativas	ANVISA/ SES/ SeMS	Mar a Out/17	ANVISA/ SES/ SeMS	Através de levantamento de necessidades alinhada às programações do Estado e ANVISA	Recursos próprios da secretaria	Programação de ações educativas voltadas ao setor regulado de acordo com as reais necessidades
Previsão de demanda por ações educativas voltadas à população conforme riscos no território	Maior efetividade das Ações educativas	ANVISA/ SES/ SeMS	Mar a Out/17	ANVISA/ SES/ SeMS	Através de levantamento de necessidades alinhada às programações do Estado e ANVISA	Recursos próprios da secretaria	Programação de ações educativas voltadas à população conforme riscos no território

Tabela 02: PLANO DE AÇÃO – 5W3H segundo frente de ataque ao NÓ CRÍTICO 2 - Planejamento não participativo (D2)

WHAT (O QUE FAZER?)	WHY (POR QUE FAZER?)	WHO (QUEM VAI FAZER?)	WHEN (QUANDO FAZER?)	WHERE (ONDE?)	HOW (COMO FAZER?)	HOW MUCH (QUANTO CUSTA?)	HOW MEASURE (QUAL INDICADOR?)
Criação de grupo de discussão composto por trabalhadores da VISA	Despertar papel ativo dos atores da VISA	Coordenação VISA e equipe de VISA	Nov/16	VISA Dourados	Através de resolução interna	Recursos próprios da secretaria	Publicação de resolução em diário oficial
Criação de instrumento de pesquisa interna sobre ações de VISA – olhares individuais	Estruturar pré-plano de ação	Grupo de discussão	Dez a Mar/17	VISA Dourados	Baseado no modelo do PDVISA	Recursos próprios da secretaria	Instrumento de pesquisa interna elaborado
Efetuar coleta de informações individuais dos atores VISA	Dar suporte e objetividade às reuniões de discussão	Grupo de discussão	Mar a Ago/17	VISA Dourados	Através de instrumento de pesquisa interna	Recursos próprios da secretaria	Pré-plano de ação elaborado com olhares dos atores
Reuniões semanais para discussão (pré-projeto)	Promover a ampla discussão dos atores envolvidos no processo de planejamento	Coordenação VISA e equipe de VISA	Set e Out/17	VISA Dourados	Estabelecer datas e períodos específicos para as reuniões, com objetividade	Recursos próprios da secretaria	Atas de reunião da VISA
Elaboração do PAVISA pelos atores	Nortear ações de VISA no próximo ano	Coordenação VISA e equipe de VISA	Out/17	VISA Dourados	Através das reuniões semanais	Recursos próprios da secretaria	PAVISA 2018 elaborado
Apresentação e discussão do plano ao gestor municipal e ao CMS para aprovação	Fortalecer as ações de VISA junto à população e junto à gestão	Coordenador e técnicos da VISA	Nov/17	CMS/ SMS	Através de pauta nas reuniões do CMS (ordinárias ou extraordinárias)	Recursos próprios da secretaria	Atas de reunião da SMS, do CMS e publicação do PAVISA no DOM

No momento estratégico relacionado à viabilização do plano de ação utilizamos as matrizes do Termo de referência para projetos aplicativos IEP/HSL (2016) levando-se em consideração os recursos técnicos, econômicos, políticos ou institucionais-organizacionais dos atores envolvidos.

Verificamos que as ações relacionadas ao nó crítico 1 são de consenso, isto é, há motivação positiva para a grande maioria dos atores envolvidos (fiscais, coordenador e demais atores de VISA, diretor de Vigilância em Saúde, secretário de saúde, auditoria, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público, VISA Estadual e ANVISA) que podem ser considerados aliados, enquanto que as ações relacionadas ao nó crítico 2 podem ser consideradas duvidosas devido grande indiferença apresentada pelos atores que detem os recursos de poder, tais como coordenação de VISA, direção de Vigilância em Saúde e Secretário Municipal de Saúde. Os meios requeridos para aumentar sua viabilidade são a negociação cooperativa e a persuasão, através de explicitação clara dos objetivos do plano de ação, do comprometimento assumido pelos atores que planejam e também através do apoio dos demais atores aliados.

9 GESTÃO DO PLANO

O momento tático-operacional é "o fazer" — é o momento decisivo do planejamento situacional. É o momento tático-operacional que articula o planejamento situacional de conjuntura com o planejamento de situações-perspectivas (TEIXEIRA, 2010).

As ações do plano foram então classificadas de acordo com seus aspectos de viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo-se a ordem de precedência (Tabela 03), para facilitar o acompanhamento dos resultados, assim como identificar dificuldades e estabelecer novas ações/ ajustes necessários para a implantação do plano. Lembrando que no PES o plano também não é tido como estático, mas como processual, passível de alterações conforme as mudanças de contexto da realidade. Para este acompanhamento estabelecemos o cronograma de acompanhamento da implantação do plano (Tabela 04). Não foi incluída a planilha orçamentária devido serem utilizados apenas recursos próprios da secretaria.

O acompanhamento da implantação do plano de ação será realizado e demonstrado tanto dentro dos instrumentos de avaliação das ações de VISA - relatórios quadrimestrais de ações de VISA, quanto nos relatórios de gestão, envolvendo desta forma equipe VISA, direção superior e instâncias colegiadas (Conselho Municipal de Saúde).

Os resultados esperados com a implantação do plano de ação são:

- Criação de instâncias permanentes de discussão das situações de risco à saúde enfrentadas pela população, na forma de grupos intersetoriais englobando principalmente a Vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, vigilância ambiental e assistência, além da vigilância sanitária, em atenção ao princípio da integralidade;
- Estímulo ao trabalho em equipe com fortalecimento do setor de VISA com vistas ao planejamento e compromisso com a saúde coletiva, demonstrado pela construção de um plano de ação viável e de impacto na melhoria das condições de saúde da população;
- Autonomia na gestão do setor de VISA, quanto estrutura e recursos. Desenvolvimento da cultura do planejamento.

Alguns indicadores que podem caracterizar o cumprimento e eficácia do plano são: grau de capacitação dos atores de VISA conforme sua atuação,

atualização do cadastro de estabelecimentos e atualização dados do PAVISA, criação de grupos de discussão internos (PAVISA), criação de grupo intersetorial (Vigilância em saúde e assistência), PAVISA construído com base no enfoque situacional do território de ação da VISA, utilizando indicadores epidemiológicos e referenciais científicos, implantação e implementação do PAVISA.

Tabela 03: Matriz de gestão do plano

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
Criação de grupo de discussão composto por trabalhadores da VISA	Alta	Alto	I	Curta	Técnico e organizacional	1
Criação de instrumento de pesquisa interna sobre ações de VISA – olhares individuais	Alta	Alto	I	Média	Técnico e organizacional	2
Efetuar coleta de informações individuais dos atores VISA	Alta	Alto	I	Média	Técnico e organizacional	3
Levantamento estabelecimentos sujeitos à VISA cadastrados	Alta	Alto	I	Média	Técnico e organizacional	4
Criação de grupo intersetorial	Alta	Alto	III	Média	Técnico político e organizacional	5
Levantar riscos à saúde com necessidade de intervenção da VISA	Alta	Alto	III	Média	Técnico	6
Atualização da demanda por capacitação dos fiscais conforme riscos no território	Alta	Alto	I	Média	Técnico político	7
Previsão de demanda por ações educativas voltadas ao setor regulado conforme riscos no território	Alta	Alto	I	Média	Técnico político	8
Previsão de demanda por ações educativas voltadas à população conforme riscos no território	Alta	Alto	I	Média	Técnico político	9
Reuniões semanais para discussão (pré-projeto)	Alta	Alto	I	Média	Técnico e organizacional	10
Elaboração do PAVISA pelos atores	Alta	Alto	I	Média	Técnico e organizacional	11
Apresentação e discussão do plano ao gestor municipal e ao CMS para aprovação	Alta	Alto	III	Médio	Política Técnico e organizacional	12

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste projeto de intervenção levou os especializandos a exercerem a autonomia na busca de referências e a análise crítico reflexiva do seu ambiente de trabalho, incluindo sua missão, demandas, pressões e potenciais. Habilidades voltadas para a educação em VISA foram utilizadas, como o exercício da problematização na contextualização da realidade do trabalho em VISA, assim como a busca de novos conhecimentos a partir dos desafios que se apresentaram no decorrer da construção do projeto como as temáticas planejamento em saúde, planejamento em VISA e planejamento estratégico situacional.

As competências voltadas para a gestão do trabalho puderam ser exercitadas com a aproximação dos atores de VISA com as ferramentas do PES e com os instrumentos de gestão, tais como o plano de ação da VISA, plano municipal, relatório de gestão, relatório quadrimestral de ações e métodos de planejamento. A proposta de enfrentamento de problemáticas reais, com elaboração do plano de ação viável e com potencialidade de gerar mudanças favoráveis na situação atual do setor, também proporcionou qualificação do perfil profissional dos alunos, através do exercício de capacidades de trabalho em equipe, negociação, análise de conjuntura, viabilidade e priorização e sistematização do plano. A gestão do risco revelou-se no olhar para o território voltado para as suas demandas e potencialidades, com o uso de indicadores epidemiológicos de vida e de saúde da população munícipe.

Sobreira Neto et al (2006) destaca a afirmação constante do documento BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), que relaciona modernização da administração pública com uma visão de gestão corroborada pelos princípios do PES, onde a modernização do estado consiste num processo de transformação cultural das instituições públicas, com passagem de um estado burocrático (passivo, hierárquico e baseado em controles) para um estado flexível e dinâmico. O modelo de gestão está fundamentado na orientação para resultados e com capacidades de adaptação às mudanças externas e às novas demandas da sociedade, na operação por gerentes e funcionários capacitados e comprometidos com suas funções através de um processo de participação e responsabilidade compartilhada e na sustentação no controle efetivo da sociedade.

A autonomia investida em um grupo de trabalhadores pode suscitar transformações no seu processo de trabalho, como o compromisso comum na efetivação de uma prática integrativa voltada para um projeto de Vigilância Sanitária mais apropriado às suas necessidades e às melhores condições de vida e saúde. Comprovando que a maneira de se trabalhar em Vigilância Sanitária depende do modelo de gestão e da concepção que se tenha de Saúde Coletiva. (ARAÚJO et al, 2013).

O desafio de continuidade deste projeto de construção de uma VISA com mais domínio de sua área de atuação, é tornar o planejamento configurado no plano de ação, uma ferramenta operacional e não só um instrumento burocrático. Pretende-se para tanto utilizar o PES nos planejamentos que se seguirem. Para isso alguns prolongamentos são requeridos:

- instituição de indicadores de VISA com melhor capacidade de valoração do trabalho em termos de qualidade e resolutividade, como por exemplo grau de satisfação no atendimento, nível de controle de itens críticos, nível de cumprimento de requisitos legais, grau de envolvimento dos atores de VISA, entre outros;
- envolvimento de mais atores no planejamento, principalmente atores com maior poder, assim como a população, buscando maior fortalecimento das capacidades organizacionais e políticas e maior governabilidade;
- manutenção dos grupos permanentes de discussão das demandas de saúde, caracterizadas pelos indicadores de saúde como os dados epidemiológicos;
- VISA com autonomia na gestão da estrutura e recursos do seu setor, através do planejamento qualificado;
- adoção de processo permanente de planejamento e acompanhamento das ações planejadas, com vistas a atender as realidades que se apresentam, traduzindo-se em uma VISA mais dinâmica e presente aos olhos do gestor, população e setor regulado.

Enfim, de acordo com Toni apud Gardini et al. (2013), o planejamento, do ponto de vista estratégico, pode ser considerado a arte de construir maior governabilidade aos objetivos de uma pessoa, organização ou país. Não cabendo ao planejamento predizer o futuro, mas buscar a viabilidade para criar o futuro.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Daniella Guimarães et al . Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 1154-1166, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2016.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local*. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000. Disponível em: <www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/OPESNIVELLOCALJavier.rtf>. Acesso em: 05 abril 2016.

ARTMANN, Elizabeth; AZEVEDO, Creuza da Silva; SA, Marilene de Castilho. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 723-740, out. 1997 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2016.

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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 out. 2016

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

DA LUZ, Ana Beatriz Cardoso et al. Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). In: PEREIRA, Maurício Fernandes et al. **Gestão da Saúde Pública: Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. v.3. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-3-Completo1.pdf>>. Acesso em 15 Out. 2016.

DOURADOS . Prefeitura Municipal de Dourados/Instituto de Pesquisa Fecomércio/SINDICOM . **Perfil sócio econômico de Dourados-MS 2012** Dourados: Prefeitura municipal de Dourados, 2012. Disponível em: <<http://novo.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/introducaodourados20121.pdf>>. Acesso em: 10 abril 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Dourados 2014-2017**. Dourados: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. **Programação anual de ações da Vigilância Sanitária de Dourados – 2016**. Dourados: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. **Plano de Ação da Vigilância Sanitária de Dourados – 2008**. Dourados: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E.A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.5, p.1043-51, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n5/17.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2016.

GUARDINI, Daniela Matte et al. Planejamento Estratégico Situacional: resultados da aplicação do plano operativo em uma farmácia de referência do município de Florianópolis (SC). In: PEREIRA, Maurício Fernandes et al. **Gestão da Saúde Pública: Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. v.3. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-3-Completo1.pdf>>. Acesso em 15 Out. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/GS7>>. Acesso em: 11 março 2016.

MATTOS, Ruben Araujo de. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2327-2336, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 maio 2016.

MITRE, S.M.; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2133-2144, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em 11/12/2015

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=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril 2016.

SA, Marilene de Castilho; PEPE, Vera Lúcia Edais. Planejamento Estratégico In: ROZENFELD, Suely (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. / Organizado por Suely Rozenfeld. - Rio de Janeiro : Editora FIO CRUZ, 2000. 301p.

SOBREIRA NETO, Francisco; HOURNEAUX JUNIOR, Flávio; POLO, Edison Fernandes. A adoção do modelo de planejamento estratégico situacional no setor público brasileiro: um estudo de caso. **Organ. Soc.**, Salvador , v. 13, n. 39, p. 149-165, Dez. 2006 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302006000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Out. 2016.

TEIXEIRA, C.F. Enfoques Teórico-Methodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C.F. (org.) **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências** / Carmen Fontes Teixeira (organizadora). - Salvador : EDUFBA, 2010. 161 p.

**ALINE MINETTO SIKOSKI
DAIANE DE CASTRO
DIEGO GIUSTI RODOWANSKI
FABIANA ODERDENG MELO
FLORINDO DO RIO NETO
KENIA ALBERTON MORGAN**

**SENSIBILIZAÇÃO DE GESTORES E APRIMORAMENTO CIENTÍFICO DE
TÉCNICOS COMO FERRAMENTAS PARA MELHORIA NA EFICIÊNCIA E NA
EFICÁCIA DAS FARMÁCIAS BÁSICAS PÚBLICAS**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação no Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientador: Arthur Jorge Amorim Filho

Florianópolis
2016

1. INTRODUÇÃO

A principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde do Brasil, segundo Doblinski (2011), são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que reservam um espaço limitado à farmácia, dificultando assim o processo que vai desde a armazenagem até a dispensação dos medicamentos, sobretudo é importantíssima a atividade referente à orientação aos pacientes, já que os medicamentos são dispensados através de uma janela de vidro ou um balcão.

A farmácia encontra-se no elo final do processo de atendimento, por isso, o farmacêutico deve rediscutir seu posicionamento como profissional da saúde, redefinindo seu trabalho com o medicamento e fornecendo uma nova amplitude a ele, comenta Araújo (2008 apud DOBLINSKI, 2011)

Segundo Lacerda (2008 apud DOBLINSKI, 2011), a ocorrência do fracasso terapêutico, o aparecimento de reações adversas, as interações medicamentosas e a não adesão ao tratamento, são problemas bastante freqüentes relacionados aos medicamentos que podem ser a causa da falha terapêutica que depende do paciente. Portanto, há a necessidade da presença do farmacêutico nessas unidades para melhor informar e orientar o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase na adesão ao tratamento, o cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais, além de informar ao paciente as condições de conservação dos produtos.

A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, estabelece que o processo de dispensação de medicamentos esteja sob a responsabilidade do profissional farmacêutico (BRASIL, 1973) e com o passar dos anos houve o surgimento de novas definições das atividades farmacêuticas, tais como, a Atenção Farmacêutica, apresentada por Hepler e Strand (1990 apud DOBLINSKI, 2011), as quais têm influenciado cada vez mais estes profissionais a assumir um papel ativo de promoção da saúde.

No Brasil, a inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) no campo das Políticas Públicas deu-se por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998 apud BRASIL 2014), tendo como finalidades principais:

- A garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos;
- A promoção do uso racional dos medicamentos;
- O acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

Os princípios e as diretrizes do SUS não poderão ser concretizados, na prática dos serviços, sem a compreensão da necessidade da efetivação da Assistência Farmacêutica como

uma política pública de saúde. Para isso, a estruturação do Sistema Único de Saúde torna-se um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde, com destaque para o campo farmacêutico (BRASIL, 2012 apud BRASIL 2014).

Conforme Doblinski (2011), levando-se em conta os preceitos da Política Nacional de Medicamentos inseridos na Política Nacional de Saúde implementada por ocasião da criação do Sistema Único de Saúde, tem-se nela caracterizada a assistência farmacêutica, não apenas como responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos, mas também pela prescrição, dispensação, uso racional e acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. No entanto, os esforços para que a assistência farmacêutica seja levada a todos os pacientes do SUS são ainda pouco evidentes. Na maior parte das UBS do país a dispensação de medicamentos é realizada por outros profissionais que não o farmacêutico.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos a assistência farmacêutica é também responsável pelo uso racional de medicamentos. Segundo a OMS (2002) o uso racional de medicamentos compreende o uso do medicamento adequado à situação clínica, na dose correta, pelo período de tempo necessário para assegurar sua eficácia e pelo menor custo possível para o usuário e para a comunidade. Isto implica na utilização de conhecimentos específicos e atualizados por parte dos profissionais (prescritor e dispensador) e na compreensão da importância do tratamento por parte do paciente (DOBLINSKI, 2011).

Valery (1989) relata que estocar e administrar um almoxarifado de medicamentos não é como estocar alimentos, apesar da importância das duas atividades para a saúde humana. No caso dos medicamentos a realidade é outra: se eles têm o seu estado normal alterado, tornam-se inativos ou nocivos à saúde e, o que é pior, são de difícil reconhecimento. Somente esse exemplo já serve para ilustrar a responsabilidade, que é do farmacêutico responsável técnico, que representa o manuseio de medicamentos, que pode significar a diferença entre a saúde e a doença e, em casos extremos, entre a vida e a morte. Mesmo um breve tratamento incorreto pode torná-los ineficazes, o que traduz a importância do trabalho de todas as pessoas envolvidas em sua manipulação.

Este Projeto Aplicativo – PA foi elaborado como parte integrante das atividades do processo de ensino-aprendizagem para a construção do perfil de competências como gestor de Vigilância Sanitária do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária.

O curso realizou-se no período de novembro de 2015 a dezembro de 2016, através de uma parceria entre o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL), Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o apoio do

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O problema a ser trabalhado foi elencado pelo grupo com o uso de ferramentas de gestão de problemas, utilizando-se o *brainstorm* para o apontamento dos diversos problemas e a Matriz Decisória para eleger o problema principal e para priorizar as ações (Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Levou-se em consideração na escolha do problema, as dificuldades encontradas no cotidiano das inspeções em VISA nestes estabelecimentos, a sua relevância frente aos riscos inerentes ao uso de medicamentos pela população e, a factibilidade para o enfrentamento do mesmo.

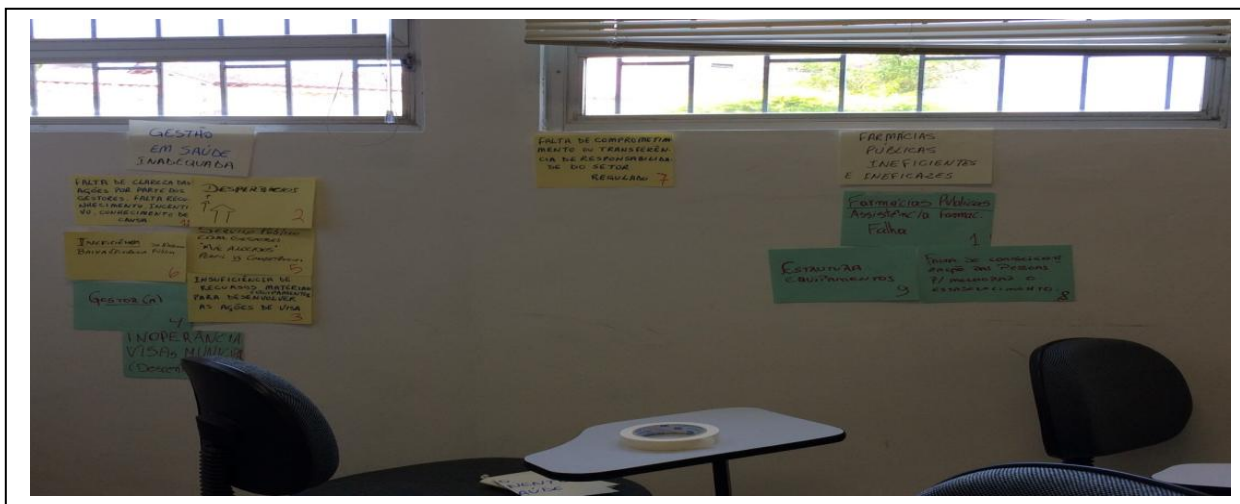


Figura 1: Brainstorm para o apontamento dos problemas

Fonte: Elaborada pelo grupo



Figura 2: Brainstorm para o apontamento dos problemas

Fonte: Elaborada pelo grupo

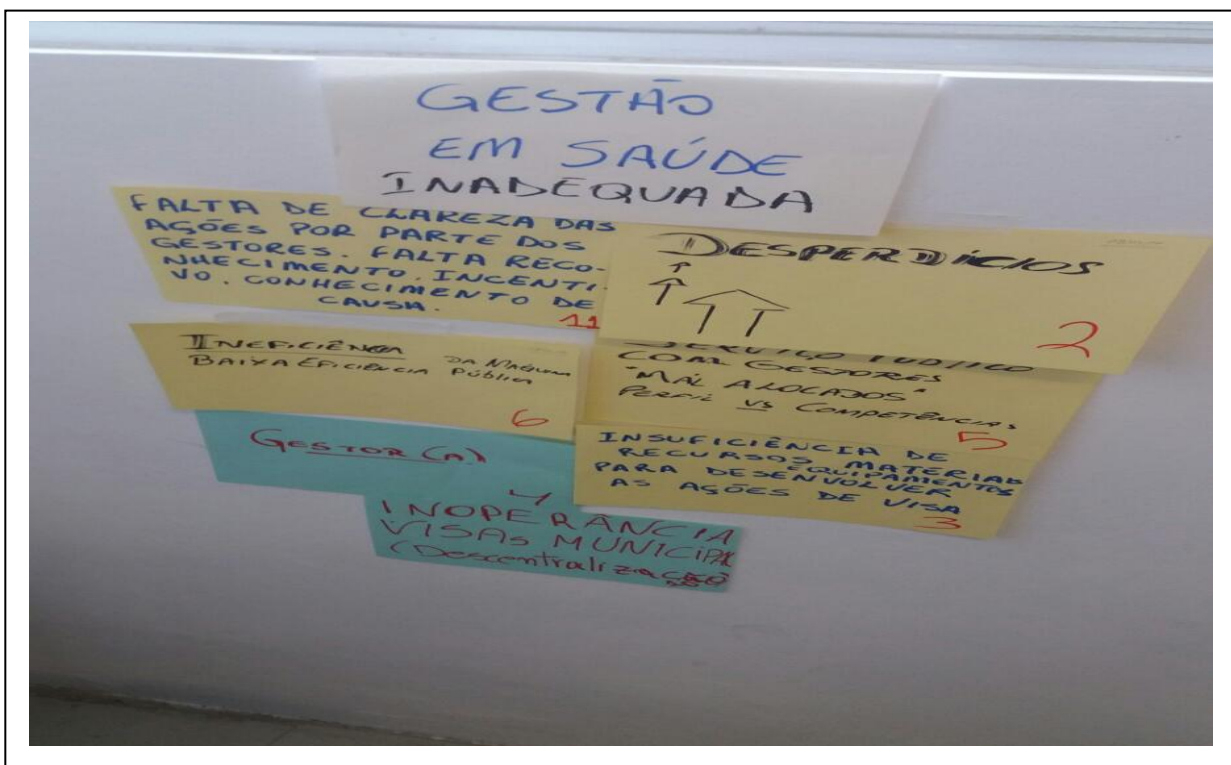


Figura 3: Brainstorm para o apontamento dos problemas

Fonte: Elaborada pelo grupo

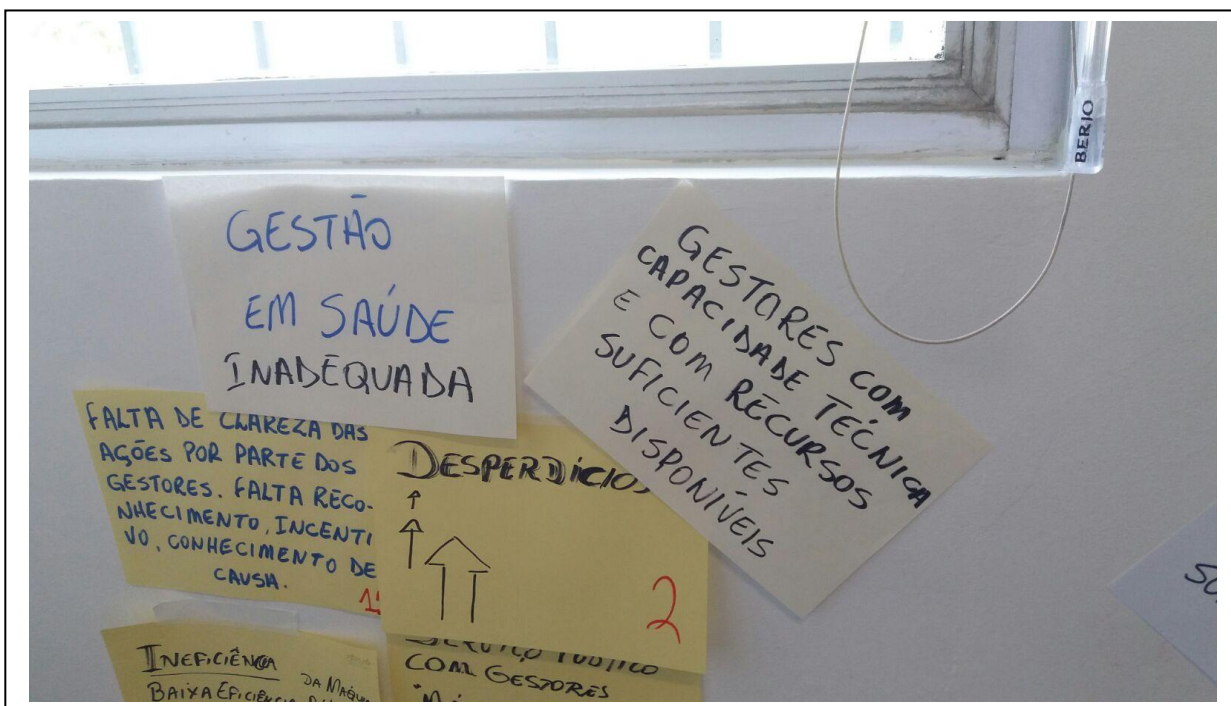


Figura 4: Brainstorm para o apontamento dos problemas

Fonte: Elaborada pelo grupo

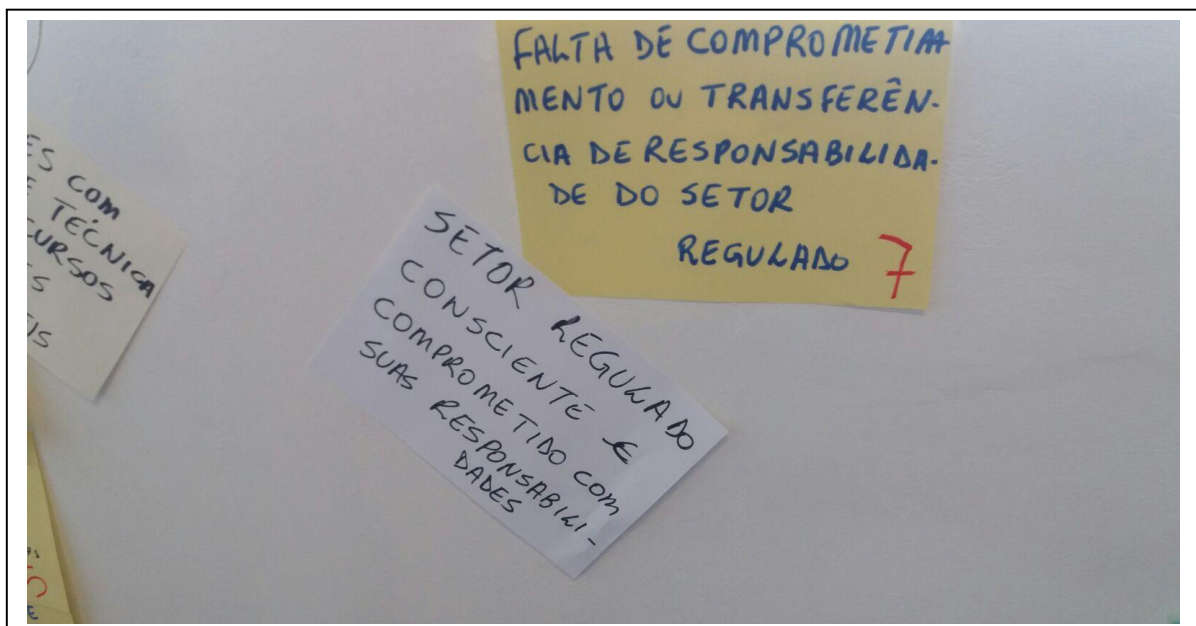


Figura 5: *Brainstorm* para o apontamento dos problemas

Fonte: Elaborada pelo grupo

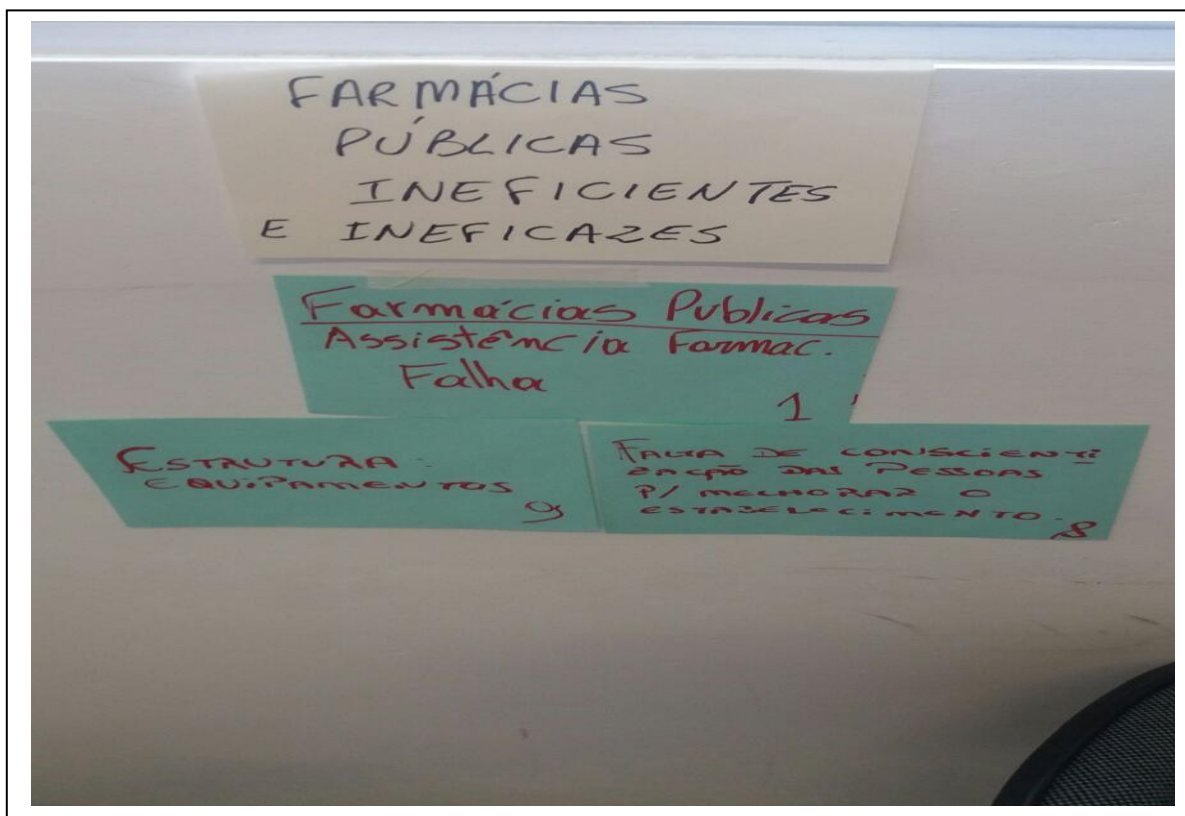


Figura 6: *Brainstorm* para o apontamento dos problemas

Fonte: Elaborada pelo grupo

2. OBJETIVOS

Pretende-se com o projeto aplicativo, capacitar farmacêuticos responsáveis técnicos e sensibilizar estes e seus gestores municipais, quanto às dificuldades encontradas nas farmácias básicas públicas municipais para o cumprimento da legislação sanitária, visando assim à diminuição dos riscos a saúde dos usuários.

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Abrangência do Projeto Piloto

O presente Projeto será aplicado de forma **“Piloto”** e em caráter educativo, em região previamente definida e representativa (21ª Agência de Desenvolvimento Regional–ADR Araranguá), composta por 15 municípios, sendo eles: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo. Estes municípios estão representados na figura 7.

Posteriormente os resultados poderão ser replicados para os demais municípios do Estado de Santa Catarina.

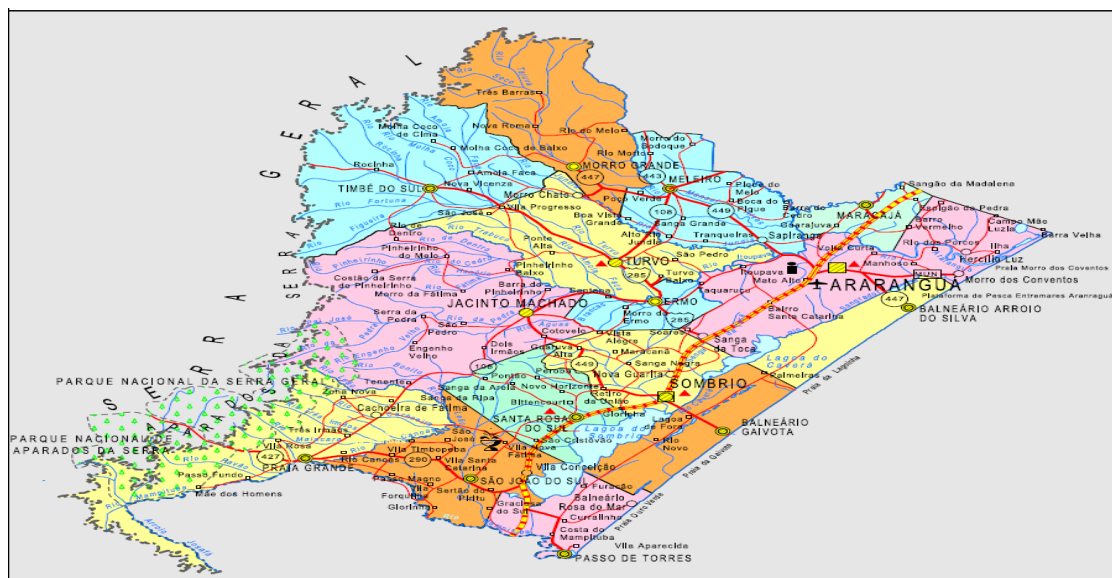


Figura 7: 21ª ADR – Araranguá

Fonte: <http://www.spg.sc.gov.br/index.php/visualizar-biblioteca/acoes/mapas/mapas-1/secretarias-regionais/575-adr-ararangua/file>

Na região piloto será realizado o levantamento dos seguintes dados:

- Levantamento na região piloto do quantitativo de UBS, e destas quantas estão pactuadas nos municípios;
- % das principais irregularidades apontadas em autos de infrações na região piloto;
- Levantar a REMUNE dos municípios da região piloto;
- Construir um documento para pactuação política do projeto e apresentar o projeto piloto a CIR (Comissão Intergestores Regional) da região piloto.

4. PRINCIPAIS IRREGULARIDADES

As principais irregularidades apontadas pelos componentes da equipe deste projeto aplicativo ao inspecionar farmácias básicas públicas foram:

- **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:** ausência de RT, quantitativo de profissionais em relação ao volume de trabalho, não cumprimento das suas atribuições (participação em comissões de padronização e de compras);
- **INFRAESTRUTURA:** espaço físico insuficiente, mobiliário inadequado as necessidades, falta de equipamentos (computadores, refrigeradores, termo higrômetro, sistema de condicionamento de ar), divisão inadequada das áreas, guarda insegura de medicamentos;
- **RECURSOS:** grandes volumes nas compras por licitação;
- **COMPROMETIMENTO:** não cumprimento da legislação (escrituração), falta de controle de validade, falta de qualidade das boas práticas e dos procedimentos, falta de conscientização do RT e da gestão para melhorar o estabelecimento.

5. ATORES ENVOLVIDOS

Foram mapeados os **atores**, seus **valores** e **interesses** dentro do processo. A equipe entrou em consenso sobre os pontos a serem abordados e traçou possíveis ações que visam saná-los de forma a minimizar o problema elencado.

Os atores envolvidos são:

- Farmacêuticos lotados nas farmácias básicas públicas;
- Gestores (Secretários de Saúde);

- Coordenadores das unidades básicas de saúde;
- Auxiliares das farmácias básicas públicas;
- Usuários dos serviços das farmácias básicas públicas.

Os auxiliares de farmácia e os usuários dos serviços, são atores passivos que sofrem reflexos das ações que os atores ativos executam.

6. ÁRVORE EXPLICATIVA

Foi feita a construção da árvore explicativa com a intenção de se explicar/descrever os problemas anteriormente elencados para o projeto aplicativo.

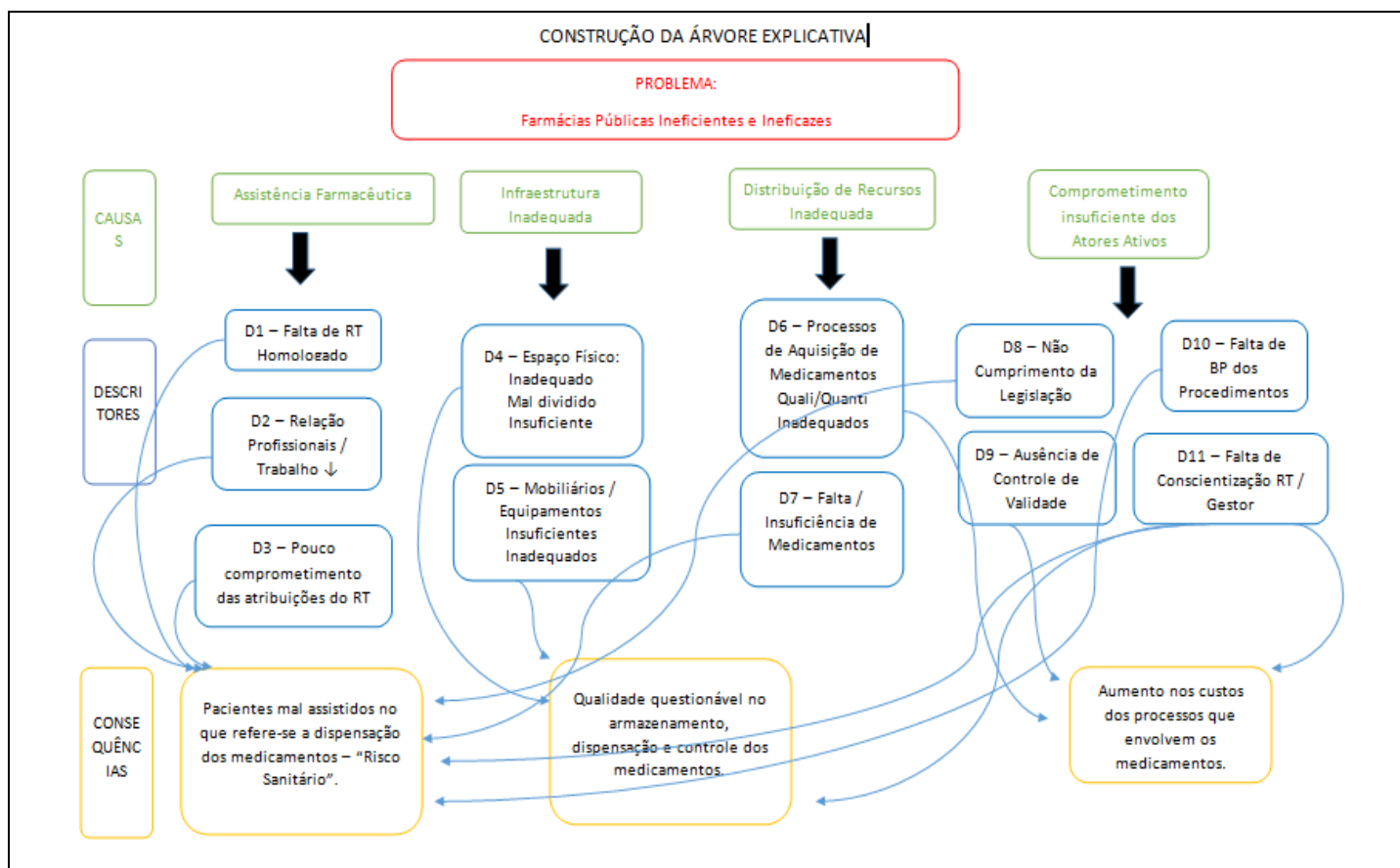


Figura 8: Árvore Explicativa

Fonte: Elaborada pelo grupo

7. NÓS CRÍTICOS

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?

8. PLANO DE AÇÃO

A partir da construção da árvore explicativa e da definição dos nós críticos do problema foi realizada a montagem do plano de ação.

Nós críticos	O que fazer?	Por que fazer?	Quem vai fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Indicador?
Assistência Farmacêutica Deficitária	Ter um profissional técnico, competente, efetivo e que desenvolva suas atividades	A legislação prevê a presença do RT, bem como define suas atribuições pouco cumprimento das boas práticas farmacêuticas	Gestor	Por se tratar de ano eleitoral, no início da nova gestão	Farmácias Públicas das UBS dos municípios pertencentes 21ª ADR de Araranguá (região piloto)	Sensibilizando o gestor da importância e da obrigatoriedade legal das atividades do farmacêutico	<u>Tempo:</u> 1 dia <u>Custo:</u> deslocamento (veículo e diária do motorista e de 3 servidores)	Nº de farmácias públicas de UBS com RT pré e pós sensibilização dos gestores
Infraestrutura Inadequada	Adequação da infraestrutura as Boas Práticas Farmacêuticas	A legislação prevê infraestrutura necessária e adequada para o desenvolvimento das atividades e para assegurar a qualidade dos medicamentos	Gestor, Farmacêuticos e Coordenadores	Após a sensibilização	Farmácias Públicas das UBS dos municípios pertencentes 21ª ADR de Araranguá (região piloto)	Capacitação dos RTs, e Coordenadores com base na RDC nº 44/09 para que estes definam as necessidades de cada Farmácia Pública de UBS	<u>Tempo:</u> 40 horas, de 2 servidores para elaboração e execução do treinamento EAD através da plataforma moodle	% de atendimento pelos gestores das demandas dos RTs
Distribuição de recursos inadequados	Inserção do farmacêutico, de forma efetiva, na seleção dos medicamentos e suas quantidades	Para que haja um planejamento adequado da manutenção dos estoques	Gestor e Farmacêutico	Após a sensibilização	Secretaria de Saúde Municipal	Na sensibilização dos gestores que será realizada na ação 1.	<u>Tempo:</u> 1 dia <u>Custo:</u> deslocamento (veículo e diária do motorista e de 3 servidores)	Diminuição de perda por vencimento
Comprometimento insuficiente dos atores ativos	Resolvendo os três nós críticos acima	---	---	---	---	---	---	---

Figura 9: Plano de ação

Fonte: Elaborada pelo grupo

9. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO

Segundo Artmann (2000) para construção e articulação das ações de intervenção é necessário enumerar variáveis simples importantes para o problema em pauta e que poderão interferir negativa ou positivamente na realização das operações e atividades do plano. A análise dessas variáveis é importante para definir os fatores críticos de sucesso do plano de ação. Deve-se explorar o comportamento futuro de cada variável enumerada relacionada aos aspectos políticos e institucionais, técnicos, normativos, financeiros e de contexto.

Viabilizando o Plano de Ação

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

Atores	Ação 1	Ação 2	Ação 3
	Ter um profissional técnico, competente, efetivo e que desenvolva suas atividades	Adequação da infraestrutura as Boas Práticas Farmacêuticas	Inserção do farmacêutico, de forma efetiva, na seleção dos medicamentos e suas quantidades
Gestor	-A	-A	0
Coordenador	-	+A	-
Farmacêutico	-	+A	+A

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	Estratégia para aumentar a viabilidade
Ação 2 (Adequação da infraestrutura as Boas Práticas Farmacêuticas)	Técnico Político	Temos	Alta	-
Ação 3 (Inserção do farmacêutico, de forma efetiva, na seleção dos medicamentos e suas quantidades)	Técnico Político Econômico	Temos Temos Não temos	Média	Envolver a diretora da DIVS através da apresentação do projeto, bem como dos resultados que o mesmo terá

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	Cuidado ao paciente	Infra estrutura	Governança
Ação 1	Sim	Sim	Diego e Florindo	Recursos de informática (disponíveis)	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Ação 2	Não	Sim	Todos	Ferramenta moodle e recursos de informática	Não	Não	Sim DEAP	Não	Sim recursos de informática	Não
Ação 3	Sim	Sim	Diego e Florindo	Recursos de informática	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Matriz de gestão do plano:

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
Ação 1	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Curta	Técnico Político Econômico	1
Ação 2	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Média	Técnico Político	2
Ação 3	Média	Médio	Gerentes e atores internos	Curta	Técnico Político Econômico	1

Matriz de monitoramento do plano:

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
Ação 1	NC			
Ação 3	NC			
Ação 2	NC			

NC: Não concluída

Cronograma de acompanhamento da implementação do plano de ação:

Nós críticos	2017												2018											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Nó crítico 1																								
Ação 1																								
Nó crítico 2																								
Ação 2																								
Nó crítico 3																								
Ação 3																								

De Agosto a Novembro será realizada a compilação dos dados e análise crítica das informações com a verificação do alcance dos resultados esperados e da definição do sucesso ou fracasso do projeto, considerando a perspectiva da ampliação para todo o estado de SC no ano de 2018.

10. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PROJETO

A equipe definiu como atividades a serem aplicadas:

- Pré-teste aplicado aos farmacêuticos
- Capacitação dos Farmacêuticos
- Sensibilização dos Farmacêuticos e Gestores
- Pós-teste aplicado aos farmacêuticos

11. PRODUTO ACESSÓRIO DESTE TRABALHO

Por fim, como produto acessório deste trabalho, o grupo pretende **padronizar** um **ROTEIRO DE INSPEÇÃO** a ser disponibilizado para inspeção destes estabelecimentos por parte das autoridades de saúde de todo Estado de Santa Catarina.

12. DIFICULDADES DO PROJETO

A equipe prevê algumas dificuldades na implantação do projeto no que diz respeito à resistência à mudança de hábitos (“vícios”) por parte dos farmacêuticos e também a resistência dos gestores caso se façam necessários investimentos.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Medicamentos Fracionados [Guia para Farmacêuticos]. 2006.

_____. Medicamentos Fracionados [Guia para Vigilâncias Sanitárias]. 2006.

ARTMAN, E. **O planejamento estratégico situacional em nível local: um instrumento a favor da Visão multisetorial**. Cadernos da oficina social nº 3 desenvolvimento local. COPPE/UFRJ, 2000. Disponível em:<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=444>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília:

Ministério da Saúde, 108 p. : il. – (**Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1**), 2014. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf> Acesso em: 10 out.2016.

_____. Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.

_____. Portaria Federal nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

_____. Portaria Federal 06, de 29 de janeiro de 1999. A prova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

_____. Lei Federal nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 20 de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de usosob prescrição, isoladas ou em associação.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 80, de 11 de maio de 2006. Fracionamento de medicamentos.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. A Assistência Farmacêutica no SUS.2010. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Volume 7. 2007.

DOBLINSKI, P. M. F. **A Dispensação de Medicamentos em Unidades Básicas de Saúde do Município de Toledo – PR**. 2011. 85 f. Dissertação (Pós graduação em Farmacologia).Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94801>> Acesso em: 19 out. 2016.

MATUS, C. **Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo:Fundap, 1996. LIMA, L.F.M.; MELLO, A.L.; MUSSOI, A.S.; GOMES, C.; PAZ., E.P. ; MOURA, Maria de L. Vigilância sanitária de medicamentos e correlatos. Rio de Janeiro,Qualitymark, 1993.

VALERY, P. P. T. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. Brasília: Central de Medicamentos,1989.Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_05.pdf> Acesso em: 10 out.2016.

Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

PROJETO APLICATIVO:

**Implantação do Sistema de Informação INTERVISA
como alternativa para gestão eficiente de dados nas
Vigilâncias Sanitárias Municipais de Arapiraca e
Maceió.**

Grupo afinidade 03: TROPA DE ELITE

Componentes:

Antônia Cristina Farias
Carmem Lúcia Queiroz Samico
Denise de Almeida Barros
Eloiza Lopes de Lira
Fernando Guilherme da G. Romeiro
Glaucia Cavalcante de Medeiros
Luciana Ferreira da Paz
Marta Souto de Santana
Paulo César da Silva Fernandes
Silvia Lima de Queiroz

Maceió

2016

Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

PROJETO APLICATIVO:

**Implantação do Sistema de Informação INTERVISA
como alternativa para gestão eficiente de dados nas
Vigilâncias Sanitárias Municipais de Arapiraca e
Maceió.**

Projeto Aplicativo apresentado para fins de Conclusão do Curso de Especialização de Gestão na Vigilância Sanitária – Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa à obtenção do título de especialista de Gestão na Vigilância Sanitária.

Orientadora: Maria Elisabeth Vieira da Rocha

**Maceió
2016**

RESUMO

Como o tema apresentado trata-se de um entrave operacional para as efetivas ações de vigilância sanitária, depois de todo processo de escolha com levantamento dos incômodos, sua seleção foi realizada considerando a necessidade de se buscar uma melhor eficácia do serviço para o setor regulado e servidores.

A Gerência de Vigilância Sanitária – GVISA, desde 2004, utiliza como sistema de gestão da informação o SINAVISA (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária), disponibilizado pela ANVISA. Porém, há quatro anos, esta ferramenta começou a não corresponder às crescentes demandas da VISA, em Alagoas.

A solução encontrada, considerando as especificidades da VISA, foi conceber um sistema de informação próprio, cujo controle pudesse ser mais efetivo, de modo a adaptá-lo e evoluí-lo de acordo com as necessidades. Partiu-se, portanto, para o desenvolvimento do projeto que ficou conhecido como Sistema de Informação de Vigilância Sanitária de Alagoas, com o acrônimo INTERVISA.

O INTERVISA já está com uma versão estável, com cronograma de implantação e treinamento de técnicos da VISA Estadual já realizado.

O projeto aplicativo tem como objetivo intervir na melhoria dos processos de gestão do risco à saúde, gestão do trabalho e educação na VISA. Inicialmente o mesmo será implantado e implementado nas Vigilâncias dos Municípios de Arapiraca e Maceió e, até o final de 2017, implantando nos 100 municípios restantes.

Palavras-chave: Gestão e sistema de informações eficientes, Eficácia de serviço para técnicos e setor regulado, Vigilância Sanitária.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO GERAL.....	7
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4. PRINCIPAIS AÇÕES.....	7
5. FUNCIONALIDADES DO SISTEMA INCLUÍDAS NA VERSÃO DE LANÇAMENTO.....	8
6. FUNCIONALIDADES FUTURAS	8
7. JUSTIFICATIVA.....	8
8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	10
9. RECURSOS FINANCEIROS	11
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
12. A EQUIPE	13
ANEXOS	14

1. INTRODUÇÃO

Nosso GAF 3 (Tropa de Elite), seguindo a conduta proposta pelos organizadores do curso, através de dinâmica de grupo, com a elaboração do projeto aplicativo, foram eleitos três macroproblemas (Recurso e Infraestrutura Insuficientes; Gestão Ineficiente; e Insuficiente Educação à População e Serviço Regulado), sendo selecionado como principal: "Gestão Ineficiente". Como o tema escolhido foi bastante abrangente, decidimos após uma nova eleição dos desconfortos (através de análise pela matriz decisória), mudar o tema para um mais específico; "**Gestão Ineficiente de Informações em Visa**", pois foi o mais bem pontuado.

Como o tema escolhido trata-se de um entrave operacional para as efetivas ações de vigilância sanitária, depois de todo processo de escolha com levantamento dos incômodos, sua seleção foi realizada considerando a necessidade de se buscar uma melhor e eficácia do serviço para o setor regulado e servidores.

Esse projeto aplicativo tem como foco inicial as Vigilâncias Sanitárias dos Municípios de Arapiraca e Maceió e, até o final de 2017, implantado nos 100 municípios restantes, tendo alinhamento do plano com as políticas de saúde, pois contemplam o desenvolvimento e implantação, tendo alinhamento também com o PDVISA (Plano Gestor da Vigilância Sanitária), no seu eixo 1 (Organização e gestão do Sistema Nacional de VISA, no âmbito do SUS, no seu itens B, e 5 (Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social), nos seus itens A e B, servindo de instrumento de acompanhamento e avaliação de risco à saúde e identificando os problemas a serem priorizados.

Entretanto a necessidade de coordenação dos trabalhos entre os órgãos de vigilância sanitária, das três esferas de governo, permanece, bem como a incorporação do chamado controle social do SUS, sem o que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não conseguirá atingir os objetivos a que se destina, restando ainda, a implementação da perspectiva natural, com a implantação efetiva de um sistema de informação (De Seta, 2006).

Para que a vigilância sanitária alcance uma efetividade em suas ações, as atividades educativas e de comunicação devem permear toda a atenção à saúde. De um lado, há um saber específico da mesma, quanto à qualidade e segurança sanitária de produtos e serviços, que precisa dialogar com os saberes da população e dos profissionais que atuam nas demais ações de saúde. Assim, ao lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos e relacionados com suas necessidades básicas, a vigilância sanitária constitui um privilegiado espaço de comunicação e

promoção da saúde. De outro lado, na interação da vigilância sanitária com a sociedade, deve-se, também, considerar a sua participação na definição dos riscos com os quais se aceita conviver, reduzindo-se o caráter eminente e pretensamente técnico da atual forma de decisão regulatória de que os segmentos de caráter popular não participam nem influem (O'Dwyer, 2007).

As iniciativas de educação e comunicação desenvolvidas no âmbito da vigilância sanitária ainda são pontuais e há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da vigilância sanitária, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos de cidadania (Luchese, 2006).

O acesso à informação, ao interferir no processo de decisão da população em relação à compra de produtos e contratação de profissionais e serviços de saúde, terá como consequência a melhora na prestação de serviços pelo setor regulado, que poderá ainda influenciar o setor produtivo e o de prestação de serviços de saúde a oferecer à população produtos e serviços de melhor qualidade.

Diante do exposto, acreditamos que os profissionais que atuam diretamente com o setor regulado, possuem sensibilidade e oportunidade para captar os anseios e dificuldades daqueles que por força de trabalho nele estão inseridos, mas que ao mesmo tempo dele são usuários. Sendo assim, a Vigilância Sanitária possui um papel fundamental no repasse de informações e na garantia da qualidade dos diversos setores da sociedade, envolvidos na produção de bens ou na prestação de serviços, uma vez que a Vigilância é um órgão indissociável da vida do cidadão, estando presente na utilização de produtos consumidos e utilizados (alimentos, medicamentos, material de higiene, de limpeza e outros) e serviços prestados a população (restaurantes, salão de beleza, dentista, tatuagem, *piercing*, farmácia e outros). A vigilância esta presente no cotidiano de cada cidadão.

Inicialmente a principal dificuldade encontrada foi a dúvidas sobre a aceitação e manutenção do sistema. E as facilidades encontradas foram a real necessidade em todas as esferas, contribuindo para levantamento de dados e desburocratização do processo.

Levantamos no decorrer do processo do PA os desafios que teríamos que enfrentar para a continuidade do projeto, que seriam: Levar o sistema para todo o Estado; Fazer funcionar e ter respostas; Incerteza quanto à aplicabilidade e continuidade do Sistema. Aliados a isso, mostramos por outro lado as necessidades desta continuidade de projeto, que seriam: Devido à falta de informação (boletins eletrônicos, ações educativas nos meios de comunicação) para minimizar algumas arestas e auxiliar a organização do setor. As ações de comunicação têm que atingir a

coletividade, porque o consumidor bem informado poderá ser um grande agente da VISA colaborando para a preservação da saúde das pessoas, e os profissionais de saúde devem estar cientes do papel que exercem na saúde pública; Repasse de informações (fluxo, acompanhamento e avaliação); Sistema de informação precário (falta banco de dados); Não há mecanismo de comunicação com a população que facilite o contato com o órgão fiscalizador; e Melhor controle e agilidade dos processos.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar o sistema de informação INTERVISA* nas Vigilâncias Sanitárias dos Municípios de Arapiraca e Maceió, Alagoas.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Criar um software com layout simples, de alta usabilidade e de fácil alimentação, que comporte dados de interesse da Vigilância Sanitária (VISA);
- Evidenciar para os gestores de VISA dos municípios pilotos (Maceió e Arapiraca) os benefícios da adesão e implementação do software;
- Promover capacitações aos técnicos das VISAs dos municípios pilotos para operacionalização do sistema;
- Verificar o uso do software por parte dos municípios pilotos;
- Manter um canal de contato para sugestões e reclamações a fim de promover melhorias no software, visando expandir sua adoção em todo Estado de Alagoas.

4. PRINCIPAIS AÇÕES

- Construção e teste de operacionalização do software.
- Alinhamento estratégico, com gestores municipais de saúde e de VISA, no sentido de reforçar a necessidade e importância de utilização da ferramenta para gestão de informações.
- Treinamento de técnicos das VISAS de Arapiraca e Maceió.
- Monitoramento da utilização da ferramenta pelos atores, com o objetivo de detectar gargalos e problemas referentes à utilização.

5. FUNCIONALIDADES DO SISTEMA INCLUÍDAS NA VERSÃO DE LANÇAMENTO

O INTERVISA na versão de lançamento contemplará as seguintes funcionalidades:

- Cadastro de estabelecimentos (pessoas jurídicas, pessoas físicas – profissionais liberais e autônomos);
- Abertura de processo (inspeções iniciais, reinspeções de rotina, verificação de denúncias sanitárias);
- Ambiente agendamento de inspeções (programas e por denúncias sanitárias);
- Gerenciamento de dados da inspeção (coletados durante a re/inspeção);
- Emissão de licença sanitária (emissão, reimpressão, suspensão);
- Relatórios gerenciais (inspeções programadas, termos aplicados por área, inspeções realizadas por área etc.).

6. FUNCIONALIDADES FUTURAS

- Ambiente para o setor regulado, para atualização cadastral, solicitação de inspeção e emissão/reimpressão de licença sanitária;
- Módulo de denúncia sanitária, integrado com formulário web, para recebimento e processamentos de denúncias feitas pela sociedade;
- Módulo de vistoria em carros pipas;
- Módulo de análise em projetos arquitetônicos;
- Módulo de planejamento em VISA;
- Módulo de processo administrativo sanitário;
- Integração de dados com a Junta Comercial de Alagoas e Receita Federal;
- Integração para emissão de documentos de arrecadação (DAR);
- Módulo de descentralização para as VISAS Municipais.

7. JUSTIFICATIVA

Sem nenhuma dificuldade, poderíamos listar uma infinidade de situações cotidianas onde as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisões. As informações estão sempre presentes nas nossas vidas e participam de diversas

decisões do nosso cotidiano. O fato de ter acesso a determinadas informações não garante que, conseqüentemente, as decisões e ações desencadeadas serão sempre “acertadas” ou estarão “corretas”. Ou seja, as informações refletem as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as está utilizando influenciando diretamente nas decisões tomadas. Mesmo quando temos acesso a informações pertinentes e confiáveis, ainda assim, mantém se presente a incerteza. O tamanho ou o grau dessa incerteza é variável. Depende do tipo de situação encontrada e de quem quer intervir sobre ela.

Para identificarmos quais informações são necessárias precisamos fazer perguntas que nos permitam: conhecer a situação colocada e definir quais objetivos que pretendemos alcançar, subsidiando a tomada de decisões sobre as ações a serem desenvolvidas. Isto é, o caminho a ser percorrido para alcançar os objetivos pretendidos. São as perguntas que nos indicam quais informações precisamos obter.

O grande desafio não é somente ter acesso as informações. Primeiro e principalmente é preciso saber perguntar. A partir de perguntas, busca-se respostas/informações capazes de subsidiar, com o menor grau de incerteza possível, as decisões sobre as ações a serem desencadeadas, para que sejam alcançados os objetivos definidos.

O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. As informações podem funcionar como um meio para diminuir o grau de incerteza sobre determinada situação de saúde, apoiando o processo de tomada de decisões.

Entretanto, devemos ter clareza de que: o que sustenta estas decisões são os valores, os fundamentos, os pressupostos, a visão de mundo e, particularmente, a concepção de modelo de atenção à saúde daqueles envolvidos no processo de gestão do setor saúde.

As informações são importantes quando podem contribuir para um processo de reflexão, avaliação e tomada de decisões sobre o enfrentamento de uma determinada situação de saúde.

Com a implantação, implementação, e continuidade do nosso projeto aplicativo, contribuiremos para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base para ampliar o exercício do controle social e da cidadania. Também para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão.

8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nome do sistema: Intervisa – Sistema Integrador de Vigilância Sanitária

Versão em homologação/produção: 1.3.0

Linguagem: Java

Banco de dados: PostgreSQL

Analista do projeto: Fernando Guilherme da G. Romeiro

#	Atividade	Data de início	Data de fim	Status
01	Testes de funcionalidades em ambiente de homologação.	04/04/2016	08/04/2016	Concluído
02	Levantamento de corretivas e evolutivas do projeto.	04/04/2016	08/04/2016	Concluído
03	Implantação em ambiente de produção (GLPI #0026836) – https://anadia.saude.al.gov.br/ivs-web .	11/04/2016	12/04/2016	Concluído
04	Solicitação de dados de usuários (a Gerência de Vigilância Sanitária).	11/04/2016	15/04/2016	Concluído
05	Cadastro de usuários no SCG e SCA (produção). (GLPI #0027109)	18/04/2016	19/04/2016	Concluído
06	Habilitação dos usuário no Intervisa (produção).	20/04/2016	21/04/2016	Concluído
07	Cadastro de usuários no SCG e SCA (homologação). (GLPI #0027109)	22/04/2016	25/04/2016	Concluído
08	Habilitação do usuários usuário no Intervisa (homologação).	26/04/2016	27/04/2016	Concluído
09	Treinamento para os Inspetores Sanitários – Agendamento, Gerenciamento de Inspeção.	29/04/2016	29/04/2016	Concluído
10	Treinamento para o pessoal de apoio (Recepção/Protocolo/Administração) – Cadastro de Estabelecimentos, Geração de solicitação de serviço e Geração de Alvará Sanitário.	02/05/2016	02/05/2016	Concluído
11	Apresentação do sistema para os Chefes de Áreas, Assessorias e Direção – Visão geral do sistema, Acesso aos relatórios gerenciais e Resumos de estabelecimentos.	03/05/2016	03/05/2016	Concluído
12	Separação dos grupos afinidades para aplicação do projeto aplicativo (Tarde)	18/02/2016	18/02/2016	Concluído
13	Identificando problemas no contexto real, no âmbito da VISA. Divulgação para os integrantes do grupo afinidade TROPA DE ELITE do projeto aplicativo como proposta de apresentação/avaliação para o IEP/Sírio Libanês.	09/03/2016	09/03/2016	Concluído
14	Priorização dos problemas e identificação dos atores sociais (Manhã)	13/04/2016	13/04/2016	Concluído
15	Processamento do projeto aplicativo (Tarde)	13/04/2016	13/04/2016	Concluído
16	Apresentação do projeto aplicativo: “Implantação do Sistema de Informação INTERVISA como alternativa para gestão eficiente de dados nas Vigilâncias Sanitárias Municipais de Arapiraca e Maceió”.	05/05/2016	05/05/2016	Concluído
17	Levantamento da árvore de problemas/descriptores/nós críticos	08/06/2016	08/06/2016	Concluído
18	Avaliação do processo de construção do PA	10/08/2016	10/08/2016	Concluído
19	Análise de viabilidade do plano de ação e gestão do plano	13/09/2016	13/09/2016	Concluído
20	Treinamento/capacitação para acesso ao INTERVISA	13/10/2016	13/10/2016	Concluído

	– Grupo Afinidade TROPA DE ELITE			
21	Treinamento/capacitação para acesso ao INTERVISA – Vigilância Sanitária do Município de Maceió	14/10/2016	14/10/2016	Concluído
22	Revisão das etapas de apresentação do PA	21/10/2016	21/10/2016	Concluído
23	Treinamento/capacitação para acesso ao INTERVISA– Vigilância Sanitária do Município de Arapiraca	14/11/2016	14/11/2016	Concluído

Planilha de acompanhamento da implementação do plano de ações:

NÓS-CRÍTICO	2016									
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1º Nó Crítico – Ausência de um Sistema de Informação Eficiente	x	x	x							x
2º Nó Crítico – Falta de Interesse do Gestor	x		xx							x

9. RECURSOS FINANCEIROS

Para o desenvolvimento do projeto não houve o investimento de recursos financeiros, tendo em vista que a ferramenta foi desenvolvida com recursos da Secretarias de Estado da Saúde, através da Gerência Executiva de Tecnologia da Informação e o Instituto de Tecnologia do Estado de Alagoas.

Considerando a necessidade de elaborar o TR com a planilha orçamentária das ações/atividades, desenvolvemos todo nosso projeto coube a interlocução entre os atores, no sentido de expor a necessidade de uma gestão de dados centralizada, eficiente e participativa. Aproveitando também para apresentar o INTERVISA.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo que se tratou até então, verifica-se que a continuidade de nosso projeto aplicativo não é tarefa das mais simples, na realidade depende de muitos fatores, como políticos, de recursos humanos, econômicos, estruturais e organizacionais dos outros 100 municípios que ainda passarão por treinamento/capacitação do INTERVISA.

As transformações cada vez mais rápidas pelas quais vem passando nossa sociedade, só têm aumentado os desafios para a área de VISA e necessitamos diante de tantos avanços tecnológicos em mãos, buscar meios que facilitem nossa vida, tanto no trabalho, como no nosso cotidiano, onde somos constantemente desafiados no sentido de prover melhores respostas às necessidades desta área de conhecimento em contínua evolução.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALEMAN, Gilson [et al.]- Projeto aplicativo: termos de referência- São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 54p.

De Seta, Marismary H. **Gestão e Vigilância Sanitária. Modos atuais do pensar e fazer.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ , 1ª Edição, 2006.

LUCHESE, G. A. Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.). Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 33-48. 2006.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F.; LOBATO, DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. Interface (Botucatu). v. 11, n 23, 467-484. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300006&lng=en Acesso em: 29 de maio de 2014.

PIOVESAN, M. F. 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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100010>;

RAMOS, Leila [et al.]. **Gestão da vigilância sanitária:** caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

12. A EQUIPE

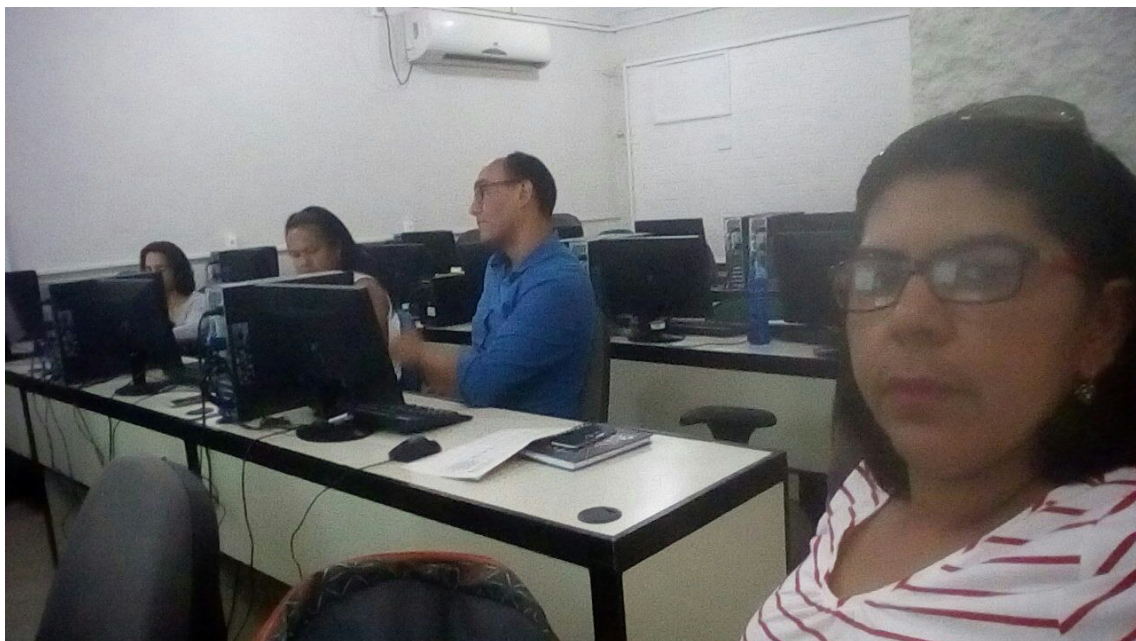
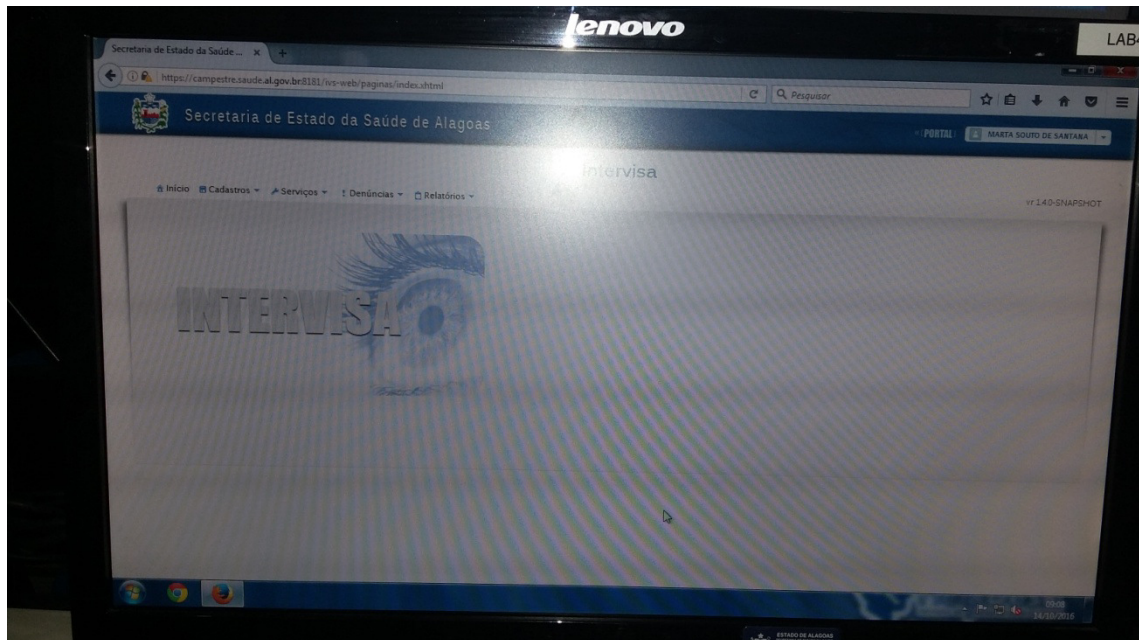


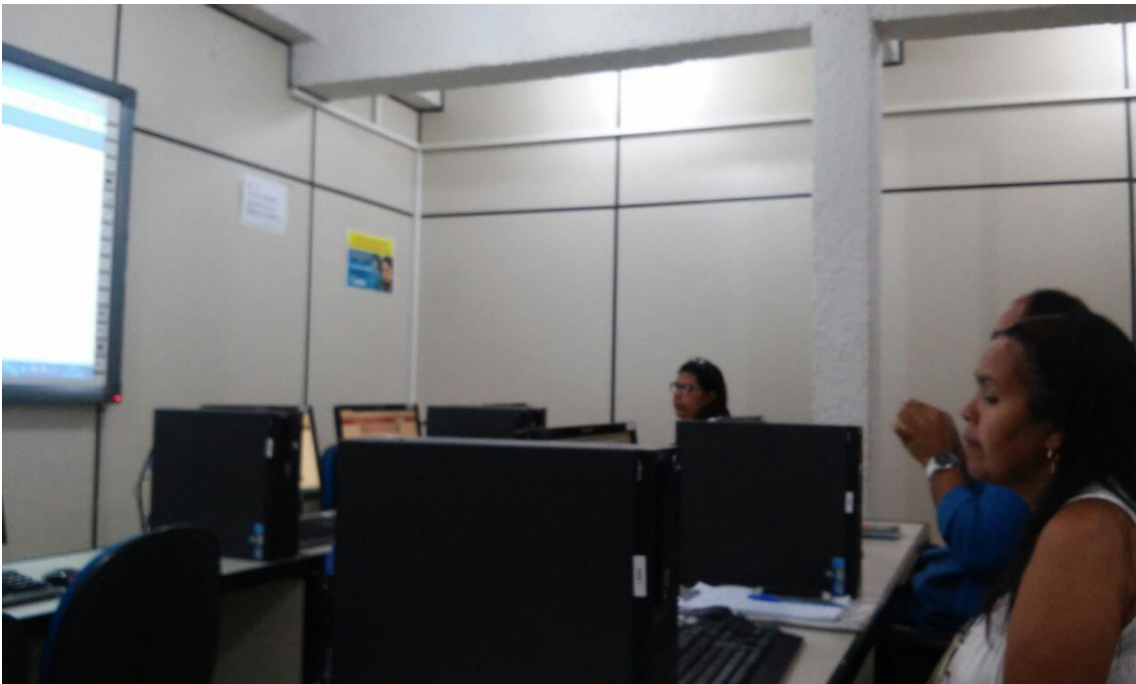
“O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível.”

Max Weber

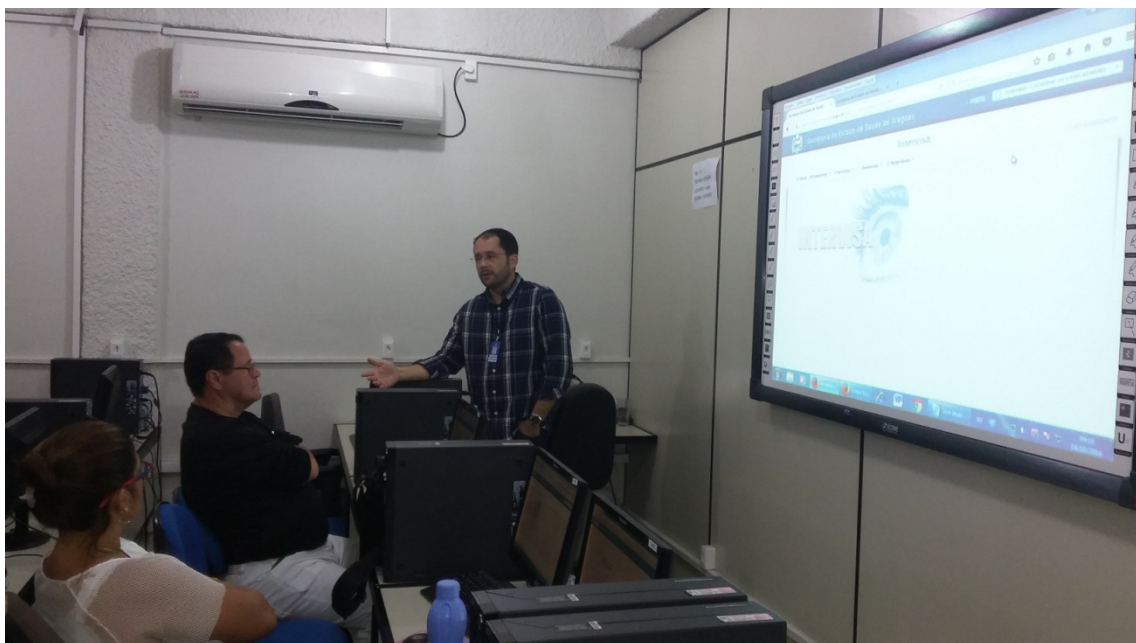
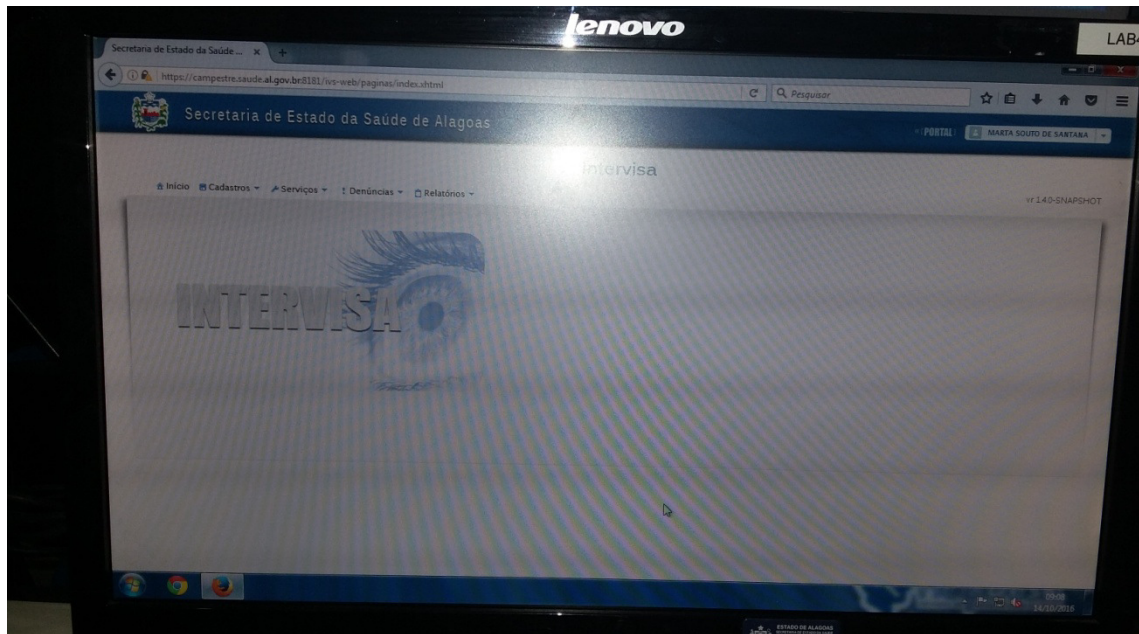
ANEXOS

**TREINAMENTO PARA ACESSO AO INTERVISA COM O GRUPO AFINIDADE
TROPA DE ELITE:**





TREINAMENTO PARA ACESSO AO INTERVISA COM A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ:



Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas

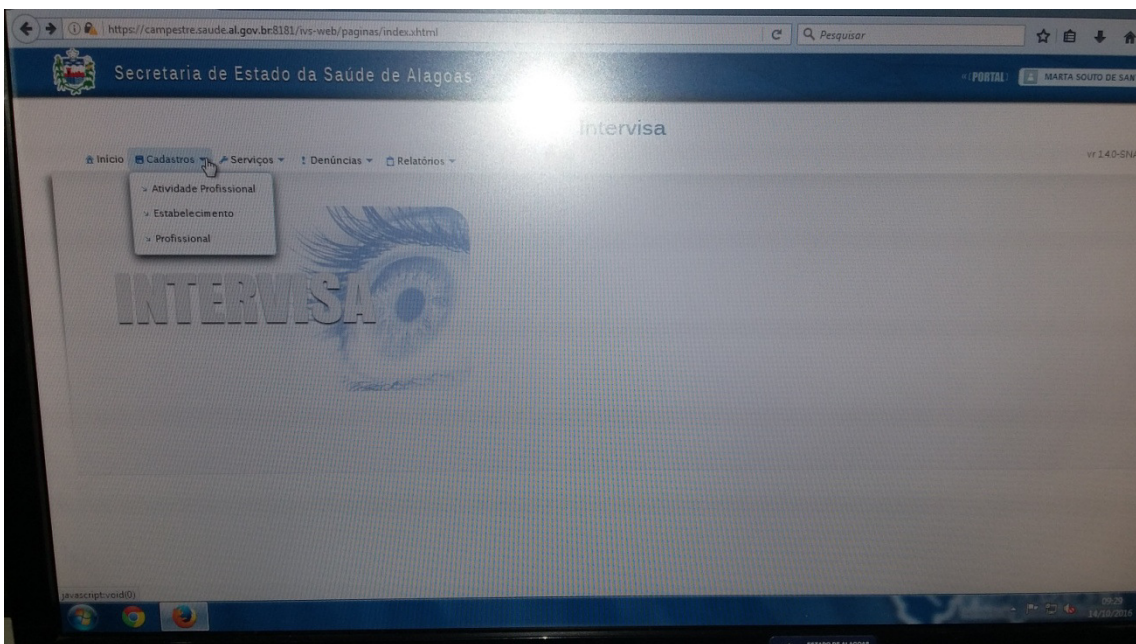
FILTRAR POR ATIVIDADE PROFISSIONAL: Alta Complexidade

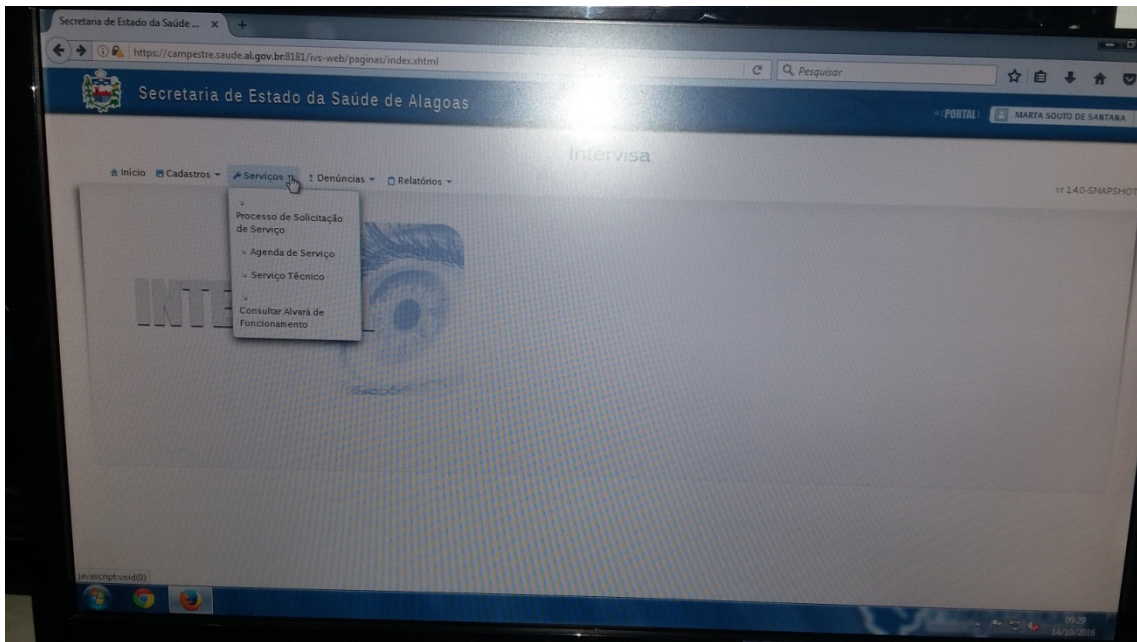
ATIVIDADE PROFISSIONAL	SETOR VISA	OBRIGATORIO	VALOR TAXA	
ATIVIDADE DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	Alta Complexidade	SIM	80,00	Alterar
ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADE ODONTOLÓGICA	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E À SAÚDE A PORTADORES DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS, DEFICIÊNCIA MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADA ANTERIORMENTE	Alta Complexidade	SIM		Alterar
ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (24 HORAS)	Alta Complexidade	SIM		Alterar

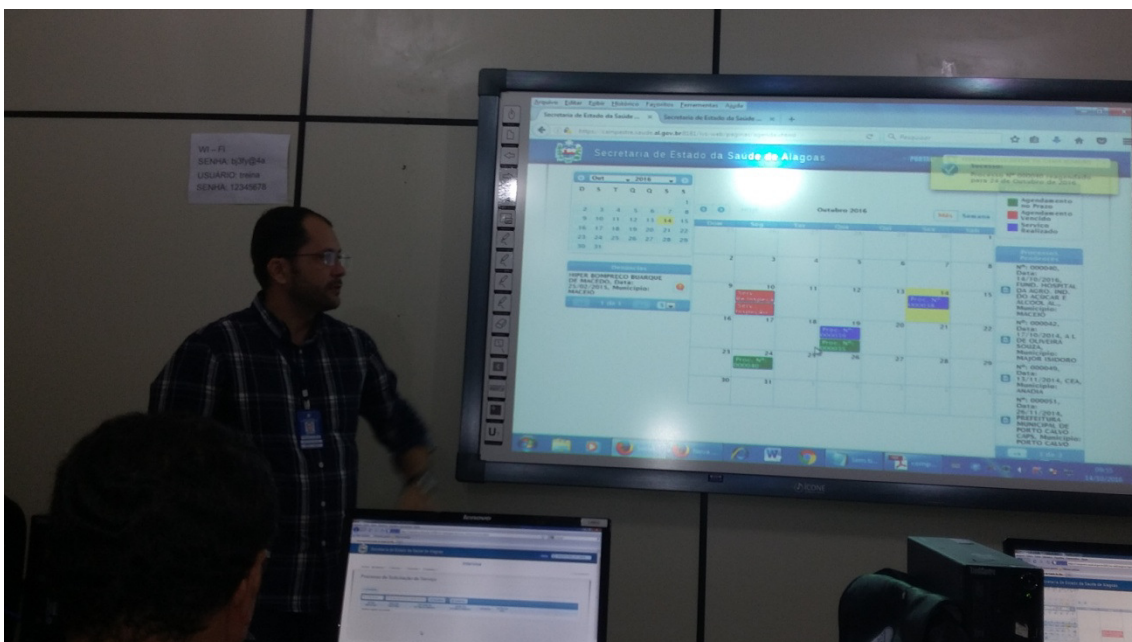
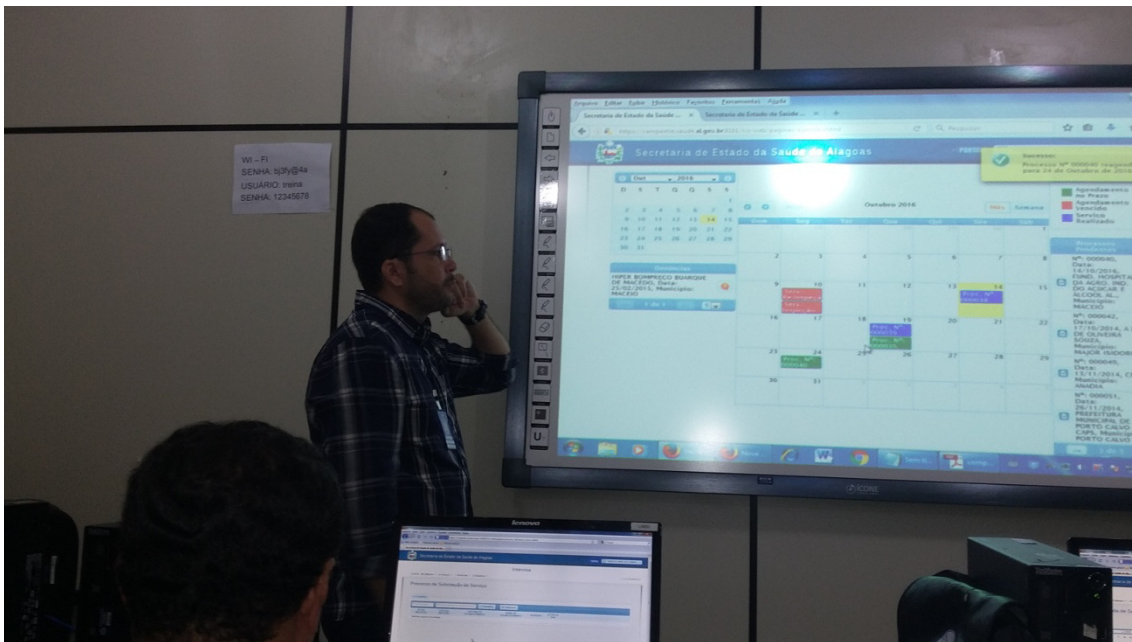




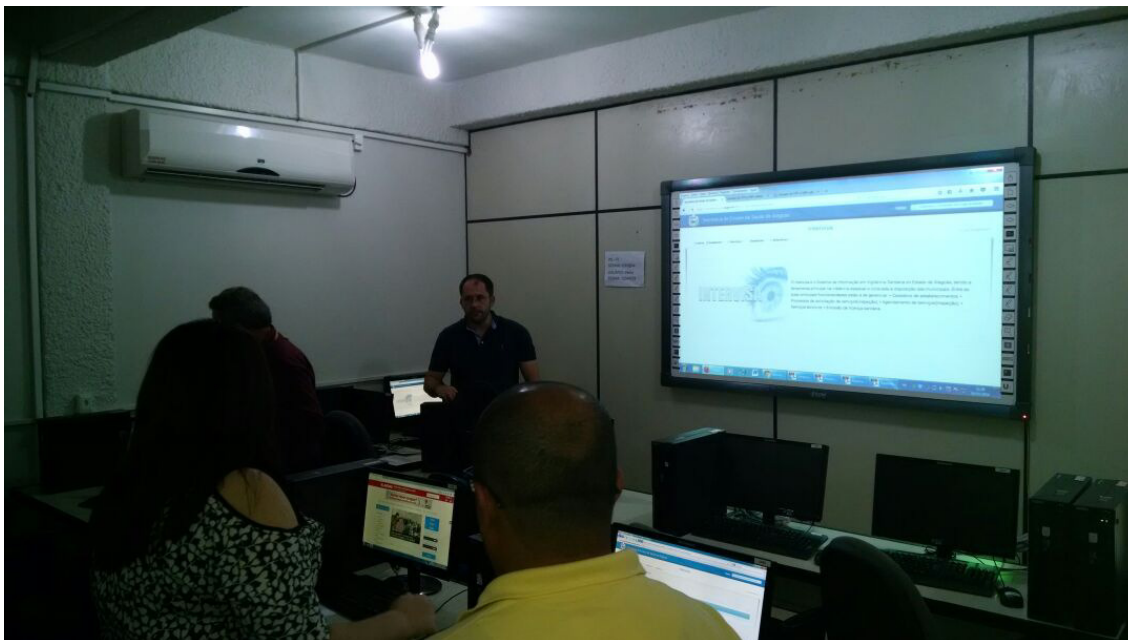








**TREINAMENTO PARA ACESSO AO INTERVISA COM A VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA:**





CARLOS EDUARDO LYRA FILHO
ERONILDES RODRIGUES DE OLIVEIRA
JANINE MÁRCIA SANTOS
JOSEFA CORREIA SANTOS
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA CARVALHO
MARIA NAZARÉ ALVES DA SILVA
ROSEMARY VITAL DE ALBUQUERQUE MELO GOMES
SONIA MARIA DO NASCIMENTO OLIVEIRA
WALDINEZ FERREIRA DO NASCIMENTO

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Maceió/AL

2016

CARLOS EDUARDO LYRA FILHO
ERONILDES RODRIGUES DE OLIVEIRA
JANINE MÁRCIA SANTOS
JOSEFA CORREIA SANTOS
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA CARVALHO
MARIA NAZARÉ ALVES DA SILVA
ROSEMARY VITAL DE ALBUQUERQUE MELO GOMES
SONIA MARIA DO NASCIMENTO OLIVEIRA
WALDINEZ FERREIRA DO NASCIMENTO

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

Orientadora: Maria Elisabeth Vieira da Rocha

Maceió/AL

2016

AGRADECIMENTOS

Aos Gestores dos órgãos: Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Secretaria de Estado da Saúde – SESAU, Gerência de Vigilância Sanitária Estadual – GVISA, Gerência de Vigilância Ambiental – GVAM, Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – CEREST pela oportunidade que nos foi concedida para participarmos do referido curso visando a qualificação profissional.

A nossa orientadora metodológica e facilitadora Maria Elizabeth Vieira Rocha, pela dedicação, apoio e atenção;

Aos colegas de equipe e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. GERAL.....	12
2.2. ESPECÍFICOS.....	13
3. JUSTIFICATIVA.....	13
4. METODOLOGIA.....	14
5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POTENCIAL	18
6. PLANO DE AÇÃO	19
7. SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES.....	20
8. CONCLUSÃO	20
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas do arco da metodologia problematizadora	15
Figura 2 – Árvore explicativa	18
Figura 3 - Tabela de classificação de risco	20
Figura 4 – Tabela de níveis de criticidade	21

LISTA DE ABREVIATURAS

- ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AC:** Atividade Curricular
- CEREST:** Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador
- CESMAC:** Centro de Estudos Superiores de Maceió
- IEP:** Instituto de Ensino e Pesquisa
- INCQS:** Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
- GAF4:** Grupo Afinidade 4
- GVISA:** Gerência de Vigilância Sanitária
- GVAM:** Gerência de Vigilância Ambiental
- LACEN:** Laboratório Central
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- MARPSH:** Método de Avaliação de riscos potenciais em Serviços de Hemoterapia
- MARPSS:** Método de Avaliação de riscos potenciais em Serviços de Saúde
- PA:** Projeto Aplicativo
- SESAU:** Secretaria Estadual de Saúde
- SNVS:** Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
- SUS:** Sistema Único de Saúde

RESUMO

O tema deste Projeto Aplicativo (PA) foi escolhido baseado em uma matriz decisória, utilizada para seleção dos problemas levantados pelo grupo na sua rotina de trabalho em Vigilância Sanitária. A problemática escolhida foi a “Inexistência da Categorização dos Riscos nos Serviços de Saúde”. Tendo como base o Planejamento Estratégico Situacional, foram selecionados os nós críticos que nortearam as ações de intervenção que foram: Falta de Interesse dos Gestores em Avaliar os Riscos nos Serviços de Saúde; Ausência de Roteiro para Inspeção de Serviços de Saúde. O Projeto Aplicativo, foi elaborado tendo como base o Método de Avaliação de Riscos Potenciais em Serviços de Hemoterapia (MARPSH). Como plano de intervenção foram propostos a sensibilização dos gestores sobre a importância da análise de riscos dos serviços de saúde, a construção de um roteiro para inspeção sanitária, a construção de uma planilha de avaliação de risco para os serviços de saúde. O resultado dessas ações de Vigilância Sanitária é que os serviços de saúde estejam adequados, do ponto de vista sanitário, para as atividades a que se propõe, oferecendo assim uma assistência de qualidade a população assistida.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária, Análise de Riscos, Serviços de Saúde.

1.INTRODUÇÃO

Este projeto aplicativo está pautado a luz das Legislações Vigentes, normas sanitárias regulamentares e nas práticas de Vigilância Sanitária (VISA), por seus inúmeros objetos de atuação, com a finalidade de controlar e monitorar os riscos e assim garantir a qualidade da assistência oferecida a população assistida.

No Brasil, especificamente no campo da saúde e na área de vigilância sanitária a temática de risco é um assunto recorrente, em diversos momentos da história, com o objetivo de prevenir os riscos e evitar a proliferação de doenças e epidemias sempre buscando proteger a saúde da população.

O risco é conceituado por Veyret (2007) como “a percepção de uma potencialidade de crise, de acidente ou de catástrofe, o que não é, portanto, o acontecimento catastrófico propriamente dito. De outra forma, descreve o risco como uma construção social, e que ele existe em relação a um indivíduo e a um grupo social ou profissional, uma comunidade, uma sociedade. O risco é a tradução de uma ameaça, de um perigo para aquele que está sujeito a ele e o percebe como tal”. (VEYRET, 2007, p.11).

A reforma mais importante surgiu com a Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que estabelecem diretrizes e trata da execução das ações da Vigilância Sanitária no âmbito e competência do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a Vigilância Sanitária 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 interesses da saúde. Abrangendo também o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde desde as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam com a saúde.

No entanto, a Vigilância Sanitária somente adquiriu caráter de órgão regulatório com a criação da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA através da Lei 9.782/1999. Com a criação da ANVISA foi definido o Sistema

Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) que é um instrumento que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde.

O risco à saúde não tem relação direta com a complexidade das ações sanitárias, uma vez que as irregularidades com potencial de gerar agravos à saúde podem estar presentes nos objetos sujeitos à Vigilância Sanitária de baixa e alta complexidade. A identificação e a redução de riscos buscam reorientar as estratégias de intervenção para defesa e proteção da saúde. A vigilância sanitária utiliza-se de vários instrumentos para intervenção e prevenção de riscos, entre eles a fiscalização, que consiste na verificação da aplicação das normas sanitárias empregadas para identificar as irregularidades presentes, as quais podem ser um marcador para a ocorrência de risco à saúde.

O roteiro usado durante a inspeção vai ser elaborado com itens que permitam de forma sistemática visualizar indicadores para subsidiar a avaliação e controle dos riscos nos serviços de saúde e, assim, priorizar as ações de melhoria com vistas a garantir qualidade, de acordo com as boas práticas nos serviços prestados à população, acordadas nas normas sanitárias regulamentares e pertinentes.

Conforme considera Lucchese (2008), a legislação sanitária vinculou a Visa ao Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando sua competência para gerenciar o risco potencial inerente aos produtos e serviços sob vigilância. Navarro et al. (2010), desenvolvendo metodologia de avaliação baseada em informações da Visa para serviços de radiodiagnóstico, discute a necessidade da compreensão do risco, que pode estar desprovido da mensuração da causa e do efeito, porém necessariamente relacionado aos mecanismos e as falhas de controle. É o que o autor chama de risco potencial, um fator possível na determinação de ocorrência de um agravo a saúde, sem necessariamente descrever o agravo e a sua probabilidade de ocorrência.

Segundo Bennett et al. (2011), os autores que tratam de processos de gestão de riscos nas mais diversas áreas defendem que os métodos avaliativos devem ser construídos a partir de bases sólidas de evidências disponíveis, suplementadas por cálculos, extrapolações teóricas e julgamentos de valores especializados, de modo a se obter um valor esperado da realidade que seja útil aos processos decisórios.

No Brasil, o SNVS é organizado e estruturado em três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal, tendo estes três entes responsabilidades compartilhadas. No nível federal, estão a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz). A ANVISA é uma autarquia com autonomia administrativa e financeira, e coordena os trabalhos pela construção de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária, conforme estabelecido no artigo 2º da Lei nº 9.782/1999. No nível Estadual, estão o órgão de Vigilância Sanitária e o Laboratório Central (LACEN) de cada uma das 27 Unidades da Federação. No nível municipal, estão os serviços de Vigilância Sanitária (VISA) dos 5.661 municípios, muitos dos quais ainda em fase de organização.

As ações de Vigilância Sanitária incorporam diferentes acepções de risco, tais como: perigo virtual, ameaça de agravos relacionados com determinados elementos e, na acepção epidemiológica, a probabilidade de ocorrer um evento adverso à saúde, na presença de determinado fator.

As ações da Vigilância Sanitária englobam variadas categorias de objetos de cuidado, dividindo competências com diversos órgãos e instituições de outros setores que da mesma forma, direta ou indiretamente, realizam e promovem o controle sanitário. Como visto, as ações de vigilância sanitária possuem um caráter multidisciplinar além de possuir a capacidade de interferir nas relações sociais de produção-consumo para realizar a prevenção, diminuição ou eliminação de riscos e/ou danos à saúde. São devidas à Vigilância Sanitária as funções de desenvolver metodologias e políticas públicas destinadas a englobar o crescente aumento da qualidade de vida (COSTA, 2003).

Dessa forma, a percepção do risco em vigilância sanitária nesse modelo avaliativo está no âmbito do controle e da prevenção, e seus resultados vão permitir o mapeamento da situação sanitária dos serviços de saúde no estado de Alagoas.

1. OBJETIVOS

1.1. GERAL

Avaliação dos Serviços de Saúde por meio do Método de Avaliação de Risco Potencial dos Serviços de Saúde (MARPSS) de acordo com a pontuação alcançada conforme Legislações Sanitárias Vigentes.

1.2. ESPECÍFICOS

- 1.2.1. Elaboração de um roteiro de categorização de riscos para os serviços de saúde;
- 1.2.2. Construção de uma planilha de avaliação de risco para os serviços de saúde;
- 1.2.3. Definir a categorização dos riscos nos serviços de acordo com a pontuação alcançada;
- 1.2.4. Simulação do preenchimento do roteiro durante as inspeções sanitárias como teste;

2. JUSTIFICATIVA

O projeto desenvolveu-se com base no Método de Avaliação de Riscos Potenciais em Serviços de Hemoterapia (MARPSH). É uma ferramenta que será utilizada nas ações de inspeção sanitária com interesse em categorizar riscos, podendo qualificar o serviço e priorizar as ações de melhoria com vista a garantir qualidade com as boas práticas nos serviços de saúde prestados à população, acordadas nas normas sanitárias regulamentares e pertinentes.

Com base na dinâmica utilizada até o momento dentro da Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas, ao se realizar inspeções nos serviços de saúde, não se consegue identificar de forma rápida e direta quais os principais riscos existentes ou recorrentes. Esta situação dificulta a priorização de ações de intervenção pela Vigilância Sanitária, considerando-se principalmente a complexidade dos diferentes estabelecimentos de saúde.

A elaboração de um roteiro para caracterizar os riscos dos serviços de saúde baseia-se na legislação vigente, tendo não conformidades como itens de controle, que servirão de estimativa como potencialidade de agravos para subsidiar a criação de um método para avaliação de risco e tomada de decisão como tratamento desses riscos.

Este modelo avaliativo de Vigilância Sanitária está no âmbito de controle e prevenção, sendo que seus resultados permitirão o mapeamento da situação sanitária dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde em determinada região, bem como identificar os principais níveis de problemas em um universo pré-definido, estando pautada principalmente nas boas práticas de serviços de saúde.

3. METODOLOGIA

Por meio da proposta do uso da metodologia da problematização no curso de Gestão em Vigilância Sanitária, foram elaboradas situações problemas da cidade fictícia de Polis, que serviram para os grupos de trabalho discutirem priorizando as dificuldades encontradas nos diversos locais de trabalho relacionadas as suas respectivas atividades.

A metodologia construtivista baseada nas ideias do suíço Jean Piaget foi usada para realizar este trabalho, pois o aluno é levado pelo método a instigar sua curiosidade, encontrando respostas a partir de seus próprios conhecimentos, de sua interação com os colegas e da sua realidade (SO PEDAGOGIA, 2008).

Para a exploração dos conteúdos da atividade curricular (AC) Projeto Aplicativo utiliza-se a metodologia da problematização (MP), inspirada no Arco de Charles Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (2001). Por meio dessa metodologia, todo o processo de aprendizagem tem início no contato e na leitura de realidade, realizados pelos atores sociais em questão (Figura 1).

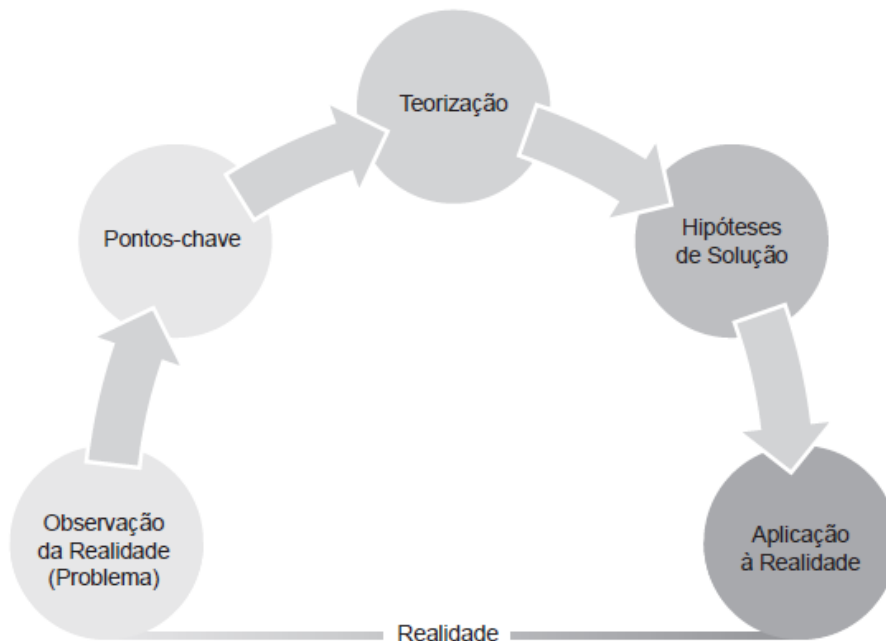


Figura 1 – Etapas do arco da metodologia problematizadora. Fonte: Bordenave & Pereira, 2001, p. 10.

Segundo Matus (1993), “um problema é um obstáculo que, numa situação concreta, situa-se entre a realidade atual e aspirações de um ator que participa de um jogo social, com carga particular de ideologias, valores e conhecimento”. Desse ponto de vista, problema é uma situação negativa ou inadequada que se quer resolver. Esse autor entende que “macroproblemas sintetizam todos os problemas relevantes para um ator em uma situação concreta”.

A partir da identificação dos problemas pontuados pelo grupo, diversas ferramentas são apresentadas por meio de matrizes decisórias, que tem por objetivo focalizar, prioritariamente, o valor e o interesse do ator em relação aos problemas; a II destaca a urgência e a capacidade de enfrentamento dos problemas; a III analisa a factibilidade e a viabilidade das ações para o enfrentamento dos problemas; e a IV foca na evidência do problema e no custo da intervenção.

Durante as oficinas de trabalho, cada desconforto foi escrito em uma tarjeta identificando a carga negativa. Esses planos são baseados em hipóteses de solução definidas a partir de um aprofundamento teórico e reflexivo sobre a cadeia explicativa de causas e consequências dos problemas identificados, surgindo os macroproblemas dos quais foi enumerado como na Figura 2.

	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	FACILIDADE	TOTAL
FALTA DE DIÁLOGO DOS GESTORES COM OS TÉCNICOS PARA TOMADA DE DECISÃO 1	+++++	+++++	+++ ++	++++	69
MA DISTRIBUIÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS 2	+++++	+++++	++ ++	++++	68
FALTA DE QUALIFICAÇÃO E MOTIVAÇÃO DAS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES 3	+++++	+++++	+++ ++	++++	72
Avaliação dos serviços de saúde por meio da classificação de risco de acordo com a legislação vigente 4	+++++	+++++	+++ +++	+++++	96

Figura 2 – Quadro de macroproblemas.

Identificado o macroproblema a ser enfrentado, foi feito um levantamento dos atores sociais relevantes, mediante a aplicação da matriz de valor e interesse.

Construção da árvore explicativa

Dentro do macroproblema priorizado, a questão a ser enfrentada é a falta de ferramenta para classificação e avaliação de risco nas inspeções sanitárias dos serviços de saúde no estado de Alagoas. Foram identificados os seguintes pontos:

- Descritores: “100% das inspeções são realizadas sem classificação do grau de risco de acordo com a complexidade dos serviços” e “100% das inspeções são realizadas sem ferramenta para avaliação do grau de risco”;

- Causas: “falta de interesse dos gestores em avaliar os riscos nos serviços de saúde”, “ausência de roteiro para inspeção de serviços de saúde” e “ausência de capacitação dos técnicos”;

- Consequências: “inefetividade da intervenção nos riscos sanitários”, “desarticulação das três esferas no entendimento dos riscos em serviços de saúde”, “descumprimento da legislação vigente” e “serviços de saúde inadequados”.

Foram ainda apontadas as conexões entre os descritores, causas e consequências, possibilitando a visualização de cadeias causais dentro do problema priorizado (Figura 3).

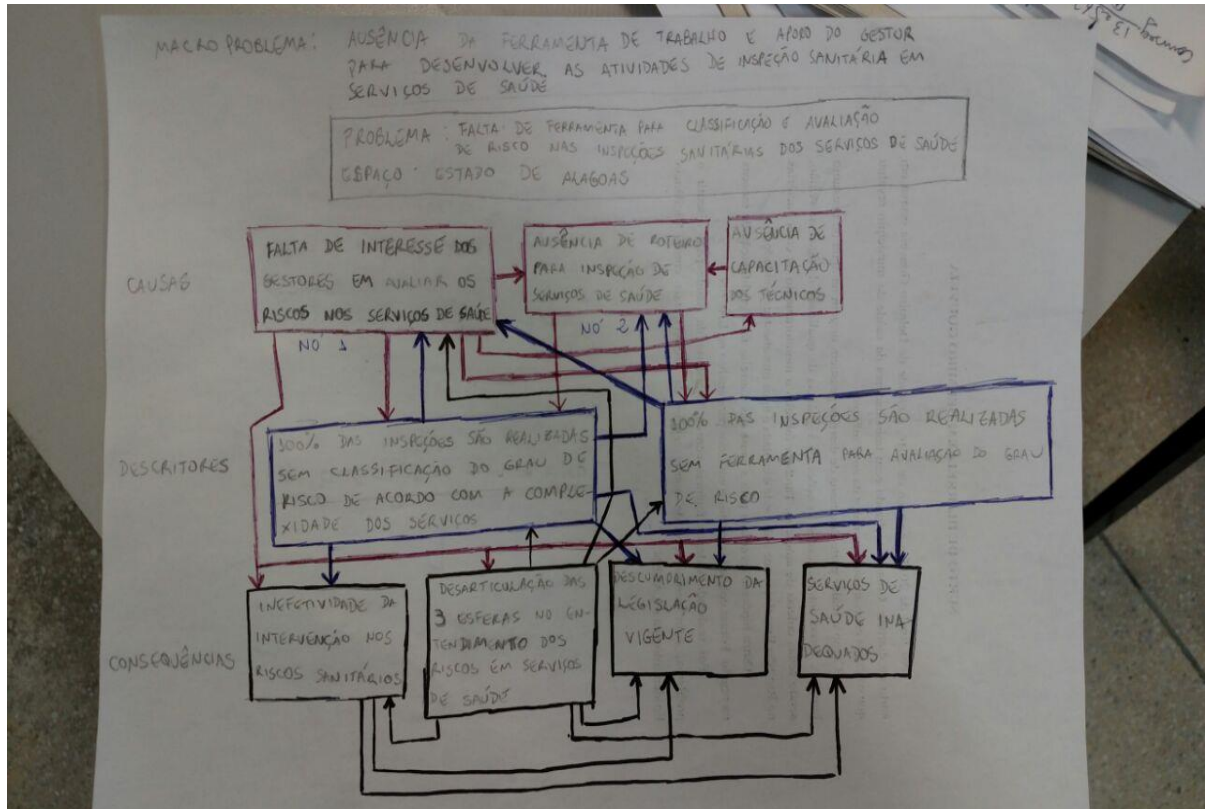


Figura 3 -

Identificando nós críticos

Para identificar os nós críticos, foram aplicadas as seguintes perguntas para cada uma das causas do problema:

- A intervenção sobre esta causa tem impacto decisivo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- 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?
- É politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas)?

Se a causa atender a esses três questionamentos, ela é considerada um nó crítico. Assim, as causas “falta de interesse dos gestores em avaliar os riscos nos serviços de saúde” e “ausência de roteiro para inspeção de serviços de saúde” foram consideradas os nós críticos do problema a ser enfrentado.

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POTENCIAL

A identificação de problemas específicos em seus respectivos setores, nos serviços de saúde e a avaliação dos riscos que os envolve são fatores determinantes para subsidiar a tomada de decisão, a escolha de estratégias e ações, a orientação e o monitoramento de todo processo.

A análise das situações que provocam riscos à saúde das pessoas, é realizada a partir do teor de estudos comprovadamente científicos. É realizada uma avaliação utilizando-se base de dados que, em princípio, permite definir possíveis efeitos de uma exposição associados com incertezas.

De acordo com Campos et. al. (2001, p 71) o objetivo do risco seria: mensurar os riscos para a saúde da população e identificar os fatores de risco a ele associado, possibilitando assim que se organize a atenção de acordo com necessidades melhores definidas e orientadas para a prevenção de agravos e promoção à saúde, especialmente dirigida aos grupos e indivíduos que mais necessitam dos recursos disponíveis.

A comunicação de riscos não é um conjunto de técnicas voltadas a informar sobre a possibilidade de danos decorrentes da interação com determinados perigos, mas é parte integrante e estratégica do processo de gestão de riscos, responsável por integrar e informar aos colaboradores e partes interessadas, maneiras e procedimentos de como agir perante ameaças, para que essas partes não somente compreendam as iniciativas e os processos de decisão tomados pelas organizações para gerenciar seus riscos, mas também para promover e desenvolver a percepção a respeito dos perigos e riscos decorrentes da natureza da atividade desenvolvida (RINALDI e BARREIROS, 2007).

Esta ferramenta será utilizada quando das inspeções sanitárias visando categorizar riscos, qualificar e priorizar as ações para melhoria do serviço. O objetivo destas ações é garantir qualidade de atuação nos estabelecimentos de saúde inspecionados, focado nas boas práticas dos serviços prestados à população de acordo com as normas sanitárias regulamentares e pertinentes.

No roteiro de inspeção cada item vai ser categorizado por criticidade e relevância, com mecanismos matemáticos de ponderação, a partir dos quais é possível estabelecer o percentual de controle que o serviço emprega nos seus processos, determinando a relação causal entre estes indicadores de controle e o risco potencial. Assim o MARPSS irá sistematizar o processo de avaliação durante uma inspeção, possibilitando a quantificação e classificação dos itens não conformes observados.

O quadro abaixo demonstra a classificação de risco em cinco faixas hierarquizadas, definidas pelo Método, de acordo com a pontuação alcançada em um serviço avaliado. Estes pontos são calculados pela proporção entre os itens atendidos pelo serviço e os exigidos pelas normas sanitárias, estabelecendo uma Proporção de Controle.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Proporção de Controle (PC)
Baixo	$PC \geq 95\%$
Médio - Baixo	$80\% \leq PC < 95\%$
Médio	$70\% \leq PC < 80\%$
Médio - Alto	$60\% \leq PC < 70\%$
Alto	$PC < 60\%$

5. PLANO DE AÇÃO

A importância de um serviço de saúde categorizado com o monitoramento do risco potencial realizado pela Vigilância Sanitária faz-se necessária para aplicação de propostas de intervenção, ou seja, roteiros de inspeção para a correção das não conformidades encontradas em desacordo com a legislação pertinente. Essas adequações, caso existam, são necessárias para que a motivação do profissional possa agir como norteador de um trabalho que deve repercutir na proteção da saúde

pública. Este Projeto será aplicado na rede pública, privada e instituição filantrópica no Estado de Alagoas.

Quatro ações/atividades serão desenvolvidas como proposta de Intervenção:

- Sensibilização dos Gestores;
- Construção de um roteiro para inspeção sanitária;
- Construção de uma planilha de classificação de risco para serviço de saúde;
- Classificação do grau de risco, baseada na planilha utilizada nos serviços de hemoterapia.

6. SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES

A implantação de uma ação, de maneira efetiva, significa uma mudança de mentalidade ou cultura, fazendo com que gestores, equipes e todos os envolvidos na rede de relacionamentos da instituição acreditem e internalizem o processo de mudança. Dessa forma, é muito importante que haja um trabalho contínuo de sensibilização com o gestor para que ele entenda como se dará o trabalho e para que ele identifique o seu real papel no processo. A parceria realizada entre o gestor e a sua equipe potencializa os resultados obtidos na execução do Plano de Intervenção.

7. CONCLUSÃO

A gestão do risco sanitário depende da interação da sociedade, dos atores e instituições envolvidos com a prática da vigilância sanitária, da

informação/comunicação e da promoção da saúde. Além de contemplar ações de intervenções sobre os riscos, consideradas ações de proteção da saúde.

A Vigilância Sanitária deve ampliar sua prática no escopo da promoção da saúde, voltando suas ações para intervenções sobre os determinantes sócio ambientais e as necessidades sociais.

Utilizando como base a falta de categorização de riscos nas inspeções sanitárias e tendo como nós críticos “falta de interesse dos gestores em avaliar os riscos nos serviços de saúde” e “ausência de roteiro para inspeção de serviços de saúde” foi elaborado um plano de ação com utilização de estratégias de implantação e implementação da categorização de risco dos serviços de saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência oferecida a população.

Desta forma, gestores e prestadores de serviço, perceberão os níveis de risco do estabelecimento de saúde e terão condições de organizar e propor de forma ágil e eficiente formas de intervenção com vistas a sanar os problemas e/ou inconformidades identificados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, S. A. **Informação em saúde para o planejamento em vigilância sanitária na gestão municipal**. 2008. (dissertação sob forma de artigo). Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10313/1/3333.pdf>. Acesso em: 30/07/2014

Bennett LJ, Blajchman MA, Delage G, Fearon M, Devine D. Risk-Based **decision making for blood safety**. *Transfus Med Rev*. 2011;25(4):267-92.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde**, 2003 In Ministério da Saúde. 2 v.il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:

http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em 7/07/2014.

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.

LEI Nº 9782/1999, Dispõe sobre o SNVS, cria a Agencia Nacional de Vigilância

Sanitária e dá outras providencias.

Lucchese G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Navarro M. Risco, radiodiagnostico e vigilancia sanitaria. Salvador: EdUFBA; 2009.

5. Bennett LJ, Blajchman MA, Delage G, Fearon M, Devine D. Risk-Based decision

MATUS, C.. **MAPP Metodo Altadir de Planificacion Popular**. 1. ed. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

VEYRET, Y. Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007.

Adriana Alves da Silva Peixoto
Cecília de Souza Barbosa Ferreira
Danielle de Freitas Mizoguti
Eliane Rodrigues da Cruz
Glória dos Anjos Maurício
Lorena Procópio de Lima Goes
Ludmilla de Moraes Santos Pires
Paula Cicília Faquim Rodrigues
Rodrigo de Souza Prado
Rosemary Simiema de Araújo

**PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTADUAL DE
GOIÁS E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL DE GOIÂNIA**

São Paulo
2016

Adriana Alves da Silva Peixoto
Cecília de Souza Barbosa Ferreira
Danielle de Freitas Mizoguti
Eliane Rodrigues da Cruz
Glória dos Anjos Maurício
Lorena Procópio de Lima Goes
Ludmilla de Moraes Santos Pires
Paula Cicília Faquim Rodrigues
Rodrigo de Souza Prado
Rosemary Simiema de Araújo

**PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTADUAL DE
GOIÁS E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL DE GOIÂNIA**

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

Orientadoras: Edna Maria Covem e Sarah
Borges

Goiânia
2016

RESUMO

O presente projeto aplicativo foi elaborado a partir das discussões do Grupo Afinidade 1 (GAF 1) do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária – Região de Goiânia, mediante a utilização da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Entre os problemas de Vigilância Sanitária (VISA) vivenciados pelo grupo, selecionou-se, por meio de uma matriz decisória, a deficiência de integração entre a VISA do Estado de Goiás e a VISA de Goiânia como problema prioritário. A árvore explicativa foi estruturada para salientar as causas, as consequências e os descritores desse problema. Determinou-se como nó crítico causal a falta de padronização das ações sanitárias entre as esferas estadual e municipal. Elaborou-se um plano de ação que contemplou as ações e as atividades a serem executadas, os responsáveis pela execução, os parceiros e os opositores, os indicadores a serem utilizados, os recursos necessários e o prazo de execução. Optou-se pela proposta de criação de um Grupo Técnico (GT) permanente composto por gestores e técnicos da área de Vigilância de medicamentos, insumos e produtos para a saúde da VISA tanto estadual quanto municipal. Pretende-se que o GT seja um espaço de integração entre os trabalhadores de VISA voltado para a discussão técnica de legislações e para a articulação e padronização de ações de trabalho. Espera-se que os indicadores de VISA estabelecidos para mensurar a implementação das ações revelem a diminuição ou a eliminação do problema. O sucesso desse projeto depende de diversos atores sociais, tais como dos superintendentes, diretores, coordenadores e servidores de VISA e dos componentes do GAF 1. Este trabalho justifica-se para evitar o trabalho duplicado e divergente e a burocracia. Além disso, ele poderá contribuir para impulsionar respostas mais rápidas e efetivas, melhorar a eficiência do processo de descentralização e garantir a integralidade das ações de VISA.

Palavras-chave: Integração; Vigilância Sanitária; Planejamento Estratégico; Grupo Técnico.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
MS	- Ministério da Saúde
CRFB	- Constituição da República Federativa do Brasil
GAF	- Grupo Afinidade
GT	- Grupo Técnico
GVISA	- Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária
IEP/HSL	- Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
PA	- Projeto Aplicativo
PDVISA	- Plano Diretor de Vigilância Sanitária
POP	- Procedimento Operacional Padrão
SGQ	- Sistema de Gestão da Qualidade
SIA/SUS	- Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUVISA/GO	- Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado de Goiás
VISA	- Vigilância Sanitária
VISA/GO	- Vigilância Sanitária Estadual de Goiás
VISA/GYN	- Vigilância Sanitária Municipal de Goiânia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. FUNDAMENTAÇÃO	10
3. OBJETIVOS.....	15
4. MÉTODO.....	16
4.1- Identificando Macroproblemas.....	17
4.2- Priorizando Problemas.....	17
4.3- Identificando Atores Sociais.....	19
4.4-Explicando o Problema Priorizado.....	20
4.5- Construindo o Plano de Intervenção.....	26
4.6- Viabilidade do Plano de Ação.....	26
4.7 - Gestão do Plano – Monitoramento e Orçamento.....	27
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/PLANO DE AÇÃO.....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
APÊNDICES.....	38

1. INTRODUÇÃO

O projeto aqui apresentado, denominado Projeto Aplicativo (PA), foi construído a partir das discussões realizadas durante as atividades curriculares do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA) do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês - IEP/HSL. Utilizaram-se ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES) aliadas às experiências profissionais dos especializandos, ao referencial teórico disponibilizado pelo curso e ao conhecimento obtido em buscas individuais.

A deficiência de integração entre a Vigilância Sanitária Estadual (VISA/GO), inserida na Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado de Goiás (SUVISA/GO), e Vigilância Sanitária e Ambiental de Goiânia (VISA/GYN), surgiu como um problema durante as discussões do Grupo Afinidade 1 (GAF 1). Todos os seus integrantes eram profissionais de vigilância sanitária (VISA) ativos, tais como gestores, técnicos e fiscais de saúde pública. O fato de haver servidores tanto do Estado quanto do Município no grupo permitiu confirmar que há um distanciamento entre essas duas instâncias, tendo isso sido relatado por todos os participantes.

O problema identificado fazia parte de uma realidade mais abrangente de deficiência de integração intra e intersetorial entre as VISAs e destas com a população. Quanto à comunidade, esta desarticulação ocorria tanto pela divulgação inadequada e insuficiente do papel e dos trabalhos realizados pela VISA quanto pelo distanciamento dos representantes da sociedade civil organizada.

Após todo o processo de identificação do problema e de suas causas, consequências, descritores e atores sociais envolvidos, definiu-se como nó crítico a ser trabalhado a falta de padronização das ações sanitárias entre a VISA/GO e a VISA/GYN.

A escolha desse nó crítico foi realizada levando-se em conta a importância do tema no contexto atual de funcionamento das duas VISAs e na possibilidade de mudança da realidade com o uso das tecnologias disponíveis. Embora as ações propostas não fossem simples, elas eram factíveis. Elas demandavam pouco ou nenhum investimento de recursos financeiros e haviam recursos técnicos suficientes nas duas instâncias. Esta escolha também foi motivada pela possibilidade de apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

As ações propostas pretendem promover uma melhor integração entre a VISA/GO e a VISA/GYN, buscando uma maior resolutividade das ações sob a responsabilidade desses órgãos, com o fim precípuo de garantir maior efetividade na

proteção e promoção da saúde da população, permitindo melhoria na qualidade de vida do cidadão.

Como ação principal propõe-se a criação de um Grupo Técnico (GT) que deverá se constituir em um núcleo permanente de apoio às ações sanitárias de ambas as instâncias de VISA, podendo, à medida que se consolide, abarcar outras vigilâncias municipais do Estado.

Para o alcance desse objetivo, o GT deverá estar apto à análise das questões intrínsecas às ações sanitárias, partindo, antes de tudo, da reflexão acerca dos riscos associados ao campo de ação da VISA (produtos, ambientes e serviços).

A partir dos levantamentos, estudos e discussões, o GT deverá propor a edição de notas técnicas, instruções de trabalho e outros meios de divulgação e normatização das ações de VISA, devendo ainda encaminhar sugestões e prestar apoio técnico à realização de cursos e treinamentos das equipes, sempre que a demanda do trabalho exigir.

Pretende-se ainda, com as medidas propostas, promover uma participação mais efetiva dos profissionais de VISA nas ações realizadas pelos dois órgãos por meio de um melhor planejamento, que deve ser subsidiado por estudos prévios, definição de condutas, equalização da interpretação das normas sanitárias em vigor, entre outros procedimentos a serem realizados pelo GT.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Os desafios inerentes às atividades de VISA no Brasil podem ser identificados ao avaliarmos a amplitude de suas ações. Suas bases a definem 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, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”. (BRASIL. Lei 8080, 1990).

Além disso, suas ações abarcam o meio ambiente, nele incluído o do trabalho, sempre visando o indivíduo e a coletividade, numa premissa de proteção e promoção da saúde, vislumbramos um horizonte vasto e complexo para essas ações (BRASIL. Lei 8080, 1990).

O'Dwyer, Reis e Silva (2010), ao se referirem às ações de VISA no contexto atual, afirmam que houve uma alteração de seu objeto de ação, com evolução de “produtos e serviços, para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida”. Consideram que a VISA é hoje a face mais complexa da Saúde Pública devido à diversidade de objetos sob sua atuação e de práticas que a compõem, mesmo para objetos de baixa densidade tecnológica, dada a potencialidade de certos riscos.

Tais autores salientam ainda a repercussão política e econômica que podem ser suscitadas pela atuação da VISA e pela possibilidade de gerarem conflitos de interesse. Eles ressaltam que esse cenário complexo exige do profissional competência técnico-científica e política, uma vez que ele representa o Estado na defesa de interesses públicos e que a posição adotada nesse caso não deve ser neutra.

No dizer de Lucchese (2006),

“a vigilância sanitária também pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais. Sua natureza exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional e a mediação de setores da sociedade, por meio de canais de participação constituídos. No âmbito do SUS, a vigilância sanitária representa um poderoso mecanismo para articular poderes e níveis de governo e impulsionar ações e movimentos de participação social.” (LUCCHESE, 2006)

Assim, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de VISA devem orientar-se pelos mesmos princípios e diretrizes constitucionais que o norteiam, a exemplo da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL, CRFB, 1988).

No que se refere ao SUS, quase 28 anos depois da promulgação da Constituição do país, ainda há muito o que ser feito para atingir um nível satisfatório de cumprimento dessas diretrizes. Há sempre que se conciliar interesses antagônicos na consolidação do SUS. Nesse mesmo cenário encontram-se as ações de VISA (SANTOS, 2007).

Em relação às VISAs, autores sustentam que a descentralização, bem iniciada no âmbito federal e estadual, sofre entraves devido às diferenças entre as capacidades operativas dos municípios, evidenciando uma distância entre as políticas formuladas e instituídas (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

A participação da comunidade, ou seja, o controle social, ainda não se consolidou. A população apresenta dificuldades de apropriação por parte de seu papel nesse controle, e mesmo em relação à compreensão do que sejam as VISAs.

Os conselhos de saúde representam nesse último quesito uma instância de grande importância, entretanto ainda não conseguem ocupar o espaço que lhes é garantido de forma efetiva. Santos (2007) ressalta diversos motivos que considera impeditivos da adequada qualificação dos conselhos para o exercício de seu papel, tais como a baixa condição social e cultural da população usuária do SUS, a limitada representatividade da classe média nesse grupo, a desqualificação de seus serviços pela mídia, a perpetuação de conselheiros no cargo e corporativismo de alguns segmentos do conselho. Afirma que “não há um sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS” que não o deseja como um direito por entendê-lo como assistencialista (“coisa de pobre”).

Pode-se dizer que a VISA consegue, em parte, exercer alguns sentidos da atenção integral em suas práticas, uma vez que ela está, de certa forma, imbricada no seu contexto de atuação. Isso ocorre quando ela aborda o risco de forma ampla e em todos os espaços possíveis (produtos, serviços, tecnologias, ambientes, propaganda), e porque muitas das ações tornam-se quase globais em relação a determinados produtos, ao atuar em toda a cadeia, da produção ao consumo. Certamente ainda é necessário tornar mais efetiva a sua prática.

Historicamente, a diretriz atenção integral resultou no princípio da integralidade, que embora tratado no artigo 7º, inciso II, da Lei 8080 (BRASIL, 1990), como integralidade da assistência (talvez esse o motivo para a baixa produção sobre integralidade em VISA), deve ser tido como uma das bases de sustentação das ações

de VISA. A própria definição do princípio aduz que este se constitui em um “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*” (grifo nosso).

A importância de se discutir o princípio da integralidade no âmbito de VISA é fruto da análise dessas ações dentro do contexto geral do SUS. Esse princípio é considerado um valor democrático, que serve de base e sustentação aos demais princípios do SUS, qualificando as ações de atenção e assistência e exigindo a articulação entre a dimensão preventiva, a assistencial e a de serviços de saúde, estando a VISA inserida na dimensão preventiva, não podendo se eximir de observar esse princípio.

A atenção integral (princípio da integralidade) foi também objeto do PDVISA (BRASIL, 2007). O eixo 3 do documento trata da VISA no contexto da atenção integral à saúde. As diretrizes estabelecidas passam pela articulação permanente das ações de VISA com os demais serviços e ações de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS; pela integração das ações de VISA, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador; pela promoção e fortalecimento do trabalho conjunto da VISA com a atenção básica, contribuindo para a reflexão de saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais; pelo desenvolvimento de novos processos de trabalho que incorporem as tecnologias de VISA às ações básicas de saúde, com enfoque no risco sanitário; pela descompartimentalização dos processos de trabalho nas ações locais, preservando especificidades e compartilhando tecnologias, conhecimentos e experiências; pela revisão do processo de planejamento e execução das ações de VISA, considerando a responsabilidade sanitária, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse da saúde e as prioridades nacionais e locais de saúde; e articulação para inserção da VISA na definição de políticas de formação de trabalhadores do SUS para que promovam a integração entre VISA e as demais áreas da saúde, todos com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.

Como visto, a integralidade das ações depende também da integração entre os níveis de governo e entre as ações de diversos setores (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010). A articulação entre esferas, setores e profissionais de diversas áreas se faz de suma importância para o enfrentamento das questões de saúde da população em todos os níveis de atenção e assim também quanto às ações de VISA.

É certo que as ações de VISA não se restringem ao exercício do poder de polícia estatal. As ações preventivas e de promoção da saúde perpassam pela necessidade de adotar-se estratégias que vão além da mera fiscalização, edição de

normas sanitárias e mesmo da aplicação concreta destas. É necessário realizar estudos da produção acadêmica, do arcabouço legal, da realidade bem como da produção tecnológica que antecede qualquer estudo ou normatização; definir ações educativas que contemplem as necessidades dos técnicos de VISA, do setor regulado e da população; e promover a integração entre as próprias VISAs (tanto no plano vertical quanto horizontal), entre as diferentes vigilâncias (sanitária, ambiental, epidemiológica e de saúde do trabalhador) e com outros órgãos (Ministério Público, Conselhos de Fiscalização Profissional, Conselhos de Saúde, Universidades, entre outros). Os resultados das ações sanitárias dependem dessa articulação.

Nesse contexto, surge outro fator também evidenciador da falta de integração: a deficiência de comunicação em VISA. A insuficiência e até, por vezes, ausência de comunicação no âmbito institucional, redundando em desconhecimento da realidade de cada serviço ou situação e de outros fatores importantes ao exercício efetivo do papel da VISA, levando à ocorrência de ações desordenadas, por vezes sobrepostas e, por conseguinte, frágeis.

Dentre os problemas que corroboram para essa realidade estão os limites organizacionais, os conflitos de interesse quando se trata do setor regulado, as assimetrias culturais entre as camadas sociais e a falta de transparência interna ao órgão. Essa falta de comunicação dentro do próprio órgão de VISA acaba por se estender para além de seus limites (RANGEL, 2009).

Segundo Costa (2009), as questões da área de VISA devem ser objeto de estratégias de informação e comunicação, tanto com a população, como com profissionais e gestores da saúde e agentes dos segmentos regulados. Ressalta que a comunicação de riscos reclama estratégias “orientadas para a construção de uma consciência sanitária calcada na saúde como um valor e direito dos cidadãos”. O direito à informação correta sobre benefícios e riscos dos objetos sob VISA integraria o rol dos direitos do cidadão e do consumidor, não devendo a VISA fiscalizar apenas produtos e serviços e estratégias mercadológicas, como a propaganda, mas também “divulgar informações adequadas e pertinentes, contribuindo para reduzir assimetrias de informação e para subsidiar uma ação mais proativa e participativa do cidadão na defesa dos seus direitos” (COSTA, 2009).

A inexistência de sistemas de informação completos, atualizados e de fácil acesso constitui ainda um desafio para a VISA. A produção de dados e mesmo de conhecimento no âmbito da VISA é percebido como bastante intenso e dinâmico, mas não há registros que espelhem essa realidade. Isso dificulta a troca de informações e a interação entre o trabalho das muitas vigilâncias.

Em VISA, o modo de agir e de se comunicar são determinantes para a efetividade e eficácia das ações, por vezes naturalmente fragmentadas, com possibilidade de atuação simultânea das três esferas de governo em uma mesma localidade (por isso a necessidade de se trabalhar com a divisão político-administrativa de território). É imprescindível que haja não só garantia da complementariedade, mas de que não haja discrepâncias de interpretações e exigências. Há necessidade de aporte de diferentes saberes, devendo o conjunto amplo de ações permitir a compreensão global da questão objeto da intervenção (BRASIL. CONASS, 2007).

Dessa forma, restou evidenciado para os integrantes do grupo a necessidade de maior integração entre a VISA/GO e a VISA/GYN e mesmo entre outros setores das secretarias da saúde, seja municipal ou estadual, inclusive ANVISA e Ministério da Saúde (MS).

As evidências do problema proposto surgiram da percepção individual de cada integrante do grupo ao analisar sua própria atuação como técnico de VISA e os resultados do trabalho (eficiência e eficácia das ações) e foram confirmadas pelas leituras e buscas posteriores.

Compreendemos que para que seja ampliada e garantida a integralidade das ações no âmbito da VISA, faz-se necessário eliminar deficiências de integração nos diversos âmbitos e instâncias. Pautar ações por um mesmo prisma de análise, ou seja, o risco; garantir comunicação mais ágil e efetiva, inclusive considerando a necessidade de divulgação de informações ao setor regulado e à população, são algumas das premissas para atingir esse objetivo.

As questões relacionadas estão diretamente ligadas à gestão do trabalho em VISA, pois implicam em necessidades de mudança na forma de trabalho. Conceber uma atuação mais integrada da VISA/GO e VISA/GYN é um desafio não só para gestores, mas também para os técnicos que atuam nas duas instâncias, que são os alvos principais das medidas que venham a ser implementadas.

O desafio de propor uma intervenção numa realidade concreta considerada problemática com capacidade para modificá-la foi posto. A partir daí iniciou-se o trabalho de construção do PA tendo por parâmetro os aspectos: a) demarcação do problema ou da necessidade de intervenção; b) contextualização da situação que envolve o problema; c) objetivos, considerando as ações ou atividades-fim que serão empreendidas; d) fundamentação que sustentará a intervenção; definição do campo e da população alvo; e) procedimentos que serão utilizados para a realização da intervenção e, f) definição dos resultados ou produtos que serão potencialmente obtidos (CALEMAN et al., 2016).

O grupo elaborou esse projeto dentro de uma perspectiva realista, estando ciente de que maiores demandas estruturais, de recursos humanos e financeiras não possuem grandes possibilidades de serem atendidas, dada a realidade do país como um todo.

3. OBJETIVOS

3.1 - Geral

- Promover integração entre a VISA/GO e a VISA/GYN.

3.2 - Específicos

- Implantar um Grupo Técnico permanente com atribuição de levantamento, análise e harmonização das ações de ambas as VISAs, conforme demanda do trabalho;
- Harmonizar a interpretação da legislação sanitária, conforme necessidades;
- Padronizar as ações sanitárias quanto aos procedimentos de inspeção e fiscalização, de acordo com cada área de atuação;
- Aproximar os profissionais de VISA das duas instâncias, criando um espaço de discussão de assuntos relevantes para a saúde da população, dentro de suas áreas de atuação;
- Promover qualificação (educação continuada) dos profissionais de VISA quanto a temas complexos, emergentes e atuais;
- Promover a criação de mecanismos e estratégias mais eficientes de comunicação de riscos;
- Promover a divulgação das ações das VISAs tanto interna quanto externamente, dando maior visibilidade aos demais órgãos, entidades e à população.

4. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-ação, definida pelo contexto da experiência, criatividade, recursos e governabilidade.

O grupo GAF 1 levantou os problemas vivenciados pela VISA/GO e VISA/GYN, considerando a deficiência de integração entre as VISAs um relevante problema que impacta diretamente no alcance e nas respostas de ações de VISA. Assim, por meio da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, foi desenvolvido um Projeto Aplicativo que permite diminuir a desarticulação entre a VISA/GO e VISA/GYN, partindo do princípio da harmonização das ações e da troca dos saberes, entre ambas áreas de VISA, relacionadas com fabricantes de medicamentos, insumos e produtos para a saúde, para alcançar à integralidade das ações e conseqüentemente a melhoria da resposta das ações de VISA.

Por meio da identificação e priorização do macroproblema “Ausência de integração entre a VISA estadual e municipal de Goiânia”, a equipe GAF 1 elaborou um plano de ação, utilizando as ferramentas do planejamento estratégico, que visa a criação de um GT permanente para harmonizar as ações das VISAs e conseqüentemente promover a integralidade entre as mesmas.

Para o desenvolvimento desta Atividade Curricular foi escolhido um conjunto de ferramentas do planejamento estratégico situacional que apoia os seguintes movimentos de elaboração de um projeto aplicativo (CALEMAN et al., 2016), de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1. Relação de ferramentas e oficinas de trabalho, atividade curricular PA.

OFICINA DE TRABALHO	FERRAMENTAS
Leitura de realidade– análise situacional	Situação Inicial (Si) e Situação Objetivo (So)
Identificando problemas	Técnica da Visualização Móvel
Priorizando problemas	Matriz Decisória
Identificando atores sociais	Identificação de Atores Sociais
Explicando o problema priorizado	Árvore Explicativa de Problemas
Construindo o plano de intervenção	Matrizes do Plano de Ação
Viabilidade	Matrizes de Viabilidade
Gestão do Plano	Matrizes de Monitoramento e de Orçamento

4.1- Identificando Macroproblemas

O Primeiro contato da equipe GAF 1 com o planejamento estratégico e o projeto aplicativo ocorreu em março de 2016. Por meio da teoria e da prática demonstrada por uma equipe simulada da cidade de Polis foi possível conhecer gradativamente as ferramentas utilizadas no planejamento estratégico para elaboração do projeto aplicativo.

Partindo do princípio da reflexão sobre os problemas vivenciados, considerando a conjuntura atual da realidade na qual se pretende intervir, a equipe GAF 1 iniciou um movimento para identificar os problemas vivenciados pela equipe em sua vivência de trabalho em VISA.

Primeiramente, cada participante levantou três problemas vivenciados pelo mesmo em sua realidade, escrevendo em tarjetas o seu desconforto (problema). Depois, houve o agrupamento de problemas semelhantes vivenciados pela equipe (agrupamento do problema por núcleo de sentido).

As tarjetas semelhantes foram agrupadas e as tarjetas cujas ideias não foram claras, foram reescritas com a ajuda da equipe. Também foi possível esclarecer se o problema se tratava de causa ou consequência, sendo identificados somente os problemas possíveis de serem enfrentados, e não suas consequências.

Foram identificados os seguintes macroproblemas:

- Descentralização Intra e Intersetorial, bem como com a população;
- Gestão inadequada de recursos financeiros, materiais e humanos;
- Legislação insuficiente e conflitante;
- Comunicação insuficiente;
- Planejamento desvinculado da realidade.

4.2- Priorizando Problemas

Considerando o conjunto de desconfortos e inquietudes identificados, a atividade teve como intencionalidade ampliar a capacidade de priorizar problemas.

Foi definida a utilização de matriz decisória como ferramenta para apoiar a tomada de decisão, sendo que quatro possibilidades de matriz que poderiam ser utilizadas separadamente ou em conjunto foram propostas. Dentre as possibilidades tínhamos:

Matriz I – focaliza prioritariamente o valor e interesse do ator em relação aos problemas;

Matriz II – destaca a urgência e capacidade de enfrentamento;

Matriz III – analisa a magnitude, transcendência ou valorização, a vulnerabilidade e custos;

Matriz IV – foca na relevância, urgência, factibilidade e viabilidade.

A matriz decisória III foi considerada pelo consenso do grupo como a mais adequada para análise dos problemas elencados. Provém do método CENDES editado pela Opas, em 1965, sob o título: *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* (OPS/OMS, 1965). Esse método foi desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961. Era necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

O método CENDES propunha uma metodologia para eleição de prioridades que estabelecia uma série de critérios que orientassem as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes. Basicamente, eram seguidos quatro critérios que determinavam a ordem em que os problemas de saúde deveriam ser atacados. Destes, três eram diretamente proporcionais à prioridade que se dava ao problema, e o quarto agia de modo inversamente proporcional (CAMPOS; MEHRY; NUNES, 1989).

Os critérios diretos são a magnitude que reflete o tamanho do problema ou número de pessoas acometidas, a vulnerabilidade que avalia a existência de conhecimento e recursos materiais para o enfrentamento do problema e a transcendência que se refere à importância política, técnica e cultural; o único critério inverso é o custo da resolução do problema. Assim, no processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado problema. (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008)

Todos os participantes atribuíram valores – (0) para baixa, (1) significativa, (2) alta e (3) muito alta – relativo a cada um dos critérios diretos os valores - e (3) para baixo, (2) significativo, (1) alta e (0) muito alta para o critério inverso relativo a cada problema (Quadro 1).

Quadro 1: Matriz Decisória construída pelos cursistas para a priorização do problema.

Problema	Magnitude	Valorização	Vulnerabilidade	Custos	Total de valor atribuído	Priorização
Deficiência de Integração Intra e Intersectorial bem como com a população	2,3,3,3, 3,0,3, 3,3,3	3,3,3,3, 3,1,3, 3,3,3	3,3,3,3, 3,0,3, 2,2,0	3,2,3,3 3,3,3 3,2,3	103	1º
Descentralização deficiente e irresponsável	3,2,3,2 2,3,2, 3,2,3	3,2,2,3 2,3,3 3,3,3	2,3,2,2 2,1,2, 2,1,1	1,0,3,2 2,3,2 2,2,2	89	2º
Gestão Inadequada de Recursos Financeiros, materiais e humanos	3,3,3,3 2,2,3 2,2,3	3,3,2,3 2,1,3 3,2,3	3,0,2,1 2,0,2 0,1,1	1,0,0,2 2,1,2 1,2,3	77	5º
Planejamento Desvinculado da realidade	3,2,3,2 2,3,2 2,3,3	2,2,1,3 2,3,2 3,2,3	2,2,2,3 2,1,2 2,2,1	1,1,0,3 2,1,2 2,2,3	86	3º
Legislação insuficiente e conflitante	2,1,3,3 2,1,2 1,2,2	2,1,3,3 2,1,2 3,2,2	2,3,0,1 2,2,1 1,1,3	0,1,3,0 1,2,2 1,2,3	74	6º
Comunicação Insuficiente	1,3,3,3 2,0,3 2,2,1	1,3,3,2 2,2,2 3,3,3	3,3,3,3 2,1,3 2,1,2	2,2,2,3 2,2,2 0,1,2	85	4º

4.3- Identificando Atores Sociais

Essa atividade teve como objetivo a identificação de atores sociais relevantes de forma a antecipar potenciais desdobramentos, favoráveis ou contrários, em relação às iniciativas que visem solucionar o problema priorizado.

Segundo Matus (1996), durante o momento estratégico o ator deve procurar fazer um “inventário” de quais os recursos necessários e quais recursos estão sob seu controle; que atores serão aliados ou serão adversários; que meios estratégicos que serão utilizados e qual é a ordem das ações (operações).

Foi realizado então, um levantamento dos atores sociais que podem contribuir para resolução ou manutenção do problema priorizado e aplicado a eles uma matriz de Valor e Interesse. Sendo que Valor é a importância que o ator confere ao problema considerando o contexto, as implicações e as consequências para as pessoas por ele afetadas e Interesse é o posicionamento por meio do qual um ator se situa ante a realidade, que pode ser vista como uma situação a ser superada/evitada ou como oportunidade para ser aproveitada/fomentada.

De acordo com o Quadro 2, para o Valor foram atribuídos os critérios de baixo, médio e alto e o interesse foi expresso por meio dos sinais: negativo (quando o ator tem interesse em manter a realidade ou rechaçar qualquer mudança que pretende

alterá-la), positivo (quando o ator tem interesse em mudar a realidade) ou indiferente (quando o problema não afeta o ator e o mesmo não atribui importância em relação à manutenção ou mudança da situação).

Quadro 2: Construção de matriz pelos cursistas para a identificação de atores sociais.

Problema: Deficiência de Integração Intra e Intersectorial bem como com a população			
Atores	Valor	Interesse	Result.
Conselho Municipal de Saúde	Alto	Negativo	
Conselho Estadual de Saúde	Médio	Positivo	
Conselho Federal de Saúde	Baixo	Neutro	
Secretário de Saúde do Município	Alto	Positivo	*
Secretário de Saúde do Estado	Alto	Positivo	*
Gestores da ANVISA	Médio	Positivo	
Gestor Da VISA/GO	Alto	Positivo	*
Gestor Da VISA/GYN	Alto	Positivo	*
Prefeitos	Alto	Negativo	
Gerentes e Gestores das Regionais de Saúde	Alto	Positivo	*

4.4- Explicando o Problema Priorizado

De acordo com Lacerda, Botelho e Colussi (2012) pode-se conceituar problema como toda e qualquer situação considerada insatisfatória ou impeditiva para um ator alcançar seus propósitos. Ou seja, é todo fator, aspecto ou situação que impede a realização da imagem objetivo.

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. Quem pretende atuar em uma realidade concreta e mudar os resultados considerados insatisfatórios deve aprofundar o conhecimento dos problemas que prioriza como mais relevantes e formular um conjunto de prováveis explicações para a ocorrência desses problemas.

4.4.1- *Árvore explicativa ou árvore do problema*

A explicação de um problema é uma reconstrução simplificada dos processos que os geram e das consequências identificadas. A explicitação das relações entre causas e consequências gera um diagrama de causa-efeito. A melhor descrição dos problemas e a construção de um fluxograma relacionando as causas e consequências que possibilita a identificação de potenciais obstáculos e oportunidades para a intervenção. A explicação situacional, representada por esse tipo de fluxograma, é conhecida como árvore explicativa ou árvore do problema.

A capacidade de explicar problemas distingue as pessoas que tem capacidade

de intervenção sobre eles das que não tem essa capacidade. Explicar problemas é compreender em maior ou menor extensão a rede de causas que contribuem para a existência de um problema na situação, e as consequências que um problema produz sobre a realidade observável. (MAGAJEWSKI, 2013).

Árvore de Problemas pretende sistematizar a reflexão sobre as causas de um problema antes de adiantar soluções. Explicar significa compreender o processo de inter-relação entre os problemas para ter uma visão de síntese dos determinantes que os produzem (MATUS, 1993).

O raciocínio, ao se processar uma árvore explicativa, é analítico causal, e não hierárquico. Conclui-se a árvore explicativa quando os planejadores avaliam que as principais relações de causa-efeito foram consideradas.

4.4.2- Dinâmica para a construção da árvore explicativa

A partir do problema priorizado, as equipes devem identificar:

- (i) as manifestações que melhor descrevem e mensuram o problema, expressando-as em forma de descritores;
- (ii) as causas que determinam o problema;
- (iii) as consequências do problema.

A cadeia lógica multicausal entre os descritores, as causas e consequências, ou seja, a árvore explicativa deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação e relação entre descritores, causas e consequências.

Para realização da dinâmica são propostos cinco movimentos:

- 1º Movimento: precisando/descrevendo o problema

ETAPA: definição do espaço explicativo – governabilidade

Na apresentação da árvore, o ator que explica o problema deve explicitar o nome do problema e o espaço de governabilidade controlado pelo ator que planeja. Essa definição, antes mesmo do processamento do fluxograma, permite identificar as causas que podem ser enfrentadas diretamente pelo ator, considerando os recursos que controla, e aquelas que escapam à sua capacidade direta de ação e, portanto, requerem demandas de ação a outros atores.

ETAPA: definição dos descritores

Selecionados os problemas, passa-se à descrição dos mesmos através de indicadores ou descritores que o definam com clareza. Os descritores quantitativos ou qualitativos devem ser necessários e suficientes para expressar o problema sem

confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e consequências. (Elizabeth Artmann, 1993).

Quanto à descrição do problema que pretendemos enfrentar, visa afastar ambiguidades (“do que estamos falando?”) e dar a dimensão (magnitude).

O descritor, entretanto, não explica: apenas descreve, mede, quantifica. Se bem formulado, corresponderá aos indicadores que, na fase de gestão, servirão para o monitoramento do Plano. (Antônio Cardoso, 2013).

Precisar ou descrever um problema consiste em dimensioná-lo, de modo a facilitar a construção e o monitoramento das ações de intervenção.

A descrição do problema expressa os “sintomas” do mesmo na forma de descritores, que verificam e informam a existência do referido problema, apontando suas cargas negativas.

O conjunto de descritores identificados deve ser necessário e suficiente para precisar o conteúdo do problema. Não deve se referir nem às causas nem às consequências dele.

Para testar se os descritores estão bem formulados e suficientes para descrever o problema, faz-se a pergunta: caso sejam eliminadas as cargas negativas dos descritores, o problema estará resolvido? Se a resposta for afirmativa, o problema está bem descrito. Caso contrário, é possível que esteja faltando algum descritor ou que os descritores escolhidos não sejam relevantes. Assim, não há um número de descritores definidos a priori.

Os descritores devem ser identificados pela letra “d”, seguida por um número de 1 a n. A descrição de um problema cumpre as seguintes funções (MATUS, 1993):

(i) fecha as distintas interpretações sobre o enunciado do problema em um só significado para os atores que o analisam, permitindo à equipe estar segura de que estuda um mesmo problema;

(ii) estabelece as evidências que dimensionam o problema – sua manifestação/existência;

(iii) expressa o problema, quantitativa ou qualitativamente, de forma que se possa monitorá-lo, especialmente quando são implementadas intervenções.

- 2º Movimento: identificando as causas que determinam o problema

Causa é aquilo que ocasiona um acontecimento ou faz com que uma coisa ou algo exista. É o princípio, origem, motivo, razão ou pretexto de tudo. (SILVA, 2015).

A árvore explicativa será construída a partir das respostas à seguinte pergunta: quais são as causas da evidência apontada pelo descritor 1 - d1? Essa pergunta deve ser feita para cada um dos descritores do problema. Ao responder a essa pergunta a

equipe identifica causas e começa a inter-relacioná-las. A seguir, deve-se encontrar a causa da causa e assim sucessivamente, até que o ator sinta-se contemplado e considere que as explicações encontradas representam adequadamente o problema.

- 3º Movimento: identificando as consequências do problema

Estabelecer as consequências do problema considerando cada descritor. As causas dão um panorama da magnitude do problema e o quanto a resolução desse problema pode ser valorizada.

- 4º Movimento: relacionando descritores, causas e consequências

Uma vez identificadas as causas e consequências conectadas aos descritores formulados, o ator que explica o problema deve relacioná-las.

As relações estabelecidas permitem a visualização de cadeias causais ou eixos explicativos do problema priorizado.

- 5º Movimento: identificando nós críticos

Uma vez construída a árvore explicativa, procede-se à identificação e seleção de causas-chave sobre as quais o ator deve e pode atuar, ou seja, identifica as causas que devem ser alvos de intervenção no plano de ação, chamadas de “nós críticos”.

Esse movimento é importante porque há diferentes tipos de causas. Dependendo da natureza de cada uma, o tipo de intervenção também será distinto.

Nesse sentido, a identificação de nós críticos favorece a distinção entre as causas, priorizando-as segundo alguns critérios que identificam os eixos explicativos prioritários e os pontos de maior possibilidade e potencial de intervenção.

Assim, o ator deve verificar quais são as causas que apresentam maior número de relações com outras e que sofrendo uma intervenção poderiam provocar mudanças positivas nos descritores aos quais estão relacionadas. Essas causas são chamadas nós críticos do problema.

Para Matus (1993), 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 (placar do jogo), 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)?

Se essas condições forem cumpridas simultaneamente, ou seja, as três questões forem respondidas afirmativamente, a causa deve ser selecionada como um “nó crítico”. A partir dos nós críticos identificados (também denominados de frentes de ataque) elaboram-se as ações (dentro da governabilidade do ator que explica o problema) ou as demandas de ação (fora da governabilidade) necessárias para a mudança dos descritores do problema, ou seja, o que pode ser feito para um determinado período de gestão.

4.4.3- Construção da Árvore Explicativa

Assistimos ao vídeo da série Circulando Saberes “Árvore Explicativa de Problemas”. Depois os grupos afinidades foram separados em salas para a confecção da árvore explicativa, a partir do problema priorizado: Deficiência de Integração entre a VISA/GO e a VISA/GYN. O grupo discutiu o que seria as causas, os descritores e as consequências. Tivemos algumas dúvidas em relação aos descritores. Então pedimos ajuda para a facilitadora Edna Covem. Após as explicações conseguimos dar continuidade ao trabalho.

Cada componente do grupo foi escrevendo nas tarjetas o que consideraria como causa, descritores e consequências. Se o grupo concordasse, pregávamos as tarjetas na árvore.

Problema: Deficiência de Integração entre a VISA/GO e a VISA/GYN.

Causas

- Baixa utilização do SINAVISA;
- Alta resistência de alguns atores;
- Deficiente orientação à população das ações e serviços que são executados pelas VISA/GO e VISA/GYN;
- Alta burocratização do fluxo de trabalho;
- Articulação deficiente entre ANVISA e MS;
- Falta de padronização das ações sanitárias entre a VISA/GO e a VISA/GYN;
- Baixo envolvimento da vigilância com o serviço do SUS;
- Deficiências estruturais (ausência/ deficiência de sistema informatizado compatível no município);
- Ausência de Grupos Técnicos permanentes para discussão dos problemas;
- Falta de compromisso/desinteresse Gestor- Servidor;

Descritores

- Baixa comunicação entre a VISA/GO e a VISA/GYN;
- Baixo conhecimento da população sobre as ações que são executadas pela VISA/GO e a VISA/GYN;
- Pouca inserção da VISA no SUS;

Consequências

- Deficiência de definição de atribuições;
- Baixo conhecimento do fluxo de trabalho entre a VISA/GO e a VISA/GYN;
- Letargia na comunicação do risco sanitário;
- Demora na resolução do problema do usuário;
- Sobreposição das ações;
- Discrepâncias das exigências;
- Prejudica a promoção da saúde/proteção.

Após discussão das inúmeras causas, descritores e consequências foram eleitos seis nós críticos:

- (1) Baixa utilização do SINAVISA;
- (2) Deficiente orientação à população das ações que são executadas pela VISA/GO e a VISA/GYN;
- (3) Ausência de GT's permanentes para discussão dos problemas;
- (4) Falta de padronização das ações sanitárias entre VISA/GO e a VISA/GYN;
- (5) Falta de compromisso/desinteresse do Gestor;
- (6) Baixo envolvimento da VISA no SUS.

Dentre esses seis nós críticos elegidos, foi consenso do grupo que o nó crítico mais relevante era a falta de padronização das ações sanitárias.

Nó crítico: Falta de padronização das ações sanitárias.

4.5- Construindo o plano de intervenção

Após a identificação do problema “Deficiência de Integração entre a VISA/GO e a VISA/GYN” foram elencados pelo grupo 6 nós críticos, sendo identificado como prioridade de intervenção o nó crítico que se refere à falta de padronização das ações sanitárias. Como metodologia de intervenção se faz necessário o desenho de um plano de ação. Existem diversas ferramentas que apoiam a elaboração do plano e a escolha do grupo foi o Planejamento Estratégico simplificado (PES simplificado),

que será abordado detalhadamente no item 5. Proposta de Intervenção.

4.6- Viabilidade do plano de ação

A análise de viabilidade representa o Momento Estratégico do PES da construção do plano de ação, onde se revisita o projeto para se apropriar do plano e realizar os ajustes necessários estabelecendo estratégias que propiciem a sua execução.

Como o grau de incerteza e imprevisibilidade estão sempre presentes, eles precisam compor os cálculos estratégicos. A partir dessa previsão, “viabilidade significa a construção de possibilidades e alternativas que nos permitam produzir mudanças na realidade” (CALEMAN et al., 2016).

As ações que dependem exclusivamente do ator que planeja são consideradas mais simples e viáveis, as que dependem de outros atores ou variáveis podem oferecer maiores dificuldades para a execução ou gerar conflitos. Considerando que o ator que está planejando não possui controle sobre todos os recursos necessários à execução do seu plano, ele deve identificar quais os atores que controlam os “recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano” (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Conforme levantamento dos atores sociais foram considerados relevantes para análise de viabilidade do PA: ANVISA, Secretário SES, Superintendente VISA/GO, Gestores e Coordenadores VISA/GO, Secretário SMS Goiânia, Diretor VISA/GYN, Gerentes e Coordenadores da VISA/GYN e Servidores.

Identificados os atores, faz-se a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos, atribuindo-se o valor e o interesse de cada um às ações planejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O interesse é pontuado com sinais a favor (+), contra (-) e indiferente (0); já o valor é dimensionado em alto (A), médio (M) ou baixo (B).

Aplicando-se a matriz de análise de motivação dos atores sociais podemos distinguir as operações de conflito viáveis das não viáveis. “Com relação às não viáveis é necessária a construção de estratégias especialmente se tais operações têm um papel fundamental na viabilização do plano como um todo” (ARTMANN, 2000, p.).

Na matriz avaliada para esse projeto se verificou que a ação que pode oferecer mais conflitos é “implementar procedimentos harmonizados de trabalho em VISA na área de fabricação de medicamentos, insumos e produtos para a saúde”, pois conta com interesse indiferente dos secretários estadual e municipal de saúde e do diretor

da VISA/GYN, além de interesse negativo e valor médio dos gerentes e coordenadores da VISA/GYN e dos servidores envolvidos.

Segundo Matus (1993) é possível utilizar alguns meios táticos e estratégicos para dar viabilidade às ações planejadas de forma a alcançar o apoio de atores que não estão totalmente motivados, tais como: imposição, persuasão, negociação cooperativa, negociação conflitiva e confrontação. E deve-se considerar também os recursos necessários e quem os controla (CALEMAN et al., 2016).

Avaliando a matriz de análise de estratégias de viabilidade, segundo as ações conflitivas, foi possível verificar os recursos técnicos, políticos, econômicos e organizacionais derivados de cada ator social e estabelecer como estratégia comum a todos os atores envolvidos a apresentação das fragilidades causadas pela falta de padronização das ações de VISA para a área de fabricação de medicamentos, insumos e produtos para a saúde.

4.7 - Gestão do plano – Monitoramento e Orçamento

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 (CALEMAN et al., 2016):

- (i) coordene e acompanhe a execução das ações;
- (ii) promova a comunicação e integração dos envolvidos;
- (iii) faça as correções de rumo necessárias; e
- (iv) garanta que ele seja efetivamente implementado.

A construção da matriz de Gestão do Plano foi desenvolvida por meio de quatro movimentos abaixo apresentados.

- 1º Movimento: Classificação das ações, quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a precedência (Quadro 3).

Quadro 3 – Matriz de Gestão do Plano desenvolvida pelo Grupo GAF-1.

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
1. Criar GT Permanente	Média	Alto	Gestores SES e SMS;	90 dias	Político Técnico Humano	1

com composição de técnicos do Estado e Município, para padronização das ações de VISA.			Membros do GAF-1			
2. Harmonizar a interpretação das legislações sanitárias para fabricantes de medicamentos, insumos e produtos para saúde.	Média	Alto	GT Permanente	150 dias	Político Técnico Econômico Organizacional	3
3. Implementar na esfera municipal os procedimentos harmonizados de trabalho em VISA na área de medicamentos, insumos e produtos para saúde.	Alta	Alto	GT Permanente	150 dias	Político Técnico Organizacional	2

- 2º Movimento: Construção da matriz de monitoramento do plano. Entretanto, como as ações propostas pelo grupo GAF-1 ainda não começaram a ser executadas não foi construída a matriz de monitoramento do plano, considerando as variáveis propostas por Coleman et al. (2016): Concluída – C; Não concluída – NC; Em andamento – EA.
- 3º Movimento: Construção do cronograma de acompanhamento da implementação das ações (Quadro 4).

Quadro 4 - Cronograma de acompanhamento da implementação do plano de

ação.

Ações*	2017												2018						
	JA N	FE V	M AR	AB R	M AI	JU N	J UL	AG O	SE T	O UT	N OV	D EZ	JA N	FE V	MA R	A B R	M AI	JU N	
1	15/01			15/04															
2				16/04				15/09											
3								15/09						15/09					

*As ações foram descritas no Quadro 3 anteriormente descrito.

- 4º Movimento: Construção da Planilha Orçamentária das Ações/Atividades que demandam recursos econômicos (Quadro 5).

Quadro 5 – Planilha de orçamento estimado para a implementação do plano de ação.

Ações*	Data Inicial	Data Final	Despesas de Custeio +	Despesas de Investimento	TOTAL
1	15/01/17	15/04/17	-	-	-
2	16/04/17	15/09/17	-	-	-
3	16/09/17	15/02/18	R\$ 20.000,00	-	R\$ 20.000,00

*As ações foram descritas no Quadro 3 anteriormente descrito. +Valores estimados.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação é o resultado da execução do planejamento estratégico, pois é o documento que traduz em diretrizes, programas, ações estratégicas e projetos o que foi definido durante o processo de elaboração do planejamento. A elaboração do plano de ação é etapa fundamental do planejamento para execução do presente projeto aplicativo, o plano foi realizado por meio do desenho das atividades a serem desenvolvidas, da análise do seu impacto sobre o nó crítico, da definição de responsabilidades, dos recursos, e resultado esperado de cada ação. Porque segundo Matus (1996), deve-se atuar sobre cada nó crítico, pois apenas com a sua mudança se poderá alterar o vetor de descrição do problema que escolhemos enfrentar.

Para atuar sobre o problema, se faz necessário formular algumas operações, que são as ações capazes de modificar o estado de algum nó crítico e, assim, produzir impacto sobre os descritores do problema. A capacidade de intervenção no problema constitui fator de sucesso ou insucesso do Planejamento. A solução de um problema depende de seu correto entendimento e da formulação de um modelo adequado para interpretá-lo. Do contrário, arrisca-se a tratar apenas dos sintomas, sem erradicar as suas causas, ou resolvê-lo apenas parcialmente (IIDA, 1993).

Segundo Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), o Método PES trabalha com a complexidade da realidade e admite que não há um conhecimento único e que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, sendo assim parcial e múltiplo. O outro diferencial que apresenta em relação ao método tradicional é a abordagem de outras dimensões além da econômica, como poder, capacidade administrativa e conhecimento. Neste sentido, na matriz do Plano de ação deste Projeto Aplicativo foram identificados todos os parceiros e opositores de cada ação proposta, de forma que, sejam trabalhadas as interferências de cada um destes atores, foram estabelecidos ainda indicadores que possibilitarão que a execução das atividades propostas no plano possam ser monitoradas durante o seu curso.

Conforme preconizado pelo MS no documento Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS de 1999, a concepção metodológica do planejamento com enfoque estratégico tem como premissa fundamental estabelecer a relação entre o contexto ou cenário e os atores sociais que nele atuam para elaboração de um plano possível de ser implementado com sucesso.

Para Rieg e Araújo Filho (2002) são três as características básicas do Planejamento Estratégico Situacional. A primeira delas é que, no PES, planeja-se a partir de problemas e não a partir de objetivos, como ocorre nas metodologias convencionais de planejamento. Assim, primeiramente, busca-se entender, sob a ótica

dos envolvidos com a problemática em questão, quais são os elementos que a constituem e as suas causas, para, então, se estabelecer um plano de ação para solucioná-la. A segunda característica do PES é a subjetividade. O PES aborda o mundo real de forma subjetiva, voltando-se para as percepções e pontos de vista dos indivíduos envolvidos com a situação problemática sob investigação, com o intuito de identificá-la e analisá-la. A terceira característica básica do PES é que ele reconhece que o futuro é incerto e que por isso não se pode predizê-lo. Portanto, ele não prediz o futuro, e sim tenta criá-lo a partir das possibilidades que o indivíduo que declara o problema consegue visualizar. Por sua vez, cada uma dessas possibilidades sobre o futuro é chamada de cenário, no qual o plano gerado no PES irá ser implementado, caso ele ocorra. Relata ainda que o PES pode ser subdividido em quatro momentos mostrados na Figura 1.

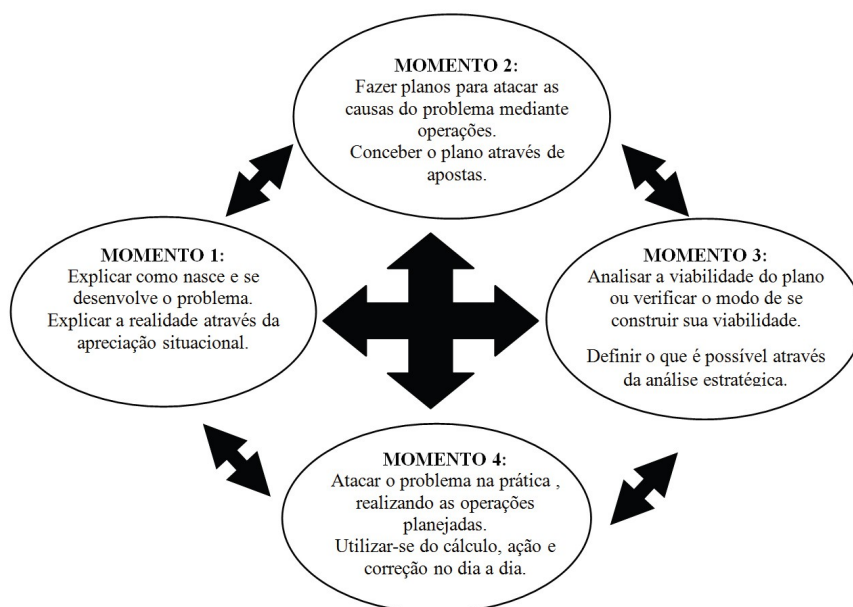


Figura 1: Os quatro momentos do PES (RIEG, 1999, p. 18).

Considerando o nó crítico da “Falta de Padronização das Ações Sanitárias entre a VISA/GO e a VISA/GYN” foram propostas três ações (Tabela 2):

- (1) A criação de um GT Permanente para padronização das ações de VISA composto por servidores das duas esferas de atuação;
- (2) Harmonização da Interpretação das legislações sanitárias para fabricantes de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde;
- (3) Implementação de Procedimentos Harmonizados de trabalho.

A criação de um GT Permanente para padronização das ações de VISA no Estado de Goiás vem ao encontro com a necessidade institucionalizada em nível tripartite pelo SNVS por meio da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 34, DE 8 de julho de 2013, a qual institui os procedimentos, programas e documentos padronizados, a serem adotados no âmbito do SNVS, para padronização das atividades de inspeção em empresas de medicamentos, produtos para a saúde e insumos farmacêuticos e envio dos relatórios pelo sistema CANAIS.

Vale salientar ainda que houve a inclusão dos procedimentos propostos abaixo no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), o qual tem por finalidade servir como fonte de dados que poderão ser utilizados tanto pelos gestores em nível estadual quanto pela ANVISA, enquanto coordenadora do SNVS, com o objetivo de verificar o nível de implementação do SGQ nos órgãos que executam atividades de inspeção nas indústrias de produtos de interesse à saúde:

(1) internalização dos procedimentos (POPs) harmonizados em nível tripartite, cujo objetivo será medir o grau de implementação dos procedimentos operacionais padrão harmonizados em nível tripartite pelas autoridades competentes, relacionados às atividades de inspeção em estabelecimentos fabricantes dos produtos de interesse à saúde, utilizando como método de cálculo o número de procedimentos harmonizados em nível tripartite aplicáveis às atividades de inspeção nos respectivos estabelecimentos fabricantes;

(2) realização de auditorias internas, cujo objetivo será medir o grau de implementação do procedimento harmonizado de Auditorias Internas nos Departamentos responsáveis pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes dos produtos de interesse à saúde, utilizando como método de cálculo a quantidade de auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes dos respectivos produtos;

(3) envio de relatórios de inspeção à ANVISA, cujo objetivo será medir o grau de encaminhamento dos relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes dos produtos de interesse à saúde pelas autoridades competentes, dentro de um prazo adequado e por meio do sistema informatizado harmonizado, utilizando como método de cálculo o número de relatórios de inspeção de Estabelecimentos Fabricantes dos respectivos produtos, encaminhados via Sistema CANAIS dentro de 30 dias após sua emissão.

Tabela 2: Consolidado do Plano de Ação proposto pelo GAF-1
PLANO DE AÇÃO

Macroproblema: Deficiência de integração intra e inter setorial da VISA e com a População
 Problema: Deficiência de integração entre a VISA do Estado de Goiás e a VISA do município de Goiânia
 Nó crítico: Falta de padronização das ações sanitárias entre VISA Estadual e VISA do município de Goiânia

Resultado esperado	Ações	Atividades	Resp.	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Grupo Técnico implantado	Criar Grupo Técnico permanente com composição de técnicos do Estado e Município, para padronização das ações de VISA.	-Elaborar minuta com definição dos membros, objetivos e competências do Grupo Técnico; -Apresentar proposta de instituição do GT para padronização de ações aos gestores da VISA Estadual e Municipal; - Acompanhar a edição da Portaria de criação do GT; - Acompanhar a definição do calendário de reuniões para elaboração de Notas Técnicas para Padronização das ações de VISA.	Eliane/ Rodrigo Eliane Glória Danielle	ANVISA SES/SMS/ SUVISA/ VISA municipal. Superintendente, Diretores Demais gestores de VISA.	Servidores da VISA	-Portaria Publicada; -Nº. de reuniões realizadas e n.º. reuniões programadas.	-Recursos humanos -Local para reuniões do GT.	90 dias
Notas Técnicas harmonizadas das legislações sanitárias pertinentes	Elaborar notas técnicas padronizando as ações de VISA para fabricantes de medicamentos, insumos e produtos para saúde.	- Monitorar a realização de reuniões para elaboração da minuta de proposta de padronização das ações de VISA. - Apresentar proposta para deliberação e aprovação dos gestores de VISA. - Acompanhar a publicação da Nota Técnica com a padronização das ações. - Promover fórum de discussão entre os técnicos de VISA das áreas de medicamentos, insumos e produtos para saúde.	Cecília Eliane Adriana Ludmilla	ANVISA SES SMS SUVISA VISA municipal.	Servidores da VISA	-Notas técnicas publicadas.	-Recursos humanos -Local para reuniões do GT.	150 dias
Ações sanitárias padronizadas entre as VISA estadual e municipal	Implementar na esfera municipal os procedimentos harmonizados de trabalho em VISA na área de medicamentos, insumos e produtos para saúde.	- Realizar evento com profissionais de VISA do Estado e Município para apresentação das notas técnicas de padronização. - Acompanhar a Realização de capacitação dos fiscais para aplicação dos procedimentos harmonizados. - Verificar o monitoramento dos relatórios de fiscalização, realizados de acordo com os procedimentos harmonizados, e revisados pelos entes.	Paula Rosemary Eliane/ Lorena	ANVISA SES SMS SUVISA VISA municipal	Servidores da VISA	- Nº. de inspeções realizadas cumprindo os procedimentos harmonizados; - Nº. de profissionais capacitados.	-Recursos humanos -Local para reuniões do GT.	150 dias

Para que os resultados do trabalho de harmonização dos procedimentos de inspeção sejam efetivamente concretizados é imprescindível adoção destes por todos os entes do SNVS que realizam a inspeção, e a criação do GT Permanente para Padronização das ações de VISA no Estado de Goiás tem como propósito estabelecer um canal de interlocução entre os entes estadual e municipal para concretizar esta harmonização. A importância da padronização dos serviços implica também na melhoria da continuidade da gestão que se mantém dentro de padrões de melhores práticas mesmo em momentos mais delicados como a troca de gestores.

Cabe destacar, ainda, que o esforço de integração e harmonização das ações necessariamente inclui a sensibilização dos principais atores envolvidos, a saber os servidores públicos envolvidos no processo de inspeção sanitária, para tanto estes atores tidos como opositores no plano de ação, serão abordados por meio da realização de evento de apresentação e capacitação para aplicação dos procedimentos harmonizados.

O POP é uma ferramenta muito simples que compõe a área da qualidade de determinado segmento e possui uma grande importância dentro da organização, pois seu objetivo básico é o de garantir, mediante uma padronização de práticas, os resultados esperados por cada tarefa executada, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade. Para Lima (2005), o POP tem como objetivo a busca pela normalização do processo ou atividade, ou seja, fazer com que pessoas que executam a mesma tarefa façam de forma inalterável, ou seja, qualquer pessoa treinada e apta a interpretar o POP irá exercer tal tarefa sempre da mesma forma.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do PA constituiu-se em um grande desafio para a equipe. Isso ocorreu devido à metodologia adotada (metodologias ativas de ensino-aprendizagem); à utilização das ferramentas do PES, as quais uma parte dos integrantes não estava familiarizada; e pela necessidade de elaborar um projeto potente, factível e viável.

A metodologia ativa de ensino e aprendizagem propiciou que a equipe GAF 1 utilizasse os seus princípios de reflexão, ação e reflexão para compreender os impactos da deficiência da integração entre as VISAs e buscar soluções para a mesma.

Pretende-se atingir o objetivo principal desse projeto, dando início a uma nova fase de atuação das VISAs em questão, com o fortalecimento das ações, seja pela equalização dos procedimentos e interpretações, seja pela melhoria da comunicação em VISA, tanto interna quanto externamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local**. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 1.ed. – Brasília : Anvisa, 2007.

BRASIL. CRFB. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 out. 2016.

BRASIL. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 132 p.

BRASIL. **Lei N°. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 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.

CAMPOS, G.W.S; MEHRY, E.E; NUNES, E (orgs). **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

COSTA, E.A. Fundamentos da vigilância sanitária. **Vigilâncias Sanitárias: Temas para debates** / Edná Alves Costa (org.), Fernando Aith, Laurindo Dias Minhoto [et al.]. - Salvador: EDUFBA, 2009. p. 11-35.

CHORNY, A.H; KUSCHNIR, R; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde: texto para fixação de conteúdos e seminário**. [S.l.]: [s.n.], 2008.

IIDA, I. **Planejamento estratégico situacional**. Prod., São Paulo, v.3, n.2, p.113-125, Dec. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365131993000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 de Outubro 2016.

LACERDA, J.T.; BOTELHO, L.J., COLUSSI, C.F. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

LIMA, R. **“Procedimento Operacional Padrão” - A importância de se padronizar tarefas nas BPLC**. Curso de BPLC – Belém, 2005.

LUCHESE, G. A vigilância sanitária no sistema único de saúde. In: DE SETA, MARISMARY H.M; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G. O’D. **Gestão e vigilância sanitária**:

modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006. p.33-47.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo.** Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. **Adeus, senhor Presidente. Governantes governados.** São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MAGAJEWSKI, F. Mapeando a situação: atores sociais, seus valores e interesses. **História do Planejamento e Modelos Teóricos do Planejamento.** CEPOPSA, 2013. Disponível em: < <http://amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/57-esp-planejamento-saude?download=991:mapeando-a-situacao-atores-sociais-seus-valores-e-interesses&start=40>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MS. ANVISA. **RDC Nº 34, DE 8 de julho de 2013.** Institui os procedimentos, programas e documentos padronizados, a serem adotados no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), para padronização das atividades de inspeção em empresas de medicamentos, produtos para a saúde e insumos farmacêuticos e envio dos relatórios pelo sistema CANAIS. Brasília: DF. 2013.

O'DWYER, G.; REIS, D.C.S.; SILVA, L.L.G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-60, nov. 2010.

OPS-OMS. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.** Publicación Científica nº 111. Washington: CENDES-Venezuela, 1965.

RANGEL, S.M.L. Comunicação em vigilância sanitária. In COSTA, E.A., org. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 153-170.

RIEG, D. L.; ARAÚJO FILHO, O. Uso das metodologias “planejamento estratégico situacional” e “mapeamento cognitivo” em uma situação concreta: o caso da prorrogação de extensão da UFSCar. **Gestão & Produção**, v. 09, n. 2, p. 163-179, 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2002000200005>.

SANTOS, L. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos o SUS. In: **Interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros** / Lenir Santos, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. – Campinas, SP: Instituto de Direito Aplicado: CONASEMS, 2007.

SILVA, L.S. **A Importância do Planejamento Sistêmico das Ações do SUS.** Telessaúde Mato Grosso, 2015. Disponível em: < <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2100>>. Acesso em: 17 out. 2016.

TANCREDI F.B., BARRIOS, S.R.L., FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde.** São Paulo: Ed. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

APÊNDICES



Figura 1- Eleição de três desconfortos/inquietudes em relação à realidade de cada participante do GAF-1

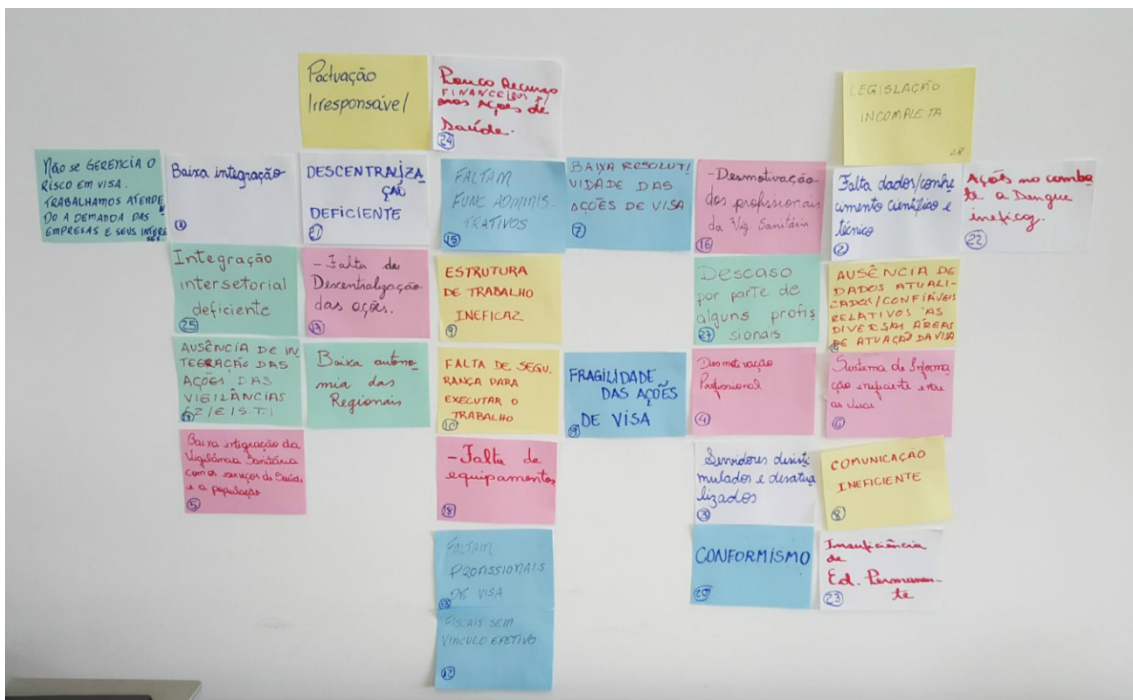


Figura 2- Conjunto de desconfortos/problema levantados pelo Grupo GAF-1

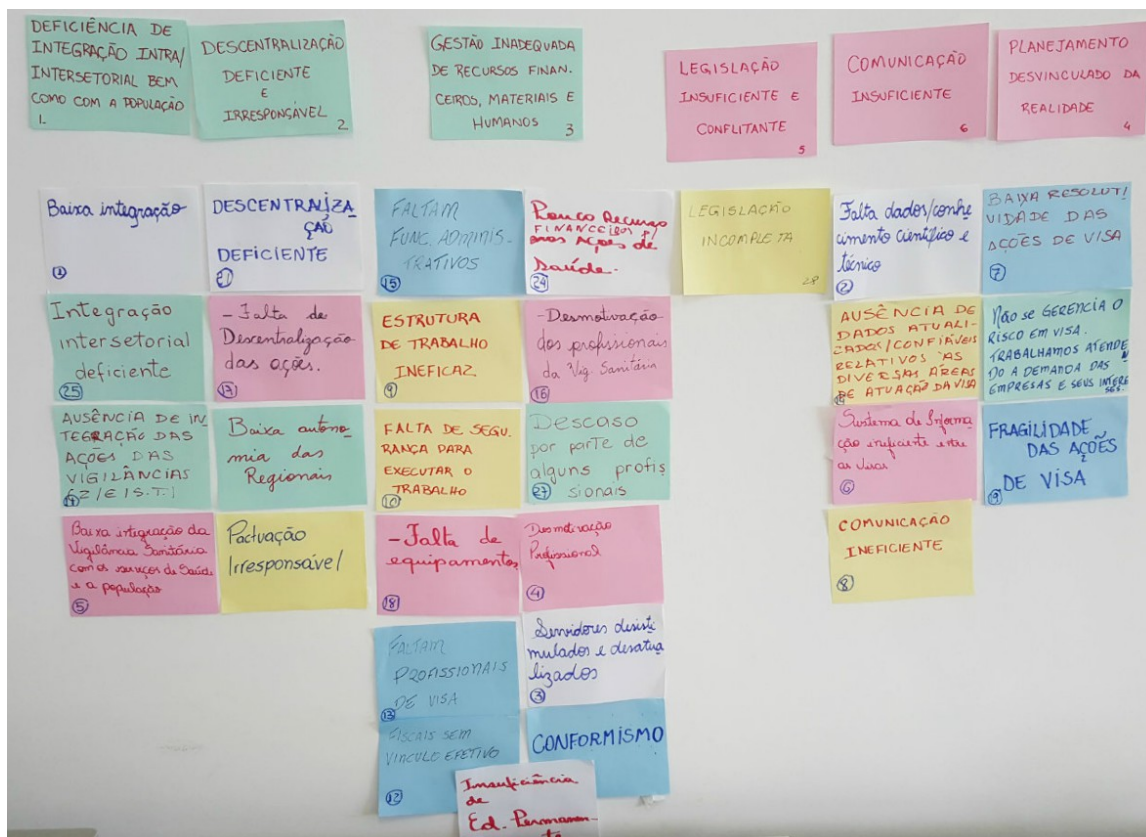


Figura 3 – Macroproblemas identificados pelos membros do GAF-1

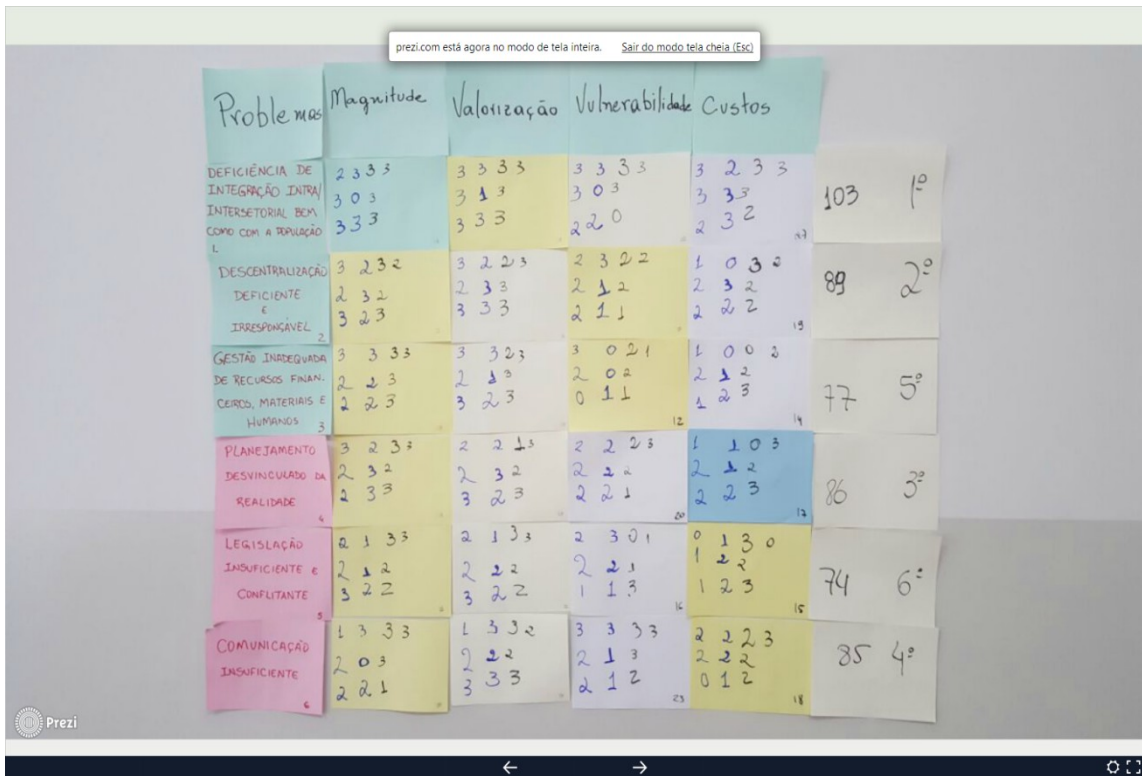


Figura 4 – Construção da Matriz Decisória para escolha do problema a ser priorizado

AUSÊNCIA DE INTEGRAÇÃO EN. TRES AS VISAS

PROBLEMA

BAL

ATORES	VALOR	Interesse	TOTAL
CONSELHO DE SAÚDE MUNICIPAL	ALTO	-	
CONSELHO DE SAÚDE ESTADUAL	MÉDIO	+	
CONSELHO DE SAÚDE FEDERAL	BAIXO	NEUTRO	
SECRETÁRIO DE SAÚDE MUNICIPAL	ALTO	+	★
SECRETÁRIO DE SAÚDE ESTADUAL	ALTO	+	★
GESTOR SUVISA FEDERAL	MÉDIO	+	
GESTOR SUVISA ESTADUAL	ALTO	+	★
GESTOR SUVISA MUNICIPAL	ALTO	+	★
PREFEITOS	ALTO	-	
(secretários) e GESTORES DAS REGIONAIS DE SAÚDE (SERNAE)	ALTO	+	★

Figura 5 – Identificação dos atores sociais



Figura 6: Árvore explicativa desenvolvida pelo GAF-1 para eleição do nó crítico



Figura 7 – Processo de elaboração do Plano de Ação

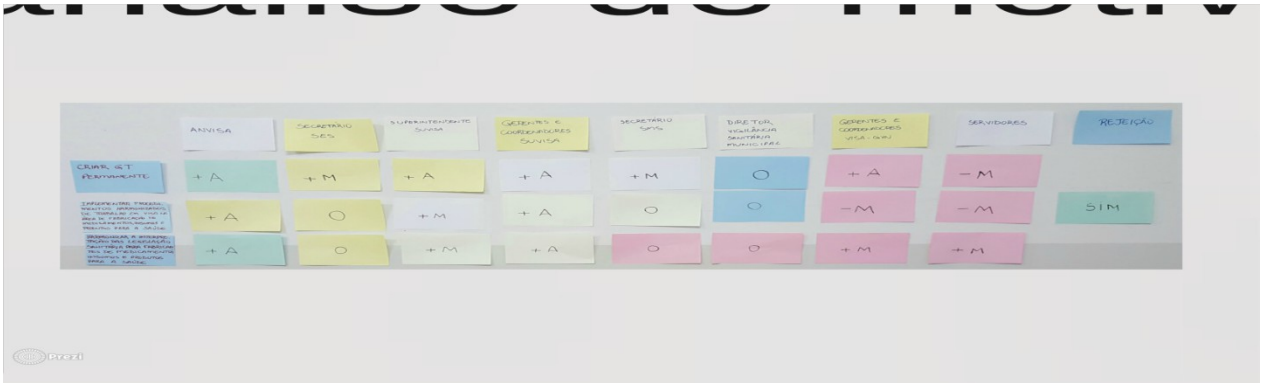


Figura 8 – Análise da viabilidade do Plano de Ação. Matriz de análise de motivação

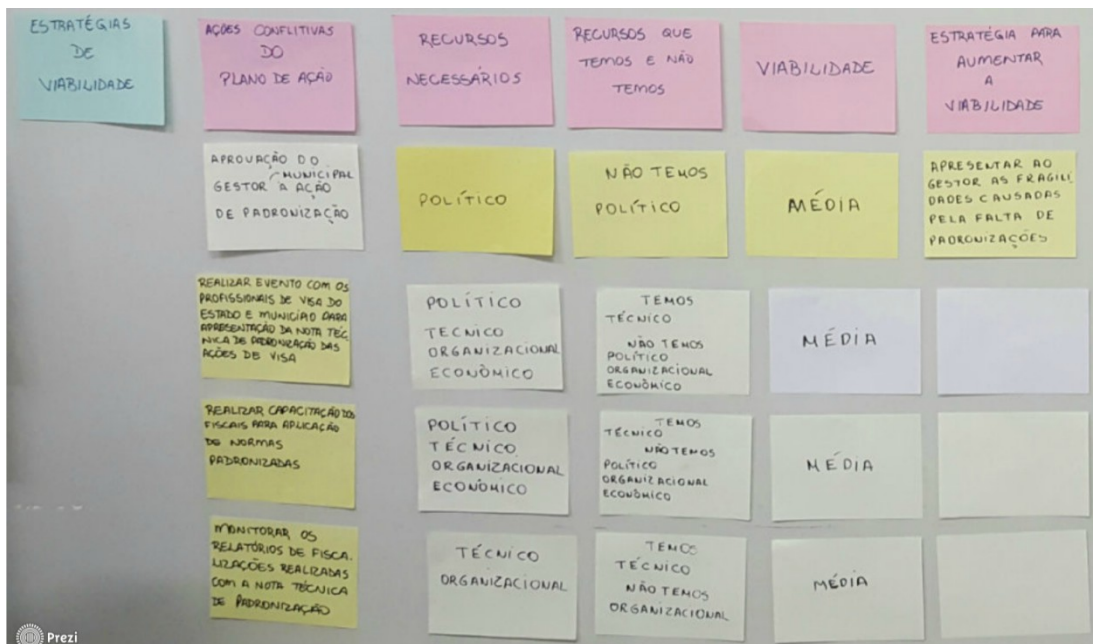
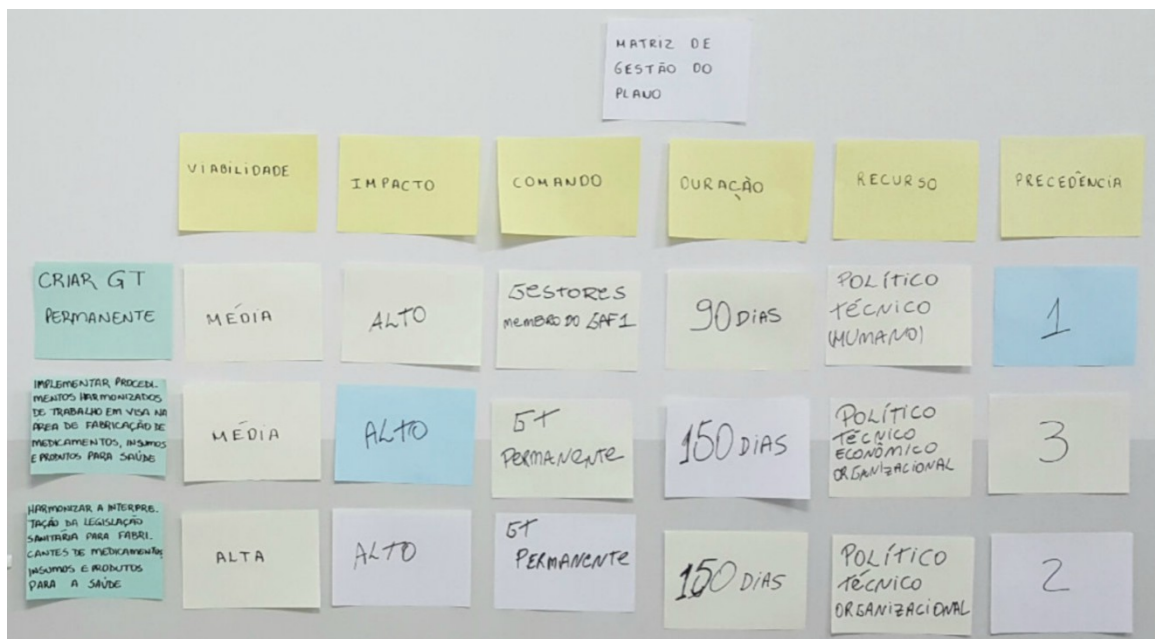


Figura 9 – Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Figura 10 – Matriz de gestão do Plano



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PIAUÍ
INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROJETO APLICATIVO
INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE LICITAÇÃO DE SERVIÇOS DE HIGIENE E LIMPEZA
VISANDO A UTILIZAÇÃO ADEQUADA DE SANEANTES EM ÁREA CRÍTICA DE UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PIAUÍ CONFORME A
LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE

TERESINA
2016

Adriana Karla Gomes de Moura Silva Freitas
Beatriz da Silva Carvalho
Juliana Raulino de Almeida Machado
Lilian Glayce Santos
Marcos Paulo Vasconcelos Gonçalves
Marielza Mesquita da Silva
NayaneCristina Santos de Alcântara
Rosania Maria de Araújo Oliveira

PROJETO APLICATIVO
INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE LICITAÇÃO DE SERVIÇOS DE HIGIENE E LIMPEZA
VISANDO A UTILIZAÇÃO ADEQUADA DE SANEANTES EM ÁREA CRÍTICA DE UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PIAÚÍ CONFORME A
LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE

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

Orientador: Márcio Dênis de Medeiros Mascarenhas

TERESINA
2016

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	3
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	3
3. FUNDAMENTAÇÃO	4
4. IDENTIFICAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	5
5. OBJETIVOS	11
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	11
7. VIABILIDADE	15
8. GESTÃO DO PLANO	16
REFERÊNCIAS	21

1. APRESENTAÇÃO

O curso de especialização em Gestão da Vigilância Sanitária foi elaborado pela ação conjunta do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital SírioLibanês e O Ministério da Saúde, como parte de uma política de saúde voltada à formação de profissionais mais comprometidos e participativos para trazer melhorias na realidade dos serviços voltados à assistência de saúde direta ou indireta, bem como na melhor articulação dos segmentos produtivos e consumidores de forma segura e responsável.

As turmas são compostas por gestores, técnicos e profissionais de saúde das Vigilâncias Sanitárias Municipal, Estadual e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além de profissionais de saúde que atuam em atividades assistenciais e gestão intermediária de serviços de saúde estaduais e municipais.

O Curso de Gestão da Vigilância Sanitária tem por objetivo contribuir para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária através da qualificação das equipes de trabalho em Vigilância Sanitária para a Gestão, Atenção e Educação em Saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) dispõe de um instrumento norteador das ações nas três esferas de atuação governamentais, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), que resulta de um esforço em conjunto de diversos atores do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de fortalecer e consolidar o SNVS. Os eixos de atuação deste plano são:

EIXO I - Organização e gestão do SNVS, no âmbito do SUS;

EIXO II - Ação regulatória: vigilância de produtos, serviços e ambientes;

EIXO III - A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde;

EIXO IV - Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; e

EIXO V - Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

O setor de serviços de limpeza e conservação apresenta um mercado bastante pulverizado, com milhares de empresas atuando nesse segmento. Grande parte das empresas ligadas ao setor de limpeza e conservação também executa outras atividades, tais como serviços de recepção, copeiragem, jardinagem, apoio administrativo, entre outras.

Além disso, observa-se que há problema de assimetria de informações entre os atores desse mercado, tanto da parte dos tomadores, quanto dos prestadores desses

serviços. Com base nisto, a expedição de um conjunto de instrumentos normativos, dentre eles as Instruções Normativas e Portarias, tem o propósito de orientar melhor as unidades gestoras na sua atuação com os fornecedores.

Considerando os efeitos adversos ao meio ambiente causados pela manipulação de químicos saneantes e descarte dos serviços, a escolha dos materiais e da gestão pode melhorar o nível de sustentabilidade no momento da contratação de empresas de serviços de limpeza.

A contratação dos serviços de limpeza deve prever, nas especificações técnicas ou obrigações da contratada, mecanismos de implementação da sustentabilidade que estimulem e favoreçam, por exemplo, o uso de produtos e processos com menor impacto ambiental, evitando produtos alergênicos e irritantes para o consumidor, utilização de produtos naturais, equipamentos que causem menor incômodo e sejam mais eficientes, entre outros.

O órgão responsável pela contratação deverá exigir da contratada a implementação de ações que reduzam a exposição de ocupantes do edifício e funcionários de manutenção, a contaminantes de partículas químicas e biológicas potencialmente perigosas, que possam impactar negativamente a qualidade do ar, a saúde, os sistemas de edifícios e o meio ambiente.

3. FUNDAMENTAÇÃO

Saneantes são substâncias ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação de ambientes e superfícies e ao tratamento de água, incluindo inseticidas, raticidas, desinfetantes e detergentes, que devem ser formuladas com substâncias que não apresentem efeitos comprovadamente mutagênicos, teratogênicos ou carcinogênicos em mamíferos e são classificados de acordo com o grau de risco, a destinação/restrição e finalidade de uso (SANTOS, 2011).

O desenvolvimento de resistência bacteriana representa um constante desafio em todo o mundo. A presença de microrganismos resistentes a antissépticos e desinfetantes pode ser resultado do uso indiscriminado destes produtos no ambiente hospitalar. Este problema tornou-se evidente em instituições de saúde, sendo agravado ao se identificar um aumento da resistência de microrganismos na comunidade pelo uso inadequado de antissépticos e desinfetantes (REIS, 2011).

4. IDENTIFICAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Um dos pontos de partida da Espiral de aprendizagem/crescimento pessoal/crescimento profissional do curso é o desenvolvimento de um Projeto Aplicativo (PA), um trabalho coletivo produzido a partir da análise do contexto da atividade profissional comum aos participantes do grupo afinidade. Neste grupo estão profissionais que atuam em serviços de saúde (hospitais) da rede pública de Teresina, sendo dois estabelecimentos municipais (Hospital de Urgências de Teresina Professor Zenon Rocha-HUT e Maternidade Wall Ferraz-MWF) e um serviço estadual (Hospital Getúlio Vargas - HGV).

Durante as oficinas, os problemas percebidos pelos integrantes do grupo foram compartilhados e identificaram-se os desconfortos que permeiam a prática profissional de cada um. Após discussão o consenso levou à escolha do macroproblema e microproblemas listados a seguir:

- Macroproblema
 - Produção, disseminação e uso de conhecimento técnico-científico incipientes.
- Microproblemas
 - Falta de padronização de produtos e materiais;
 - Falta de governabilidade de hospitais sobre as empresas terceirizadas; e
 - Fiscalização de limpeza insuficiente.
- Demarcação do problema para intervenção:
 - Técnicas de uso e manipulação de saneantes em áreas críticas em não conformidade com a legislação sanitária brasileira;
 - Falta de padronização dos produtos saneantes na rede hospitalar pública de Teresina;
 - Dificuldade de fiscalização desde aquisição, manuseio dos produtos e disposição final das embalagens.

Após discussão e consenso do grupo afinidade e orientação do facilitador, chegou-se ao nó crítico que acarreta os problemas anteriormente listados: dissociação entre equipe de elaboração de contratos e equipes operacionais. O resultado disto é a elaboração de contratos genéricos sem especificação de padrões para produtos saneantes e processo de trabalho, bem como de capacitação desejável aos profissionais da limpeza, permitindo a adoção de compostos químicos com ação saneante subótima seja por armazenamento, diluição ou modo de utilização destes insumos.

No cotidiano verifica-se que, apesar das normativas vigentes que regem contratos de prestação de serviço público-privados e a orientação de que os profissionais executores da

limpeza sejam capacitados nos departamentos com pessoal sem a devida qualificação para o correto manuseio dos produtos saneantes e a execução das atividades inerentes à limpeza e desinfecção de superfícies nas diversas áreas o ambiente hospitalar.

No estado do Piauí a Política Nacional de Segurança do Paciente e as Ações de Controle de Infecção vem historicamente sendo implementada à medida que a ANVISA dita as normativas pertinentes ao tema. Entretanto, ainda não se encontram em todas as instituições de saúde do estado Comissões de Controle de Infecção e Núcleos de Segurança do Paciente atuando. A portaria SESAPI Nº 679/2016, de 12 de abril de 2016, legaliza no Estado os objetivos da Portaria MS Nº 529, de 1º de abril de 2013. Estes documentos normatizam a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) através da adoção de estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, possibilitando a promoção da mitigação da ocorrência de Eventos Adversos (EA).

Na publicação “Cartilha Vigilância Sanitária e Licitação Pública” (ANVISA, 2013), exalta-se que o cuidado com a regularidade sanitária de produtos e serviços é uma etapa importante no processo de trabalho de secretarias municipais e estaduais de saúde e dos gestores de hospitais e de outras instituições que prestam assistência à saúde. Embora a vigilância sanitária regule e controle o mercado quanto aos riscos, uma parcela dessa tarefa cabe a quem efetivamente faz as opções, ao adquirir produtos e serviços em situação regular e de qualidade. A cartilha objetiva disseminar subsídios técnicos para tais escolhas, oferecendo apoio aos responsáveis do setor público para que identifiquem com maior tranquilidade a situação dos candidatos a fornecedores quanto à regularidade junto aos órgãos que se ocupam da avaliação do risco e da qualidade.

A Administração Pública lança mão de processo licitatório para aquisição de produtos e serviços por não poder comprar diretamente de acordo com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (e suas alterações) e da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Os princípios da licitação são: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Igualdade, Publicidade, Probidade Administrativa, Vinculação ao instrumento convocatório e Julgamento objetivo,

O serviço de escolha para aplicação do PA foi uma maternidade municipal 100% SUS, com 48 leitos obstétricos e 20 leitos neonatais. No somatório de todos os partos realizados em maternidades municipais observa-se aumento progressivo entre 2013 e 2015: no ano de 2013 foram feitos 4.026 partos, em 2014 o número passou para 5.407 e de janeiro a novembro de 2015 foram realizados 5.137.

Para identificação e detalhamento dos problemas e atores envolvidos, utilizou-se os Termos de Referência 2 (Identificando Problemas), 3 (Priorizando Problemas), 4 (Identificando Atores Sociais) e 5 (Explicando Problemas) como instrumentos de estudo.

MATRIZ DECISÓRIA I

Problema	Valor	Interesse	Nota	Ordem de prioridade
Falta de padronização dos produtos saneantes na rede hospitalar pública de Teresina	Alto	Positivo	78	1º
Dificuldade da fiscalização desde a aquisição, manuseio dos produtos até a disposição final	Médio	Positivo	64	3º
Falta de capacitação dos profissionais executores da limpeza	Alto	Positivo	76	2º
Dificuldade de gestão de contratos com as empresas terceirizadas	Médio	Positivo	58	4º

MATRIZ DECISÓRIA II

Problema	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
Falta de padronização dos produtos saneantes na rede hospitalar pública de Teresina	29	Parcial	1º
Dificuldade da fiscalização desde a aquisição, manuseio dos produtos até a disposição final	14	Fora	4º
Falta de capacitação dos profissionais executores da limpeza	20	Parcial	2º
Dificuldade de gestão de contratos com as empresas terceirizadas	17	Fora	3º

MATRIZ DECISÓRIA III

Problema	Magnitude	Valorização	Vulnerabilidade	Custos	Nota	Ordem de prioridade
Falta de padronização dos produtos saneantes na rede hospitalar pública de Teresina	3	3	1	2	9	2º
Dificuldade da fiscalização desde a aquisição, manuseio dos produtos até a disposição final	2	2	2	2	8	3º
Falta de capacitação dos profissionais executores da limpeza	3	3	2	2	10	1º
Dificuldade de gestão de contratos com as empresas terceirizadas	2	3	0	0	5	4º

MATRIZ DECISÓRIA IV

Problema	Relevância	Prazo Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Nota	Ordem de prioridade
Falta de padronização dos produtos saneantes na rede hospitalar pública de Teresina	3	3	1	2	9	2º
Dificuldade da fiscalização desde a aquisição, manuseio dos produtos até a disposição final	3	1	2	2	8	3º
Falta de capacitação dos profissionais executores da limpeza	3	3	3	3	12	1º
Dificuldade de gestão de contratos com as empresas terceirizadas	3	3	0	1	7	4º

MATRIZ DE MAPEAMENTO DE ATORES SOCIAIS

Problema 1	Ator Social	Valor	Interesse
Falta de padronização dos produtos saneantes na rede hospitalar pública de Teresina	Representante da Empresa Terceirizada	Alto	Negativo
	Diretora da Maternidade Wall Ferraz	Médio	Neutro
	Presidente da Fundação Hospitalar de Teresina	Baixo	Neutro

Problema 2	Ator Social	Valor	Interesse
Dificuldade da fiscalização desde a aquisição, manuseio dos produtos até a disposição final	Representante da Empresa Terceirizada	Médio	Negativo
	Diretora da Maternidade Wall Ferraz	Médio	Neutro
	Presidente da Fundação Hospitalar de Teresina	Baixo	Neutro
	Representante da Vigilância Sanitária Estadual	Alto	Positivo
	Promotor de Justiça do Ministério Público do Piauí	Alto	Neutro
	Representante da comissão de saúde da Câmara de Vereadores	Médio	Neutro
	Representante da comissão de saúde da Ordem dos Advogados do Brasil	Médio	Neutro

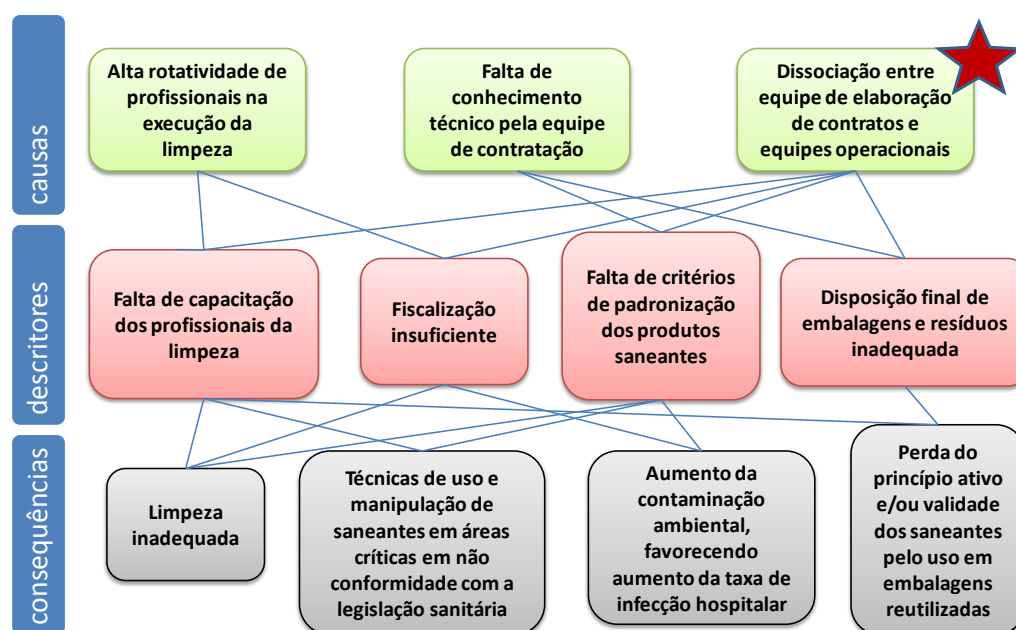
Problema 3	Ator Social	Valor	Interesse
Falta de capacitação dos profissionais executores da limpeza	Representante da Empresa Terceirizada	Alto	Negativo
	Diretora da Maternidade Wall Ferraz	Médio	Negativo
	Presidente da Fundação Hospitalar de Teresina	Médio	Neutro
	Representante da Vigilância Sanitária Estadual	Alto	Positivo

Problema 4	Ator Social	Valor	Interesse
Dificuldade de gestão de contratos com as empresas terceirizadas	Representante da Empresa Terceirizada	Alto	Positivo
	Diretora da Maternidade Wall Ferraz	Médio	Neutro
	Presidente da Fundação Hospitalar de Teresina	Alto	Positivo
	Promotor de Justiça do Ministério Público do Piauí	Médio	Positivo
	Representante da comissão de saúde da Câmara de Vereadores	Médio	Positivo
	Representante do Conselho Municipal de Saúde	Alto	Positivo
	Representante da comissão de saúde da Ordem dos Advogados do Brasil	Alto	Positivo

ARVORE EXPLICATIVA

Problema: Dificuldade de padronização dos produtos saneantes de uso hospitalar conforme a legislação sanitária vigente.

Espaço de governabilidade: Gestão intermediária.



5. OBJETIVOS

O Projeto Aplicativo tem por objetivo intervir no processo de licitação de serviços de higiene e limpeza visando a utilização adequada de saneantes em área crítica de uma maternidade de referência no município de Teresina- Piauí conforme a legislação sanitária vigente.

Especificamente, o PA visa reconhecer a estrutura física e dinâmica do serviço, adequar as cláusulas do texto da chamada para licitação de 2017, identificar os profissionais a serem treinados para reproduzir e implementar a estratégia; elaborar e apresentar o projeto com cronograma de atividades aos gestores locais; e avaliar os resultados.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Reflexão da Reunião na Maternidade Wall Ferraz

“A reunião aconteceu no dia 31.03.2016, na maternidade Wall Ferraz, local onde será desenvolvido o PA, uma vez que representa a realidade dos ambientes hospitalares que pretendemos intervir. O objetivo do grupo ao estudar o uso dos saneantes em áreas críticas do ambiente hospitalar é investigar e intervir no controle de infecção hospitalar. A reunião foi bem proveitosa, tivemos a recepção da Diretora juntamente com o encarregado da Servfaz, Reginaldo, e o Coordenador da CCIH do hospital, Marcos Resende. Falamos sobre a prática feita pelo hospital no uso dos saneantes, checamos os saneantes, discutimos sobre a diluição o percentual, se tem treinamentos e qual a periodicidade, os equipamentos que se utiliza quais os Epi’ s dos profissionais. Na ocasião também, foi percebida uma certa falha da empresa, ao se diluir o produto, pois com a intenção de economizar, a diluição esta com o percentual muito baixo, houve necessidade de conferir o contrato para estudos. Foram sugeridas também pelo grupo, uma padronização, no uso de rótulos, uso do depósito que irá receber o produto, foi discutido também que seria interessante ter como pré requisito na admissão dos funcionários da Empresa ServFaz, encarregada da limpeza, o curso de Limpeza Hospitalar e que também foi relatado que a rotatividade dos funcionários é alta, o que prejudica muito, pois muitas vezes chega funcionários sem noção alguma de como proceder e principalmente no uso adequado dos saneantes. Na ocasião foi discutido também sobre a atuação da vigilância, pois foi sugerido pelo próprio coordenador da CCIH da maternidade uma comissão de vigilância dentro da própria FHT geral entre os hospitais para fortalecer o objetivo de controle de infecção e demais assuntos relacionados, como a cobrança da fiscalização da Vigilância Sanitária com

uma periodicidade mais assídua, no caso do trabalho de intervenção, no uso dos saneantes. Fizemos o registro com fotos e gravações de áudios.”

Reflexão da Reunião com Empresa Terceirizada

“A reunião aconteceu no dia 03.08.2016, na Sala de Reunião do HUT, como atividade rotineira da CCIH daquele serviço, onde a empresa que atualmente presta serviço terceirizado de limpeza apresentou o novo encarregado das atividades no HUT por solicitação à direção daquele serviço e assessoria jurídica para discussão de ajustes quanto ao material de expediente e produtos saneantes fornecidos conforme o contrato vigente e ficou decidido que os profissionais da CCIH poderão revisar o texto e fazer detalhamento das especificações técnicas dos produtos saneantes, papel toalha e sabonete líquido para higienização das mãos”

Partindo-se da análise situacional realizada a partir dos nós críticos estabelecidos, vem a necessidade de se elaborar um plano de ação objetivando modificar a realidade atual para convertê-la em uma situação objetivo que se pretende alcançar em um determinado tempo.

A Planilha 5W3H tem origem no Japão, na indústria automobilística focando a qualidade total. Ela é baseada em uma lista de ações/atividades a serem desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos. A sigla 5W3H deriva do inglês, cujas iniciais representam as atividades-o que deve ser feito (What) e porque (Why), quem o fará (Who), em que período de tempo (When) e em que área da instituição (Where), como a atividade será realizada (How), seu custo (Howmuch) e um indicador para a ação planejada (Howmeasure). Esse método tem o objetivo de facilitar a comunicação em torno das ações planejadas e fazer o acompanhamento da realização das mesmas.

E, tendo como base a ferramenta 5W3H, a planilha foi construída a partir do nó crítico evidenciado na árvore explicativa: dissociação entre equipe de elaboração de contratos e equipes operacionais.

Em relação a “What”, que seria “o que fazer” listamos vários itens como: o acesso ao descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados, a definição do cronograma para mudanças no descritivo da licitação, a elaboração do fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar, a elaboração do check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação, a garantia da atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação e a elaboração da lista de padronização de saneantes utilizados no edital de licitação.

Quanto a “Why”, por que fazer, instituímos várias razões, tais como: a necessidade do ajuste do descritivo dos itens da licitação, a garantia da continuidade do cumprimento do fluxograma e das adequações do contrato, a colaboração com a descrição técnica dos itens a serem especificados no contrato de licitação e a permissão da adequação dos descritivos utilizados no edital de licitação.

Em se tratando de quem irá realizar essas ações, consideramos os seguintes setores: Comissão Municipal de Controle de Infecção (CMCI), as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar da rede e a presidência da FHT. Quanto ao período de realização foram estabelecidos prazos, considerando-se a data de abertura do contrato de licitação para que todas as ações possam ser realizadas em tempo hábil. Essas ações têm como local de realização a sede da Fundação Hospitalar de Teresina e nos hospitais da rede.

A realização das ações descritas será através da elaboração de ofício para a presidente da FHT e oficinas de trabalho de licitação. Quanto aos custos listamos o tempo, a disponibilidade, materiais de expediente, impressos, dentre outros. E em relação aos indicadores instituímos: a checagem do andamento do processo, o cumprimento do cronograma, controle da frequência de participação/cumprimento do fluxograma, controle da adequação dos serviços terceirizados quanto às conformidades no check-list e a comprovação de revisão e ciência dos termos do processo de licitação por parte da CMCI/Números de itens do descritivo a serem modificados no contrato.

Como guia de orientação para elaboração da proposta de intervenção do PA, utilizou-se o Termo de Referência 6 (Intervindo no Problema).

PLANO DE AÇÃO

Espaço do problema: Gestão intermediária relativa à licitação para terceirização de serviços de limpeza hospitalar.

Macroproblema: Falta de padronização dos produtos saneantes de uso hospitalar conforme a legislação sanitária vigente.

Nó crítico: Falta de conhecimento técnico pelas equipes de contratação/Dissociação entre equipe de elaboração de contratos e equipes operacionais.

O que fazer?	Porque fazer?	Quem vai fazer?	Quando fazer?	Onde?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Acesso ao descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados.	Para ajustar o descritivo dos itens da licitação	CMCI	Antes da abertura da licitação (30.08.16)	Sede da FHT (Responsável técnica: Edna)	Elaboração de Ofício para Presidente da FHT	Tempo e disponibilidade	Checkagem do andamento do processo
Definir cronograma para mudanças no descritivo da licitação.	Para ajustar o descritivo dos itens da licitação	CMCI	Antes da abertura da licitação (30.08.16)	Sede da FHT (Responsável técnica: Edna)	Oficina de Trabalho de Licitação	Tempo (8 horas) e material de expediente	Cumprimento do cronograma
Elaborar o fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar.	Garantir a continuidade do cumprimento do fluxograma	CMCI	CMCI e Acessoria jurídica FHT	Sede da FHT (Responsável técnica: Edna)	Oficina de Trabalho	Tempo e dispositivo legal	Controle de frequência de participação e cumprimento do fluxograma
Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato.	Colaborar com a descrição técnica dos itens a serem especificados no contrato de licitação	Presidência da FHT	Após a redação do texto do contrato de licitação, antes de publicação do edital de licitação	FHT	Através da portaria emitida pela presidência da FHT	Tempo e disponibilidade	Comprovação de revisão e ciência dos termos do processo de licitação por parte da CMCI e Número de itens do descritivo que será modificado no contrato
Elaborar a lista de padronização de saneantes.	Permitir adequação dos descritivos utilizados no edital de licitação	CMCI	Antes da redação do edital	FHT	Parecer técnico	Custo de implantação de impresso e disponibilização no site da PMT	
Elaborar o check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação.	Garantir o cumprimento das adequações do contrato	CMCI e CCIH's dos hospitais da Rede (Maternidad e Wall Ferraz)	CMCI	Hospitais da rede	Oficina de Trabalho	Custo de implantação de impresso e compilação informatizada do check-list	Controle de frequência participação e adequação dos serviços terceirizados: % conformidades no check-list

CMCI: Comissão Municipal de Controle de Infecção

FHT: Fundação Hospitalar de Teresina

CMCI: Comissão Municipal de Controle de Infecção

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

7. VIABILIDADE

Considerando o contexto e o plano anteriormente elaborado, o Termo de Referência 7 (Viabilizando o Plano de Ação) contribuiu para o desenvolvimento do raciocínio estratégico e para a concretização do plano de ação.

MATRIZ DE ANÁLISE DE MOTIVAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS, SEGUNDO AÇÃO DO PLANO

DEMANDAS DE AÇÃO	Acessar o descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados	Definir cronograma para mudanças no descritivo da licitação	Elaborar o fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar	Elaborar o check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação	Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação	Elaborar lista de padronização de saneantes
ATORES						
CMCI	+A	+A	+A	+A	+A	+A
CCIH dos hospitais da rede	+A	+A	+A	+A	+A	+A
Presidência da FHT	0	0	+B	+B	+M	0
Acessoria jurídica da FHT	+M	0	+M	+B	+M	0
Empresa terceirizada	+B	-A	+M	+B	-A	-A
Diretoria do hospital	0	+B	+B	+M	+M	+M

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE, SEGUNDO AÇÕES CONFLITIVAS

Ação Conflitiva do Plano de Ação	Recursos Necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação	Recursos Políticos, Técnicos e Organizacionais	Temos: Recursos Políticos e Técnicos Não temos: Recursos Organizacionais	Sim	Negociação cooperativa

DETALHAMENTO DA ANÁLISE DE VIABILIDADE

Ação	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis envolvidos	Tecnologia	Resultados esperados – Produção de Impacto					
					Volume de serviços	Modalidade de serviços	Áreas de Suporte	Cuidado ao paciente	Infraestrutura	Governança
Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

8. GESTÃO DO PLANO

O Termo de Referência 8 (Gestão do Plano), foi essencial para o acompanhamento da execução do plano de ação.

MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
Acessar o descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados	Alta	Alto	III	Média	Político Técnico Organizacional	2ª
Definir cronograma para mudanças no descritivo da licitação	Alta	Alto	II	Média	Político Técnico Organizacional	4ª
Elaborar o fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar	Média	Alto	III	Média	Político Técnico Organizacional	3ª
Elaborar o check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação	Média	Alto	I	Longa	Técnico Organizacional	6ª
Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação	Alta	Alto	III	Curta	Político Organizacional	1ª
Elaborar lista de padronização de saneantes	Alta	Alto	III	Média	Técnico	5ª

MATRIZ DE MONITORAMENTO DO PLANO

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
Garantir a atuação da CMCi na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação	Concluída	Registro em Ata da CCIH do HUT	Despertar o gestor quanto à importância do tema e sua aplicabilidade	Não se aplica
Acessar o descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados	Em andamento	Em andamento	Entendimento sobre descrição técnica do texto	Reunião da equipe com assessoria jurídica
Elaborar o fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar	Em andamento	Em andamento	Entendimento sobre descrição técnica do texto	Ver com GEAFN Ver licitações/ pregões
Definir cronograma para mudanças no descritivo da licitação	Em andamento	Em andamento	Na elaboração do cronograma	Dependente da conclusão de outras etapas anteriores
Elaborar lista de padronização de saneantes	Em andamento	Em andamento	Conhecimento técnico do detalhamento dos produtos utilizados	Oficina de trabalho
Elaborar o check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação	Em andamento	Em andamento	Implementação do instrumento na prática cotidiana	Treinamento para aplicação do check-list

**CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE
AÇÃO**

Nó Crítico Dissociação entre equipe de elaboração de contratos e equipes operacionais	2016											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação			X	X	X							
Acessar o descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados					X	X	X	X				
Elaborar o fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar									X	X		
Definir cronograma para mudanças no descritivo da licitação								X	X	X		
Elaborar lista de padronização de saneantes									X	X		
Elaborar o check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação										X		

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

Nó Crítico	Ações	Data Inicial	Data Final	Despesas de Custeio	Despesas de Investimento	Total
Dissociação entre equipe de elaboração de contratos e equipes operacionais	Garantir a atuação da CMCI na aprovação do descritivo dos itens do contrato de licitação	31/03	Maio	Resma A4:1 unid (R\$ 15,00) Cartucho de Impressora: 1unid (R\$70,00)	-	R\$ 85,00
	Acessar o descritivo dos produtos (serviços e insumos) a serem licitados	Maio	Agosto	A concluir	A concluir	A concluir
	Elaborar o fluxograma de tramitação do contrato de terceirização de limpeza hospitalar	Setembro	Outubro	A concluir	A concluir	A concluir
	Definir cronograma para mudanças no descritivo da licitação	Agosto	Outubro	A concluir	A concluir	A concluir
	Elaborar lista de padronização de saneantes	Setembro	Outubro	A concluir	A concluir	A concluir
	Elaborar o check-list de observação da adequação do serviço ofertado conforme especificação do contrato de licitação	Outubro	Outubro	A concluir	A concluir	A concluir

REFERÊNCIAS

BRASIL. ANVISA. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, 2012.

BRASIL. ANVISA. **Vigilância Sanitária e Licitação Pública**. Brasília, 2003.

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

HINRICHSEN, S. L. et al. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **RAHIS**, v. 3, n. 7, p. 10-17, 2012.

Maternidades da prefeitura registram aumento do número de partos. Disponível em:<www.capitalteresina.com.br/noticias/imprimir/saude>. Acesso em: 26 julho de 2016.

OLIVEIRA, A. C.; DAMASCENO, Q. S.; RIBEIRO, S. M. C. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 445-450, 2009.

REIS, L. M. et al. **Avaliação da atividade antimicrobiana de antissépticos e desinfetantes utilizados em um serviço público de saúde**. *RevBrasEnferm*, Brasília 2011. set-out, 64(5): 870-5.

SANTOS, J.A.T.et al. **Gravidade de intoxicações por saneantes clandestinos**.*Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 247-54.