



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

MÁRCIA GOMES DUARTE

**CAPACIDADE DE GESTÃO NO SISTEMA ESTADUAL DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA BAHIA: ENFOQUE DO
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Salvador
2007

MÁRCIA GOMES DUARTE

**CAPACIDADE DE GESTÃO NO SISTEMA ESTADUAL DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA BAHIA: ENFOQUE DO
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em Administração.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador/BA
2007

Escola de Administração - UFBA

D812 Duarte, Márcia Gomes

Capacidade de gestão no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária da Bahia: enfoque do planejamento estratégico e instrumentos de gestão / Márcia Gomes Duarte. – 2007.

111 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração, 2007.

1. Vigilância sanitária - Bahia. 2. Política de saúde - Bahia. 3. Planejamento estratégico. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração.

II. Mendes, Vera Lúcia Peixoto dos Santos. III. Título.

614.42

CDD

MÁRCIA GOMES DUARTE

**CAPACIDADE DE GESTÃO NO SISTEMA ESTADUAL DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA BAHIA : ENFOQUE DO
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre Profissional em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 16 de janeiro de 2007

Banca Examinadora

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes – Orientadora _____
Doutora em Administração – UFBA – 2000
Universidade Federal da Bahia.

Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza _____
Doutor em Saúde Pública – Université de Montreal/U.M – 2002
Universidade Federal da Bahia.

Paulo de Arruda Penteadó Filho _____
Doutor em City and Regional Planning – C.U/Estados Unidos – 1983
Universidade Federal da Bahia.

A Maria Ligia Gomes Duarte, guerreira, poderosa, mãe e orientadora de vida, pelo esforço e pela luta para que esta sua filha estudasse. Por ensinar que formação do caráter e estudo são os maiores bens que pais podem dar aos filhos.

Ao meu pai, Silvio Duarte, por me ensinar a ter alegria de vida e ser feliz, mesmo nos momentos mais árduos.

Aos meus filhos, Maríssia e Rafael Duarte Reis, e meu neto Nicholas Duarte Giudici por terem me ensinado a amar e aprender ensinando.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que passaram pela minha vida e contribuíram para o meu crescimento, independente do aprendizado ter sido amoroso ou doloroso. Mas em especial:

A Maria Conceição Riccio, mulher de visão, líder, uma gestora nata, pela confiança, por ter me ensinado que a inteligência emocional, a harmonia e o equilíbrio são o primeiro passo para a conquista e por ter proporcionado a oportunidade da realização desse sonho: Mestrado Profissional.

A Raylene Logrado Barreto, diretora da DIVISA, por ter garantido acesso ao acervo documental e pelo incentivo nos momentos mais árduos.

A Professora e amiga Vera Mendes, orientadora paciente, incentivadora, amorosa e receptiva, por nunca ter me desamparado e estar sempre disponível.

A todos os professores pela doação do saber, em especial ao Prof^o Paulo de Arruda Penteado Filho por ter inspirado o Capítulo 2 desse estudo.

As amigas Claudine Telles, Sandra Torquete e Telma Maria dos Anjos pela força, apoio e amizade. Em especial ao amigo Gilson Soldera.

A Escola de Administração e ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração – NPGA, pelo apoio a minha qualificação profissional.

A todos os gestores da saúde e coordenadores de vigilância sanitária dos municípios entrevistados pelo carinho com que me receberam e disponibilizaram tempo para contribuir com este estudo. Agradeço especialmente pela confiança e generosidade a Alagoinhas, Madre Deus e Catu.

Muito Obrigada a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação desse sonho.

RESUMO

Estudo sobre a “Capacidade de Gestão no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária da Bahia: Enfoque do Planejamento Estratégico e Instrumentos de Gestão” tendo por objetivos: a) **avaliar** como a capacidade de planejamento dos gestores municipais contribui para que os municípios cumpram as metas pactuadas na área de Vigilância Sanitária; b) **analisar** os Planos de Saúde (2002-2005) e os Planos de Vigilância Sanitária (2006), dos municípios em gestão plena e/ou com adesão ao TAM, como instrumento de gestão municipal; c) **avaliar** a contribuição do planejamento, das ações de Vigilância Sanitária, para a ampliação da capacidade de gestão; d) **avaliar** a capacidade dos municípios em cumprir as metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada (PPI) e no Termo de Ajuste e Metas (TAM) no ano de 2006. Tem como marco referencial o método de planejamento proposto por Carlos Matus, o “Planejamento Estratégico Situacional (PES)”, que é um método direcionado para o setor público, no qual os atores são os partidos políticos, governantes, dirigentes de organizações públicas, empresariais e sindicais. É um estudo de natureza descritiva, do tipo qualitativo no qual, os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal ou que aderiram ao Termo de Ajuste e Metas até dezembro de 2006 se constituem no campo de investigação.

Os sujeitos do estudo foram os secretários municipais de saúde e os coordenadores municipais de VISA. No que se refere às técnicas de análise, como fontes primárias foram utilizadas entrevistas semi-estruturada e questionários e secundária a análise documental dos relatórios de supervisão da DIVISA, Planos Municipais de Saúde e Planos Municipais de Vigilância Sanitária. O método de análise de dados foi análise de conteúdo, utilizando como subcategoria a análise estrutural. A partir dos dados produzidos foram identificadas cinco categorias de análise: **a realidade; a imagem-objeto; a situação-objetivo; a estratégia de ação e o gerenciamento da execução.** O estudo apresentou a dicotomia entre o discurso marxista de planejamento proposto pelos coordenadores federal e estadual do sistema de VISA e o modelo de organização que se alinha com o modelo burocrático proposto por Weber. No que se refere ao processo de trabalho o modelo tende a se amoldar ao proposto por Taylor. Os resultados demonstraram que os sujeitos, na sua maioria, não detêm conhecimento sobre o processo de planejamento em saúde, bem como da importância do planejamento para a capacidade de gestão e conseqüentemente para o alcance dos objetivos organizacionais e das metas pactuadas. Como principais resultados foram identificados que os municípios alvo deste estudo, na sua maioria, apresentam uma baixa capacidade de gestão; demonstram uma incipiente capacidade de planejamento; insignificante participação da vigilância sanitária municipal na elaboração dos Planos Municipais de Saúde; os Planos de VISA não assumem as ações de Média Complexidade pactuadas por meio do TAM; os instrumentos de gestão e programação não são utilizados na elaboração dos Planos Municipais de Saúde e nos Planos de VISA e no discurso o planejamento é ascendente, mas na prática o planejamento é descendente. Para transformar essa realidade, este estudo propõe o fortalecimento do sistema municipal de VISA por meio: do apoio e do assessoramento aos gestores municipais para que estes assumam as competências e responsabilidades originadas do processo de pactuação; da inclusão das ações de VISA de baixa e média complexidade no Plano Municipal de Saúde e no Plano de VISA; da capacitação dos gestores municipais e os profissionais de VISA na área de: políticas públicas de saúde, gestão e planejamento.

Palavras-Chaves: Vigilância Sanitária; Capacidade de Gestão e Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

This study about the the Administrative Capacity of the Bahia State Health Surveillance System: Focus on Strategic Planning and Management Instruments' has the following objectives: a) to assess the planning capacity of municipal authorities to reach the set goals in the area of Health Surveillance b) analyze the Health Plans (2002-2005) and Health Surveillance Plans (2006) of municipalities in administration and/or following TAM as an instrument of municipal administration c) evaluate the contribution of planning Health Surveillance to widen the administrative capacity d) assess the capacity of the municipalities to reach the goals agreed in the Integrated Pact Program (PPI) and in the Term of Adjustment and Goals (TAM) in 2006. The study used the theoretical framework for planning proposed by Carlos Matus, Situational Strategic Planning (PES) which is a method designed for the public sector in which the actors are political parties, governors, leaders of public organizations, business people and unions. It is a descriptive qualitative study using municipalities which had adopted either Full Management of the Municipal System or TAM by December 2006. The municipal health secretaries and the municipal coordinators of VISA were the focus of the study. As regards the data collection, the primary sources were semi-structured interviews with questionnaires and secondary data came from document analysis of management reports of DIVISA, Municipal Health Plans and Municipal Plans for Health Surveillance. The data was analyzed for content using structural analysis. From the data collected 5 categories of analysis were identified: **the reality; the image-object; the objective situation; strategy of action and the management of implementation**. The study showed a dichotomy between the proposed planning Marxist discourse of the federal and state coordinators of the VISA system and the organizational model which follows lines of the bureaucratic model proposed by Weber. As far as the work process is concerned, the model tends to follow that of Taylor. The results show that most of the individuals had neither knowledge of the planning process in health, nor notions of the importance of planning for the administration of health services so as to attain the organizational objectives and the agreed goals. The main results were: most municipalities in this study had limited administrative capacity; they demonstrated incipient planning capacity; they presented insignificant participation of health surveillance in the drawing up of Municipal Health Plans; VISA Plans do not deal with the Medium Complexity actions agreed through TAM; the management and planning tools are not used in the drawing up of Municipal Health Plans and the VISA Plans; the discourse is bottom-up, though in practice planning is top down. In order to change this, the present study proposes the strengthening of the municipal system VISA through support and advice for municipal managers so that they may assume the competences and responsibilities of the agreed pacts; inclusion of the low and medium VISA actions into the Municipal Health Plan and the VISA plan; training of municipal managers and VISA professionals in the area of public health policy, management and planning.

Keywords: Health Surveillance, Capacity Building in Management and Strategic Planning

LISTA DE FIGURAS

1. Figura Mapa das Macrorregiões de Saúde da Bahia, 2004

67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Vigilância Sanitária e Modelos de Organização	27
Quadro 2	Comparativo dos Modelos Gerenciais propostos pela Burocracia e pelo Novo Gerencialismo	35
Quadro 3	Principais diferenças entre o PES e o Método da Roda	48
Quadro 4	Organização do Sistema de Planejamento de Saúde	50
Quadro 5	Modelo de Análise de Relação entre Capacidade de Planejar e de Gestão	55
Quadro 6	Distribuição de Municípios Pesquisados por Macrorregião. BA, 2007	67
Quadro 7	Categorias e Eixos de Análise	70
Quadro 8	Diagnóstico dos Municípios segundo os Indicadores e Índices da SEI	75
Quadro 9	Classificação dos Municípios de acordo com os Índices Seleccionados	76
Quadro 10	Número de Municípios segundo Faixa Populacional	76
Quadro 11	Consolidação dos Relatórios de Supervisão por Eixo Temático	82
Quadro 12	Situação dos Municípios a partir dos Instrumentos de Coleta	116
Quadro 13	Avaliação da Execução das Ações da PPI e TAM	126

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Nacional de Saúde
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IDF	Índice de Desenvolvimento Econômico
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
INE	Índice do Nível de Educação
INF	Infra-Estrutura
INS	Índice do Nível de Saúde,
IPM	Índice de Produto Municipal;
IQM	Índice de Qualificação da Mão de Obra
IRMCF	Índice de Renda Média dos Chefes de Família
ISB	Índice de Serviços Básicos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAPP	Método ALTADIR de Planificação Popular
NOAS-SUS 01/2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB-SUS/96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PLANDEVISA	Plano de Desenvolvimento da Vigilância da Saúde no Estado da Bahia
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SEPLAN	Secretaria do Planejamento
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINAVISA	Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Termo de Ajustes e Metas
TGC	Termo de Compromisso de Gestão
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE	20
3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA, POSSIBILIDADES E LIMITES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA.	24
3.1	MODELOS ORGANIZACIONAIS: UMA BUSCA PARA A COMPREENSÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	25
3.2	AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	32
3.3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DO NOVO GERENCIALISMO	35
4	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE: HISTÓRICO E MÉTODO	39
5	CAPACIDADE DE GESTÃO E O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	51
5.1	INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PROGRAMAÇÃO NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	56
6	ASPECTOS METODOLÓGICOS	65
6.1	TIPO DE ESTUDO	65
6.2	LÓCUS DA PESQUISA	66
6.3	SUJEITOS DA PESQUISA	68
6.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	68
6.5	PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	69
7	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA OU QUE ADERIRAM AO TAM	73
7.2	CAPACIDADE DE PLANEJAMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS	77
7.3	CAPACIDADE DOS MUNICÍPIOS EM CUMPRIREM AS METAS PACTUADAS	84
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	88
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A	118
	APÊNDICE B	128

1 INTRODUÇÃO

Constituição Federal de 1988 é um marco para a Saúde Pública no Brasil, por definir a saúde como um direito de todos, inserida na pauta dos direitos sociais. O art.196 da referida carta estabelece que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Cuidar da doença não é suficiente para garantir a saúde da coletividade. Estratégias de caráter prioritariamente assistencialistas ferem o direito constitucional dos cidadãos de ter acesso integral a um conjunto de ações que protejam e promovam a saúde. Assim, dado o caráter abrangente e interdisciplinar das ações da Vigilância à Saúde¹, nas quais se incluem as de Vigilância Sanitária, os conceitos de prevenção e promoção constituem elementos norteadores do planejamento em saúde.

As mudanças que vêm ocorrendo de forma acelerada no campo da saúde, caracterizadas pelo avanço do conceito de saúde, reorganização assistencial, modernização tecnológica, complexidade das organizações, alteração no perfil epidemiológico e na condição de vida da população, têm evidenciado a necessidade de re-estruturação organizacional e gerencial dos seus subsistemas de prestação de serviços, de modo que essas organizações possam efetivar a sua missão e alcançar a sua visão, tendo como pano de fundo os municípios em sua plena capacidade de gerenciar o sistema de saúde no seu território, assegurando a

¹ Vigilância da Saúde é uma prática sanitária que inclui em sua dimensão gerencial, o planejamento e a programação das ações e serviços e, em sua dimensão tecno-assistencial ou operativa, a reorientação das formas de organização e do conteúdo do processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 2001).

saúde de sua população, ampliando a participação dos usuários no controle social e estimulando os trabalhadores a refletirem sobre as suas práticas, assumindo o seu papel como elemento formulador, executor e co-participante da gestão.

O planejamento em saúde como instrumento de gestão enfrenta o desafio de mudar o “modelo assistencial” e alcançar práticas que priorizem a saúde no seu conceito amplo de “não doença”. Para Teixeira (2001), o planejamento e programação da Vigilância da Saúde devem ser desenvolvidos a partir de problemas concretos, em territórios determinados, em uma perspectiva intersetorial. Para o melhor entendimento da abordagem e da pertinência do tema para a área da Vigilância da Saúde, na qual a Vigilância Sanitária está inserida, é importante adotar o conceito de problema de saúde, como sendo a representação social da necessidade de saúde em sentido amplo, a partir das condições de vida de uma comunidade e explicitada por um determinado ator social, conforme sua percepção da cizânia entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada (TEIXEIRA, 2001).

A Vigilância Sanitária foi a área que mais tardiamente iniciou o processo de descentralização das suas ações. Vários fatores contribuíram para este adiamento, tais como: a falta de tradição gerencial, inexistência de financiamento para a realização das ações, baixo controle social², articulação deficiente entre as três esferas de governo, fiscalização como a face mais visível para o público e mais valorizada pelos profissionais da área, a falta de interesse de alguns gestores municipais em assumir uma atividade que supunham ser politicamente (leia-se eleitoralmente) desfavorável; uma forte resistência institucional na transferência de “poder” entre os diversos níveis hierárquicos, o argumento inconsistente - considerando que a capacitação dos profissionais que atuam na esfera municipal é uma etapa da descentralização - de falta de preparo dos municípios para assumirem as ações, dentre outros.

O retardo na descentralização das ações de Vigilância Sanitária, no Estado da Bahia, pode estar associado à falta de cultura dos gestores municipais para a prática do planejamento³ das ações de saúde, com ênfase para as ações de Vigilância Sanitária. Esta situação pode ser evidenciada, em alguns municípios, na elaboração dos Planos de Saúde,

² Controle Social diz respeito ao controle que a sociedade exerce não sobre comportamentos desviantes de indivíduos, mas sobre a atuação das instituições do Estado, notadamente em relação aos princípios do SUS. (STRALEN, 1998).

³ Planejamento significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método, explicar as possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens. É propor objetivos e projetar o futuro. É uma ferramenta para pensar e criar o futuro (HUERTAS, 1996).

quando os gestores contratam o serviço de terceiros, que fornecem “*planos padrões*” ou copiam os planos elaborados para outros municípios, apenas para cumprir uma determinação legal, não tendo assim, o compromisso de executá-lo, ou por desconhecer o seu conteúdo ou pela incompatibilidade destes com a realidade municipal.

Outro aspecto, que pode ser observado, refere-se à incipiente inclusão das ações de Vigilância Sanitária na programação dos recursos financeiros do Piso da Atenção Básica (PAB), quer seja pela falta de conhecimento dos técnicos sobre a importância de participarem na elaboração do Plano de Investimento Municipal, quer seja pela falta de interesse dos gestores em alocar recursos na referida área.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu artigo 17, estabelece as competências da esfera estadual dentro do SUS, definindo nos seus incisos I, II, III que é papel do Estado, a promoção da descentralização das ações de saúde para os municípios, o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas de serviços do SUS e a prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios.

As diretrizes da LOS foram consolidadas na área da Vigilância Sanitária (VISA) pela Portaria Federal N.º 1.565, de 26 de agosto de 1994, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sua abrangência, a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações de VISA no âmbito do SUS. A organização do Sistema de Vigilância Sanitária pressupõe a descentralização das ações e o planejamento, com base na realidade local, compatível com o Plano de Saúde e com as definições estabelecidas pelas esferas de governo estadual e nacional. O Art. 9º inciso III, § 2º da referida portaria, serve de base para justificar a proposta deste trabalho, quando define que o Estado deverá prestar cooperação técnica aos municípios sem condições organizativas, estruturais e funcionais para executar as ações de VISA, apoiando estes, no desenvolvimento das condições técnico-científicas e administrativas necessárias para que possam assumir os encargos que são de sua responsabilidade.

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em outubro de 2003, foi habilitada na Gestão Plena do Sistema Estadual, assumindo assim, o compromisso de se estruturar funcional e organizacionalmente para desempenhar o papel institucional de esfera central, adotando uma política consistente do apoio, assessoramento, capacitação e instrumentalização dos municípios, para que estes pudessem assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

A Resolução n.º 120 de 22 de agosto de 2006, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) determina o planejamento como um processo necessário à construção do sistema integrado de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia, definindo o planejamento das ações como forma de proporcionar maior segurança aos usuários de produtos, bens e serviços sujeitos a regulamentação sanitária, sendo o eixo norteador dos municípios, para a habilitação e adesão ao Termo de Ajustes e Meta (TAM)⁴,

O Plano de Desenvolvimento da Vigilância da Saúde no Estado da Bahia - PLANDEVISA II (Bahia, 2004), ao equacionar os problemas que dificultam a organização do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde, identificou na área da Vigilância Sanitária, uma incipiente utilização de instrumentos de gestão e programação como norteador das ações desenvolvidas em VISA. Para reverter esta situação este Plano propôs como estratégias a criação de mecanismos que estimulem os técnicos a: trabalhar com planejamento e programação, implementar instrumentos de registros e relatórios de atividades de fácil operacionalização, desenvolver mecanismos para o aperfeiçoamento das inspeções tendo a análise de risco como base metodológica do planejamento das ações, elaborar e/ou revisar os roteiros de inspeção para serviços de baixa, média e alta complexidade e o planejar e priorizar as ações a partir da identificação dos fatores de riscos nas macrorregiões do Estado.

Neste cenário, o planejamento se constitui em um instrumento essencial para a efetivação da política de saúde e a Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA), como parte integrante do nível central, tem o dever de colaborar com os municípios no planejamento de suas ações, objetivando o cumprimento dos pactos estabelecidos, e conseqüentemente, a melhoria da situação de saúde da população mediante a redução de riscos sanitários e agravos à saúde.

Considerando que a efetivação dos compromissos, definidos na Agenda de Saúde, está diretamente relacionada com: a capacidade de gestão, as metas e indicadores definidos nos instrumentos de programação e que o planejamento — processo dinâmico e fortemente dependente de fatores organizacionais como a cultura, a estrutura funcional, o compromisso dos gestores e o processo decisório — se constitui em um mecanismo que poderá favorecer e facilitar o alcance desses compromissos questiona-se: como o planejamento das ações, frente

⁴ Termo de Ajuste e Metas (TAM) é o instrumento aprovado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para efetivar a parceria entre os três níveis de Governo, tendo como objetivo o fortalecimento da operacionalização do Sistema de Vigilância Sanitária (Bahia CIB, 2006).

aos instrumentos de gestão e programação disponíveis, contribui para a capacidade de gestão dos municípios em gestão plena⁵ ou que aderiram ao TAM na área de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia, até 31 de dezembro de 2006?

A experiência da autora deste estudo, como técnica da SESAB, permitiu observar que no momento da pactuação⁶ muitos gestores e técnicos desconheciam os compromissos que estavam assumindo quando assinavam o pacto, quer seja da atenção básica⁷ ou da média e alta complexidade⁸.

Dada a importância do planejamento para a acumulação de conhecimento, a otimização de recursos, o alcance de objetivos e metas, melhoria dos indicadores de saúde da população, a avaliação de impacto das intervenções e a organização do sistema de Vigilância da Saúde com base no enfoque epidemiológico e social, bem como, a responsabilidade da DIVISA como elemento estruturador do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e Ambiental, torna-se relevante um estudo que tenha como enfoque colaborar para a ampliação, no Estado da Bahia, da utilização dos instrumentos de gestão e programação, disponíveis, como base para o planejamento estratégico das ações de VISA desenvolvidas pelos municípios.

Este estudo adota como pressuposto que: a) a elaboração do planejamento estratégico e da programação das ações são oportunidades que podem favorecer a mudança do atual Modelo Médico Assistencialista⁹ para o Modelo da Vigilância da Saúde¹⁰ na redefinição das práticas sanitárias (TEIXEIRA, 2001), com reflexos na melhoria da saúde da população; b) que a capacidade de gestão está diretamente relacionada com a capacidade de planejar,

⁵ Gestão Plena do Sistema Municipal significa a condição de gestão descentralizada, estabelecida na NOB-SUS 01/96, tendo como base, a definição de responsabilidades, requisitos, prerrogativas e mecanismos de financiamento. O município após comprovar que atendeu a todos os requisitos, demonstra estar apto a assumir todo o elenco de ações de média e alta complexidade do seu território, mediante a transferência regular e automática de recursos financeiros (LUCCHESI, 2000).

⁶ Pactuação é um exercício de negociação entre os três gestores do sistema, que objetiva a efetivação da gestão descentralizada do SUS. O município, de acordo com a sua capacidade estrutural, organizacional e funcional, sua vontade política e sua condição técnica e material, passa a assumir as ações de saúde, a gerência da rede assistencial e a gestão do sistema municipal (LUCCHESI, 2000).

⁷ Atenção Básica corresponde ao conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2002).

⁸ Média e Alta Complexidade, compreendem um conjunto de ações que demandam maior capacitação técnica, investimento em recursos humanos, financeiros e equipamentos, dentre outros, que podem ou não ser assumidas pelos municípios (BAHIA, 2002).

⁹ Modelo Médico Assistencialista, prioriza as ações de assistência individual, nos níveis ambulatorial e hospitalar, para o diagnóstico e cura das doenças (TEIXEIRA, 2001).

¹⁰ Modelo da Vigilância da Saúde – objetiva a solução dos problemas de saúde de uma população, em um determinado território, a partir de uma perspectiva intersetorial (TEIXEIRA, 2001).

realizar e alcançar os resultados esperados (DE SETA, 2006) e c) que os instrumentos de gestão e programação propostos pelos níveis federal e estadual do sistema, com ênfase para a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o TAM, são os alicerces do planejamento municipal (LUCCHESI, 2000), assumindo assim, o modelo weberiano de organização burocrática, em que a autoridade estabelece uma norma legal (como no caso dos instrumentos de programação PPI e TAM), definida por meio de Portaria Ministerial e/ou Resolução Federal ou Estadual, e que os municípios por meio de um processo de pactuação devem assumir a responsabilidade no cumprimento das ações pré-definidas e justificadas pela sua importância e pelo seu caráter de ação social (WEBER, 1966). Contrapondo-se a este modelo, Teixeira (2001) propõe que a programação das ações deve ser realizada no âmbito do município, tendo como base a sua realidade e a partir da identificação, descrição e análise dos problemas de saúde da população devem ser formuladas políticas, definidas prioridades, estratégias de ação e o orçamento necessário à implementação dessas ações.

Tomando como base a observação da realidade, este estudo busca compreender os fatores que podem contribuir para que: a) os gestores municipais de saúde não utilizem, de forma consistente, os instrumentos de gestão e programação no planejamento das ações de Vigilância Sanitária, e se essa situação é consequência da baixa capacidade de planejar e gerenciar; b) os municípios, a depender da sua capacidade de gestão, não consigam executar as ações de média e alta complexidade programadas e pactuadas; e c) os resultados obtidos, no alcance das metas pactuadas, sejam incipientes.

Isto posto, este estudo tem por **objetivo geral**, compreender como a capacidade de gestão dos gestores municipais contribui para que os municípios cumpram as metas pactuadas na área de Vigilância Sanitária. Apresenta como **objetivos específicos**: a) analisar os Planos de Saúde (2002-2005) e os Planos de Vigilância Sanitária (2006), dos municípios em gestão plena e/ou com adesão ao TAM, como instrumento de gestão municipal; b) avaliar a contribuição do planejamento das ações de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia para ampliar a capacidade de gestão, identificando aspectos relacionados à estrutura organizacional e funcional da VISA dos municípios; c) avaliar, através dos dados constantes do Sistema de Consolidados da DIVISA, a capacidade dos municípios em cumprir as metas pactuadas na PPI e no TAM no ano de 2006.

A motivação da autora para estudar esta temática decorre de 25 anos de experiência na SESAB, sendo que desses, 15 anos foram exercidos na Vigilância Sanitária, e

da observação do funcionamento do Sistema Estadual de VISA, tendo de um lado a DIVISA priorizando e buscando a descentralização das ações para os municípios, e de outro a dificuldade destes em assumi-las e cumprir as metas pactuadas. Apesar dos esforços do Coordenador Estadual do Sistema de Vigilância Sanitária, os municípios têm apresentado dificuldades para o cumprimento das metas pactuadas.

O fortalecimento da capacidade de gestão, por meio do planejamento de ações, pode contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde do Estado da Bahia e conseqüentemente para uma melhor qualidade de vida da sua população. Os resultados deste trabalho podem colaborar no desenho de uma estratégia que propicie o conhecimento e a aplicabilidade dos instrumentos de gestão e programação, bem como, iniciar o processo de implantação do planejamento estratégico como um instrumento de gestão e de aprendizagem, com características organizativas e estruturante das VISAs.

Este estudo foi fundamentado no relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, que consolidou a Vigilância Sanitária como ação de saúde imprescindível do SUS e se constituiu em um instrumento essencial a implementação e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. As propostas e recomendações aprovadas devem orientar o planejamento estratégico na área (Brasil, 2001).

Este trabalho está estruturado em sete capítulos, o primeiro apresenta a Vigilância da Saúde como componente do modelo de atenção à saúde, discutindo suas dimensões, vertentes e seu modelo assistencial, bem como, busca contextualizar a Vigilância Sanitária na Vigilância da Saúde, identificando as semelhanças, as diferenças e como a prática atual da VISA dificulta a adoção do modelo proposto para a Vigilância da Saúde.

O segundo capítulo discute a Vigilância Sanitária, o processo de planejamento estratégico e a burocracia, buscando identificar os limites e as possibilidades do atual modelo organizacional da Vigilância Sanitária. Este capítulo está organizado em três subtítulos, o primeiro visa compreender a organização “Vigilância Sanitária” por meio da análise dos modelos propostos por Max Weber (1966), Richard H. Hall, Alvin W. Gouldner e S. N. Eisenstadt, discutindo relações de dominação e poder de polícia. O segundo subtítulo trata dos limites e das possibilidades do Planejamento Estratégico na Vigilância Sanitária. O terceiro subtítulo, ponto central desta dissertação, aborda o desafio da Vigilância Sanitária em adotar o modelo da administração pública gerencial diante do seu caráter organizacional.

O terceiro capítulo apresenta o histórico do planejamento em saúde e seus métodos, discutindo o Planejamento Estratégico na Vigilância Sanitária. O quarto capítulo aborda a intercessão e a contribuição do planejamento estratégico para a capacidade de gestão, apresenta e discute os instrumentos de gestão e de programação no contexto da descentralização das ações de Vigilância Sanitária. O quinto capítulo trata dos aspectos metodológicos adotados, o sexto capítulo apresenta, analisa e discute os resultados encontrados e o sétimo, e último capítulo, traz as conclusões e recomendações deste estudo.

2 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Considerando que a Vigilância da Saúde, na Bahia é composta pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Laboratório Central e Vigilância Sanitária, esse capítulo objetiva explicar a Vigilância da Saúde como alternativa de organização e re-estruturação do modelo médico assistencialista que privilegia as ações curativas; apresentar suas dimensões e compreender o seu processo de trabalho. Contextualizando a Vigilância Sanitária (VISA), no âmbito da Vigilância da Saúde, busca-se compreender os modos de estruturação da mesma.

A Vigilância da Saúde pode ser compreendida pela sua dimensão gerencial, cujo sustentáculo é o planejamento estratégico e a programação situacional das ações de saúde, e pela dimensão tecno-operacional, que se embasa em um marco regulatório específico, daí o seu caráter burocrático legalista. Em ambas as dimensões, para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), esta tem buscado reorganizar suas estruturas funcionais e seus processos de trabalho de modo a alcançar a integralidade da atenção à saúde, incluindo desde a formulação de políticas de caráter intersetorial até a reorganização de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos (TEIXEIRA, 2001).

A incorporação da noção de risco¹¹ e a necessidade de identificação de fatores de risco provocaram mudanças no campo da Saúde Pública, quer seja pela incorporação de nova tecnologia, modernização dos instrumentos de informação ou novas formas de intervenção

¹¹ Risco corresponde à probabilidade condicional (condicionada pelo fator de risco) de ocorrência de um determinado evento (adoecimento) (PALMEIRA, 2000).

sobre os riscos e danos. Acompanhando este processo, a Vigilância da Saúde realinhou suas estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, elaborou novas definições, métodos e modelos de interpretação dos condicionantes e determinantes dos riscos, agravos e danos. Um avanço importante foi a incorporação, no seu campo de atuação, das ações sociais organizadas, o controle de causas, as ações preventivas, o diagnóstico precoce, o estabelecimento do limite de dano, a recuperação e a reabilitação dos indivíduos atingidos (TEIXEIRA, 2000).

A Vigilância da Saúde pode ser discutida a partir de três vertentes: a) Vigilância da Saúde como análise de situações de saúde, cuja proposta de atuação está baseada no monitoramento da situação de saúde, esta contribui para o planejamento estratégico, apesar de ser uma proposta restrita por não incluir as ações de enfrentamento dos problemas de saúde. b) Vigilância da Saúde, como proposta de integração institucional entre as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, faz parte do processo de municipalização e se concretizou a partir da reforma organizacional das Secretarias de Saúde estaduais e municipais, que no seu organograma criaram os Departamentos de Vigilância da Saúde, e c) A Vigilância da Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias, sendo que esta apresenta duas concepções, a primeira assume a dimensão técnica como modelo assistencial alternativo, composto por um conjunto de práticas sanitárias que visam controlar os condicionantes, determinantes, riscos e danos à saúde e a segunda, a dimensão gerencial assume a Vigilância da Saúde como uma prática que organiza processos de trabalho sob a forma de operações, visando o enfrentamento do processo saúde-doença (TEIXEIRA, 2000).

Como modelo assistencial, a Vigilância da Saúde assume como **sujeitos** da ação a equipe de saúde e a população; como **objeto** os riscos, os danos e as condições de vida e trabalho que determinam ou influenciam a saúde da coletividade; como **meio de trabalho** as tecnologias médico-sanitárias, de comunicação social, de planejamento situacional e programação das ações, e como **forma de organização** dos processos de trabalho está baseada nas políticas públicas saudáveis, nas ações intersetoriais, nas operações sobre problemas e grupos populacionais e nas intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (TEIXEIRA, 2000).

Na Vigilância da Saúde a mudança do processo de trabalho é mais fácil de ser implementada do que a implantação do planejamento estratégico, porque no primeiro caso, este pode ser resultado de uma imposição legal ou técnica, reconhecida e aceita pelos atores envolvidos. Já no segundo, as dificuldades são maiores, considerando que o planejamento

estratégico não é um método difundido entre os gestores municipais e os técnicos da área, como instrumento orientador para a organização do Sistema Vigilância da Saúde (TEIXEIRA, 2000).

A implantação do Sistema Municipal de Vigilância da Saúde, para o município, constitui-se no repto de concretizar a municipalização, adequando sua estrutura funcional e organizacional de modo a assumir, implantar, implementar e consolidar o conjunto de ações e serviços que são de sua responsabilidade, tais como: a) executar as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, b) estruturar e executar programas de saúde da família, c) estruturar a oferta de serviços, de acordo com o perfil epidemiológico da população, d) garantir o acesso integral nos diversos níveis de atenção à saúde, por meio da articulação das ações de baixa e da média complexidade, e) fortalecer a rede pública e renegociar a compra de serviços junto aos credenciados, f) estruturar e executar as ações de assistência laboratorial e farmacêutica, g) fortalecer o controle social sobre a gestão do sistema municipal.

A base para o planejamento da Vigilância da Saúde no município é a territorialização¹², esta visa distribuir espacialmente os problemas de saúde, definir as prioridades, estabelecer as ações de enfrentamento dos problemas, articular com os setores governamentais e não-governamentais, reorganizar o processo de trabalho e estruturar o controle gerencial e social das ações (TEIXEIRA, 2000).

A Vigilância Sanitária é uma sub-área da saúde coletiva. Na Bahia está inserida no contexto da Vigilância da Saúde. Segundo Lucchese (2006), a seara de conhecimentos da Vigilância Sanitária se caracteriza pela interdisciplinaridade e sua prática envolve questões sanitárias, técnicas, políticas e jurídicas. Apresenta as mesmas características da Vigilância da Saúde, isto é, atua sobre o território, intervindo na forma de operações, sobre os problemas de saúde que necessitam de atenção e acompanhamento contínuo; operacionaliza o conceito de risco sanitário¹³, atua intersetorialmente articulando ações promocionais, preventivas e curativas. De natureza preventiva, suas ações apresentam interposição com as práticas médico-sanitárias de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (TEIXEIRA, 2000).

¹² Territorialização é o processo de reconhecimento e esquadramento do território municipal de acordo com a lógica das relações estabelecidas entre as condições de vida, saúde, e acesso ao conjunto de ações da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2000).

¹³ Risco Sanitário é a propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana (ANVISA, 2006).

A diferenciação da Vigilância Sanitária para as outras ações da Vigilância da Saúde decorre da sua relação de “dever-poder” na regulação do setor público e privado, mediando as forças oriundas dos poderes político, técnico e econômico, intervindo na liberdade dos particulares para garantir a segurança da coletividade (CAMPOS, 1998).

A Vigilância Sanitária ainda encontra dificuldades para alterar o seu processo de trabalho, adequando-o ao modelo proposto pela Vigilância da Saúde, considerando que na grande maioria a fiscalização/inspeção de estabelecimentos e a análise fiscal de produtos são os mecanismos mais utilizados no controle dos condicionantes, determinantes, riscos e danos à saúde. A Vigilância Sanitária apresenta uma incipiente utilização, na sua prática, de outros fatores relevantes como o perfil epidemiológico, os problemas de saúde e as condições de vida, hábitos e costumes da população.

No que se refere à dimensão gerencial, o método de trabalho não é organizado na forma de operações, visando o enfrentamento dos problemas de saúde da população, e estes, na maioria das VISAs, não são adotados como o eixo norteador que define a prática de Vigilância Sanitária, suas metas e seus indicadores. No que se refere, especificamente, aos indicadores de VISA, quando identificados, são basicamente para avaliação de desempenho (indicadores operacionais e táticos), dificilmente são identificados e avaliados indicadores de impacto (estratégicos). Esta afirmação é confirmada, considerando que a maioria dos indicadores de avaliação das ações de vigilância sanitária tem como base o número de inspeções e coletas de amostras (indicadores de desempenho), havendo nesta área, dificuldade de estabelecer indicadores estratégicos que avaliem o enfrentamento de problemas de saúde da população decorrentes de ações de VISA.

Este capítulo abordou a Vigilância à Saúde suas características, modelos e propostas de intervenção que visam o enfrentamento dos problemas de saúde da população, buscando a mudança da realidade, bem como a inserção da Vigilância Sanitária no contexto da Vigilância à Saúde.

3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA, POSSIBILIDADES E LIMITES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA

A definição de Vigilância Sanitária contida no art. 6º, § 1º da Lei no 8.080/90, bem como a abrangência de ações que são de sua responsabilidade e competência, já caracteriza esta organização como burocrática e complexa, cujos problemas sociais precisam ser enfrentados, de forma a garantir o direito à saúde da coletividade.

Observando a dicotomia que existe entre o discurso e a prática na Saúde, este capítulo tem por objetivo discutir a importância das práticas de Vigilância Sanitária e do planejamento estratégico no modelo burocrático de organização, para compreender seus mecanismos estruturantes, perceber sua complexidade e os meios de trabalho, visando contribuir para a ampliação do conhecimento acerca dos elementos que compõe a sua estrutura.

Este capítulo está organizado em três seções. A primeira discute a Vigilância Sanitária e seu modelo burocrático de organização; a segunda trata das possibilidades e dos limites do planejamento estratégico no contexto da Vigilância Sanitária e a terceira enfoca a influência do Novo Gerencialismo no âmbito da Vigilância Sanitária.

3.1 MODELOS ORGANIZACIONAIS: UMA BUSCA PARA A COMPREENSÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As organizações fazem parte de quase todas as atividades humanas tornando-se, cada vez mais, indispensáveis na estrutura da sociedade moderna, influenciando diretamente na vida de grande parte dos indivíduos, que dependem delas para garantir meios de subsistência. Vários estudos foram dedicados a compreender a burocracia e identificar nas organizações a sua manifestação, a exemplo do modelo Weberiano que assume a organização burocrática como um grupo social comprometido na realização de objetivos explícitos e declarados, desempenhados de forma coordenada e apresentando características específicas (WEBER, 1963).

De acordo com Weber (1963) a autoridade racional legal, caracteriza-se pela: a) organização dos cargos que ocorre de forma hierarquizada e por meio de nomeação; b) especificação de competência para cada cargo; c) ocupação do cargo totalmente separada da propriedade e dos meios de administração; d) remuneração fixa e “compatível” com a função exercida; e) distribuição de responsabilidades, a partir da divisão do trabalho, de acordo com as funções definidas e da qualificação técnica da autoridade ocupante do cargo; f) definição de instrumentos coercitivos cuja aplicação está limitada às condições pré-definidas; g) formalização de todos os atos administrativos. Isto posto, pode-se fazer uma analogia com a estrutura atual da Vigilância Sanitária nas suas esferas de governo, que aparentemente atendem ao modelo proposto por Weber.

Outros autores como Gouldner e Hall (1963) defendem que, a proposição de Weber trata de um modelo ideal teórico, e que não pode ser adotado como parâmetro único para definir e caracterizar todas as organizações. Estas, a depender das características organizacionais e funcionais, poderão apresentar níveis diferentes de burocracia. Segundo Hall (1963), o grau de burocratização de uma organização parece estar relacionado com os fatores de atividade, e não com a idade, o tempo de existência e o tamanho da organização.

Gouldner (1964) avalia a teoria de Weber por meio das seguintes dimensões: sistema de normas, disciplina e conhecimento técnico. Para o autor, Weber utilizou como base de estudo a burocracia governamental, estendendo sua hipótese para todas as organizações, adotando como premissa que, como as metas eram únicas, independentes do seu extrato

burocrático, não havia necessidade de distinguir normas estabelecidas (regras baseadas e justificadas pelo conhecimento técnico), de normas impostas (normas de caráter punitivo e que devem ser obedecidas). Como as organizações apresentam características diferentes, a definição de uma norma pode impactar de forma diversa nos níveis hierárquicos, podendo gerar conflitos internos, a depender do poder de articulação e imposição dos grupos interessados.

A introdução da dimensão “sistema social” para explicar o desenvolvimento de uma organização burocrática (ENSENSTADT, 1966), traz um enfoque que contribui para a contextualização da vigilância sanitária na burocracia. Dentre as condições elencadas pelo autor para explicar a implantação de uma organização burocrática, a que melhor se aplica a Vigilância Sanitária, é a que aponta a diferenciação cada vez maior da estrutura social como um elemento que favorece a maior complexidade nas esferas da sociedade, favorecendo uma crescente interdependência entre grupos à distância, gerando dificuldade na garantia de direitos, serviços e suprimentos de recursos. Segundo o autor, as características da organização burocrática estão relacionadas às funções e atividades que desempenha e a relação dos seus objetivos com: a) os valores sociais, b) o sistema de poder e c) o grau de legitimidade da sua ação na sociedade.

As ações de Vigilância Sanitária, como parte integrante do sistema de poder governamental e como direito da coletividade, para serem desenvolvidas necessitam de alto grau de legitimidade no meio social e que o seu arcabouço legal esteja em consonância com os valores sociais e éticos da sociedade.

Observando o modelo proposto por Max Weber (1963), para Autoridade Legal: a) adoção de normas legais, cuja obediência tem por finalidade fins utilitários e valores racionais, e que devem ser acatadas por todos as pessoas que estejam sob a esfera da autoridade ou do poder; b) ação sustentada no Direito (sistema integrado de normas abstratas), e na aplicação da lei geral aos casos particulares; c) aplicação do processo administrativo como instrumento que pretende racionalizar os interesses coletivos; d) organização da estrutura funcional de forma hierarquizada, com a autoridade sendo exercida através dos cargos; e) obediência à autoridade conforme a lei estabelecida (obediência não é à pessoa da autoridade, mas a ordem impessoal), pode-se considerar a Vigilância Sanitária como uma organização burocrática e complexa cujas ações estão sujeitas à supremacia do interesse público e aos princípios da Administração Pública da: legalidade, impessoalidade,

moralidade, publicidade e eficiência, sendo este último inserido na *Lex Mater* sob a forma de Emenda Constitucional.

O Quadro 1 apresenta a compreensão das dimensões de uma organização definidas por Max Weber e Richard Hall e suas relações com as dimensões da Vigilância Sanitária, pode-se observar que as dimensões explicitadas pelos autores apresentam similitudes com as da Vigilância Sanitária.

DIMENSÕES DA ORGANIZAÇÃO			DIMENSÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ESPECIFICIDADES	RICHARD HALL	MAX WEBER	
Divisão do trabalho baseado na especialização funcional	X		Na vigilância sanitária (Estado da Bahia), a divisão do trabalho é por esfera de competência, necessitando, contudo de alto grau de especialização funcional para desempenhar as atividades;
Uma definida hierarquia de autoridade	X	X	Hierarquia de autoridade
Um sistema de normas englobando os direitos e deveres dos ocupantes de cargos	X		Sistema de normas e regulamentos que definem a atuação da vigilância sanitária
Um sistema de procedimentos que ordenam a atuação no cargo	X		O profissional de vigilância sanitária atua de acordo com os procedimentos estabelecidos nacionalmente
Impessoalidade das relações interpessoais	X		A impessoalidade é um dos princípios do serviço público
Promoção e seleção segundo a competência técnica	X		A seleção ocorre através de concurso público e a promoção através de Plano de Cargos e Salários.
A organização dos cargos ocorre de forma hierarquizada e através de nomeação		X	O serviço público em geral é organizado de forma hierarquizada, os cargos denominados “de confiança” são ocupados através de nomeação e os cargos técnicos através de concurso público.
Especificação de competência para cada cargo		X	As competências dos cargos estão definidas em legislação específica.
O ocupante do cargo está totalmente separado da propriedade dos meios de administração e sua remuneração é fixa e “compatível” com a função exercida		X	No serviço público a propriedade é pública, a remuneração é fixa. No que se refere a remuneração, apesar da vigilância sanitária estar dentro de um sistema nacional, a remuneração dos cargos varia de acordo com a esfera governamental
Distribuição de responsabilidades, a partir da divisão do trabalho, de acordo com as funções definidas e da qualificação técnica da autoridade ocupante do cargo		X	A divisão do trabalho e a distribuição de responsabilidades e competências ocorrem de acordo a complexidade das funções a serem realizadas por ocupantes de cargos qualificados.
Definição de instrumentos coercitivos cuja aplicação está limitada as condições pré-definidas e formalização de todos os atos administrativos		X	A legislação sanitária define as condições de funcionamento do sistema de VISA. A Lei Federal nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 é uma legislação coercitiva que regulamente e formaliza os atos administrativos.

Quadro 1 - Vigilância Sanitária e Modelos de Organização

FONTE: Weber (1966), complementações da autora.

A acepção de Vigilância Sanitária está explicitada no art. 6º, § 1º da Lei 8.080/90, que a define como:

conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Segundo o art. 200 da Constituição Federal (1988), as ações sob a competência e responsabilidade da Vigilância Sanitária têm como abrangência: a) o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo; b) o controle da prestação de serviços que se relacionam com a saúde; c) o controle e a fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, compreendendo a produção de farmoquímicos, medicamentos, materiais, artigos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; c) a execução das ações relacionadas à saúde do trabalhador; d) a participação na formação de Recursos Humanos na área de VISA; d) a participação na formulação de política de saneamento básico e de incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área de VISA; e) a fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e água para consumo humano; f) participar do controle do teor nutricional dos alimentos; g) participar do controle e fiscalização da produção, do transporte, da guarda e utilização de substâncias tóxicas e radioativas; e h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho (BRASIL, 1988).

Verifica-se, deste modo, que na Vigilância Sanitária essas dimensões fazem parte do cerne desta organização (que envolve articulações complexas e setores estratégicos como da economia, jurídico-legal e social) e do seu caráter racional, interdisciplinar e intersetorial. Esta convive com a constante mediação de conflitos de interesses divergentes, fazendo com que a racionalidade seja um dos princípios desta organização, assim, a Vigilância Sanitária pode ser caracterizada como uma organização burocrática, segundo o modelo weberiano.

Um conceito que pode contribuir para a compreensão da Vigilância Sanitária é de **dominação legítima**, que segundo Weber (1979) consiste na probabilidade de se obter obediência a um determinado mandato, e esta pode ser alcançada de três formas: a) das possíveis vantagens que o sujeito que obedece espera conseguir; b) dos costumes; ou c) decorrente do afeto. As relações de dominação são legitimadas através do arcabouço jurídico,

e podem ser classificadas como: a) **dominação legal**, instituída a partir de um estatuto, e seu tipo mais puro é a dominação burocrática que apresenta como principais características: a nomeação ou eleição como forma de associação dominante, a obediência não é para uma pessoa, mas as normas e regras instituídas que devem ser seguidas pelos funcionários superiores e pelos funcionários de menor escalão e a impessoalidade no exercício do cargo. Este tipo de dominação está presente na estrutura do Estado moderno e se reflete na Vigilância Sanitária; b) **dominação tradicional** corresponde a dominação patriarcal, e apresenta uma relação de dominação de senhor e súdito. A obediência é para a pessoa por fidelidade, tendo como base a tradição. Este tipo de dominação é observado no Estado patrimonial; e, c) a **dominação carismática** corresponde à devoção afetiva a uma pessoa, apresentando caráter autoritário e dominador (WEBER, 1979).

Observando os tipos de dominação descritos por Weber, nota-se que a Vigilância Sanitária apresenta características que a aproximam da dominação legal, tais como: a estrutura de cargos; as regras de funcionamento interno e as normas (arcabouço legal / jurídico / sanitário) que definem sua atuação sobre o setor regulado; a impessoalidade de suas ações que é uma imposição legal; a definição da hierarquia de cargos e suas competências; a adoção de administração baseada em documentos e a especialização de funcionários na atividade fim.

A estrutura da Vigilância Sanitária está erguida sobre quatro pilares: **o normativo** constituído pelo arcabouço jurídico-legal que define sua relação com o exterior, **o organizacional/disciplinar**, que compreende o arcabouço jurídico-institucional que estabelece as regras de conduta interna, os recursos necessários à materialização das ações (materiais, humanos, financeiros e tecnológicos), **o controle social** que se refere à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, mediante as Conferências de Saúde¹⁴ e os Conselhos de Saúde¹⁵ e **o poder de polícia**, que é um poder administrativo, definido no art. 78 do Código Tributário Nacional como:

uma atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou a abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de

¹⁴ As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos, contando com a representação dos vários setores organizados da sociedade, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (Brasil, 1990).

¹⁵ Conselho de Saúde é órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde.

atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos.

Para melhor entendimento do conceito de **poder de polícia** na área da Vigilância Sanitária, é necessário conceituar e discutir o **poder administrativo**. Segundo Meirelles (2003), a administração pública é dotada de poderes adequados e ajustados às suas competências e responsabilidades, são poderes instrumentais, na medida em que, constituem-se em instrumentos de trabalho compatíveis com a execução das tarefas administrativas, e se apresentam de forma variada, de acordo com as exigências: a) do serviço público; b) do interesse da coletividade, e; c) dos objetivos institucionais.

Segundo Meirelles (2003), o poder administrativo pode ser classificado como:

- a) **Poder Vinculado** corresponde ao ato de competência conferido por meio da lei (Direito Positivo). É um instrumento que regulamenta a prática do agente público, ficando a liberdade de ação do administrador restrita às determinações e especificidades da lei, garantindo dessa forma o princípio da legalidade¹⁶;
- b) **Poder Discricionário** é a liberdade, concedida pelo Direito, do agente público de realizar uma ação administrativa, dentro dos limites estabelecidos na legislação, considerando que a inserção deste na realidade, lhe confere a capacidade de avaliar, julgar e optar pelo ato mais conveniente e aplicável. O uso desse poder tem por finalidade atender ao interesse público individual ou coletivo, sendo que, para praticá-lo o agente deverá ter competência legal e obedecer à forma legal. Estes atos são limitados pelos princípios gerais do direito e pelas regras da boa administração que são na verdade preceitos de moralidade administrativa¹⁷ (MEIRELLES, 2003).

¹⁶ Legalidade é um dos princípios da administração e significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum e deles não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e responder disciplinar, criminal e civilmente pelos seus atos (MEIRELLES, 2003).

¹⁷ Moralidade Administrativa se refere a uma moral jurídica e corresponde ao conjunto de regras de conduta tiradas do interior da disciplina interior da Administração e a validade dos atos da Administração Pública (MEIRELLES, 2003).

Muito embora na administração pública existam outros poderes como: hierárquico, disciplinar, regulamentar, neste trabalho será enfatizado o poder e polícia, dado ser o mesmo o mais utilizado nas ações de VISA.

O Poder de Polícia é a faculdade da Administração Pública de condicionar e restringir o uso e o gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade ou do próprio Estado. Este poder tem como razão o interesse social e está fundamentado na supremacia do interesse público sobre o interesse privado e na hegemonia do Estado sobre o seu território e todos os elementos aí inseridos.

As restrições impostas pelo Estado devem estar descritas em normas específicas. Os limites do poder de polícia administrativa são demarcados pelo interesse social e pelos direitos estabelecidos na Constituição Federal. Tem como atributos: a) discricionariedade que corresponde a faculdade da Administração de praticar atos administrativos com liberdade na escolha de sua conveniência, oportunidade e conteúdo; b) auto-executoriedade que é a faculdade da Administração de avaliar, decidir e executar diretamente sua decisão por seus próprios meios, sem intervenção do Judiciário; c) coercibilidade é um ato imperativo, que deve ser obedecido, sendo que o não cumprimento da determinação imposta por esse ato pode implicar no uso de força pública na sua efetivação. Seus meios de atuação são de forma preventiva, a partir da elaboração de normas e regulamentos limitadores da conduta daqueles que utilizam, produzem bens ou realizam atividades que possam vir a prejudicar a coletividade, ficando condicionada a realização da atividade à liberação do Alvará Sanitário (licença), que deve ser precedido da ação de inspeção ou fiscalização (MEIRELLES, 2003).

O Poder de Polícia tem por condições de validação a competência, a finalidade, a forma, a proporcionalidade¹⁸ e a legalidade dos meios¹⁹. Quanto às sanções, na área da Vigilância Sanitária, estas estão definidas na Lei Federal nº 6.437 de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências (MEIRELLES, 2003) e no Código Sanitário Estadual, Lei nº 3.982 de 29 de dezembro de 1981, que dispõe sobre o Subsistema de Saúde do Estado da Bahia, aprova a legislação básica sobre promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências.

¹⁸ Proporcionalidade é a correspondência que deve existir entre a infração cometida e a sanção aplicada (MEIRELLES, 2003).

¹⁹ Legalidade dos meios significa que estes devem ser humanos, legítimos e compatíveis com a urgência e a necessidade da medida adotada (MEIRELLES, 2003).

A Vigilância Sanitária, na Bahia, é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde, integrante da administração direta, sendo-lhe conferido todos os poderes anteriormente descritos. O poder vinculado é uma das suas bases. Todos os seus atos e competências estão definidos e descritos na legislação sanitária e seus agentes devem cumpri-las, sob pena de nulidade do ato.

Considerando que seria impossível incluir na legislação todas as possibilidades de não conformidade, que podem ser cometidas por aqueles que são passíveis de controle sanitário, cabe aos agentes da vigilância sanitária, agir com legitimidade, exercendo o poder discricionário de forma a garantir o interesse da coletividade no que se refere à redução de riscos e agravos à saúde, no seu âmbito de atuação. O poder hierárquico é praticado por todos os órgãos da administração direta, o poder disciplinar é exercido pela vigilância sanitária como parte do seu processo de trabalho, com ênfase para a ação de inspeção sanitária e fiscalização, tendo como principal norma regulamentadora a Lei Federal nº 6.437 de 20 de agosto de 1977.

O poder regulamentar está definido na Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que no seu art. 17 determina a competência da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) de estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde. No que se refere ao poder de polícia, na área da saúde, este é exercido exclusivamente pela Vigilância Sanitária.

3.2 AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária, parte integrante do SUS, como um direito do cidadão e um dever do Estado, tem por atribuição executar uma Política Pública universal, estruturante, regulatória, redistributiva e de caráter social, econômico e legal que objetiva garantir a saúde da população por meio do desenvolvimento de ações preventivas ou corretivas que reduzam ou eliminem riscos e agravos à saúde.

O direito à saúde está formulado e sistematizado na Lei Federal n.º 8.080/90, que explicita suas diretrizes e os princípios norteadores da ação do poder público, definindo as regras que regem as relações entre poder público e sociedade, bem como, as mediações entre os atores sociais, os atores institucionais e o Estado.

Distintamente de outras áreas da saúde, o limite entre o espaço público e privado está demarcado e legitimado pela legislação vigente, que visa, além da prevenção de riscos e controle de agravos, ampliar e efetivar direitos de cidadania.

As ações de Vigilância Sanitária podem ser caracterizadas: a) quanto ao grau de intervenção, como uma ação de saúde estrutural por intervir nas relações de produção de bens e serviços; b) quanto à abrangência dos seus benefícios pode ser considerada universal, por beneficiar todos os cidadãos indistintamente; c) quanto ao impacto, como uma ação redistributiva por atingir o maior número de pessoas, com perdas concretas para certos grupos e ganhos incertos e futuros para outros grupos; e d) quanto ao seu papel nas relações sociais pode ser considerada uma ação regulatória, por definir regras e procedimentos que irão regular o comportamento dos atores envolvidos, em prol dos interesses gerais da sociedade (TEIXEIRA, 2002).

Segundo Marx (1966), o princípio da política é a vontade, e esta é exercida pelo Estado. Assim, quanto maior a crença na onipotência deste sentimento, menor será a capacidade de reconhecer a origem dos males sociais, e do ponto de vista político o Estado é a estrutura da sociedade e a própria origem desses males. Em função da baixa capacidade de se identificar como o gerador dos males sociais, o Estado atribui a terceiros esta responsabilidade. Para funcionar e se manter, o Estado necessita de uma estrutura administrativa para organizar suas atividades, e essa administração tem o seu poder findo na linha limítrofe que separa a vida pública da vida civil. O Estado moderno está edificado na contradição entre o interesse público²⁰ e o interesse privado²¹, que é fruto do caráter insocial da sociedade civil, da propriedade privada, das relações comerciais, da produção industrial e da pilhagem entre os diferentes grupos sociais (MARX, 1966).

²⁰ Interesse público corresponde aos interesses defendidos pelo Estado, junto a sociedade civil, com vistas a manter as condições de harmonia social (MARX, 1966).

²¹ Interesse privado é potencializado pelos agentes econômicos representantes do capital, com vistas a acumulação (MARX, 1966).

A formação desses grupos está alicerçada nos interesses privados e individuais. Assim, quanto mais forte o grupo, maior será seu poder sobre os indivíduos, outros grupos e sobre o próprio Estado, que passa a administrar o conflito entre a garantia dos direitos privados e garantia de direitos ditos universais. Para melhorar as relações sociais e reduzir os conflitos é necessária a implantação de um sistema de regulação e controle por meio do estabelecimento de regras e leis, cujo cumprimento depende, em certos casos, do uso da força e aplicação de punição, que se constituem em um meio de defesa contra as infrações que podem comprometer as condições que lhes são favoráveis. Marx (1966, p.23) definiu a relação entre força e poder do Estado na construção da sociedade, como sendo: *“A força é parteira de toda a sociedade velha, grávida de uma nova. É por si mesma um poder econômico”*.

Segundo MATUS (HUERTES, 1996), o mercado é impotente para solucionar problemas sociais de médio e longo prazo, é “cego” para o custo ecológico e social dos seus processos produtivos e “surdo” para as demandas sociais individuais ou coletivas, sendo também incapaz de alcançar o equilíbrio macroeconômico, enfrentar a falta de patriotismo, a corrupção e a desonestidade, garantir a continuidade das economias de escala e redistribuir a renda nacional, reduzindo as diferenças sociais. Para complementar e corrigir a deficiência do mercado, Matus (1996) propõe o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um método do planejamento estratégico indicado para o setor público no qual os atores são os partidos políticos, governantes, dirigentes de organizações públicas, empresariais e sindicais; os temas abordados são os problemas públicos e o social é o centro do jogo, abrangendo também a área política e econômica.

Matus (1966) explica que o planejamento para ser legítimo deve buscar minimizar a imposição de valores, mediante exercício da prática democrática descentralizada. Para o autor, o ator privilegiado é o governo e é este quem planeja. Assim, o fracasso ou o sucesso de um plano é determinado pela forma como este é conduzido no alcance dos objetivos e na qualidade dos instrumentos, técnicas e procedimentos de condução desenvolvidos e o foco de intervenção é o problema identificado (HUERTAS, 1996).

Pelo exposto, o Planejamento Estratégico proposto por Matus (1966), cujo compartilhamento do poder é a categoria chave para o sucesso da iniciativa, encontra barreiras na sua implantação em função da característica burocrática hierarquizada da organização, que se caracteriza pela centralização do poder.

3.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DO NOVO GERENCIALISMO

O Novo Gerencialismo, na administração pública, parte da premissa que o modelo burocrático, hierarquizado, segmentado e centralizado deve ser substituído por um modelo descentralizado caracterizado por: a) ser formado por equipes interdepartamentais, b) ampliar a comunicação entre os diversos setores, c) promover a implantação de incentivos para os funcionários, d) fortalecer a execução de projetos por equipes, e) desconcentrar as atividades e a tomada de decisão. Este modelo exige, contudo um alto grau e comprometimento e motivação dos funcionários, gerentes e gestores. O Quadro 2 apresenta as principais diferenças entre o modelo burocrático e o modelo do Novo Gerencialismo, (MENDES, 2000).

NOVO GERENCIALISMO	MODELO BUROCRÁTICO
Sistema descentralizado com redução da hierarquização	Sistema centralizado, baseado em cargos fortemente hierarquizado
Promoção baseada no mérito do sujeito e no pagamento por desempenho	Salários fixos, nomeação com base na qualificação técnica.
Estruturação interna baseada no gerente e no poder de decisão que é delegado para os funcionários. A gestão é baseada em resultados.	As relações intra-organizacionais são hierarquicamente organizadas, sendo suas funções claramente definidas.
Prestação do serviço é terceirizada para agência não governamental.	A prestação do serviço, preferencialmente, deve ser realizada por órgão público.
As relações do setor público com o mercado são estabelecidas através de contrato com prazo pré-fixado, sendo o planejamento desagregado da execução.	O planejamento é centralizado e os contratos são firmados sobre normas bem definidas.

Quadro 2 - Comparativo das Características dos Modelos Gerenciais Propostos pela Burocracia e pelo Novo Gerencialismo

Fonte: MENDES, (2000)

O Novo Gerencialismo é considerado uma tendência da administração pública e tem como explicação ou justificativa a necessidade de redução na contratação de recursos humanos e dos gastos do governo, contudo a adoção de uma nova forma de administração para ser efetivada necessita de novas habilidades gerenciais, desenvolvimento de conhecimento e capacidade de aprendizagem organizacional²², cujo resultado é a busca de eficiência.

²² Aprendizagem organizacional se constitui na forma de desenvolvimento das organizações, por meio das experiências que apresentam sucessos e insucessos. (MENDES, 2000)

Retomando um dos princípios básicos da administração, definido no art. 37 da Constituição Federal de 1988, e confirmado na Emenda Constitucional. nº 19 de 04 de julho de 1998, a **eficiência**, consiste na realização da atividade administrativa de forma prestativa, perfeita e com alto nível de rendimento funcional. Este princípio impõe a obtenção de resultados positivos para o serviço público e atendimento das necessidades da coletividade.

No campo do Direito Administrativo, além de um princípio, a eficiência é um dever, que abarca a produtividade funcional, a perfeição do trabalho e a utilização de técnicas adequadas aos fins a que se propõe, de modo a obtenção, mediante avaliação, de resultados e desempenhos. Na avaliação da eficiência devem ser abordados os aspectos quantitativos e qualitativos do serviço, de forma a apurar o rendimento efetivo, o custo operacional e a real utilidade da operação. A eficiência se desenvolve no campo da administração, da economia e da técnica. (MEIRELLES, 2003)

O desafio do setor público para a implantação e implementação de mudanças, como as propostas pelo Novo Gerencialismo, está principalmente na motivação e no processo de aprendizagem organizacional contínuo. Este é dificultado pela alta rotatividade do cargo dos gerentes no setor público que, na maioria das vezes, são oriundos de indicação política e as constantes mudanças estruturais e organizacionais decorrentes da troca desses gerentes. No que se refere a motivação dos servidores públicos, a definição de parâmetros de produtividade, com vistas a implantação de um processo de incentivo financeiro é dificultado pelo número de funcionários, a grande diversificação de atividades e funções, o desuso de indicadores de avaliação de desempenho individual e coletivo e a dificuldade de impedir a prática do nepotismo.

Para efeito deste estudo a Vigilância Sanitária, pela sua complexidade, é considerada como organização de natureza preponderantemente burocrática, conforme o modelo proposto por Max Weber. Contudo, as Diretrizes e Princípios do SUS e da Lei 8.080/90, conduzem o setor saúde para a adoção de um modelo administrativo menos burocrático e mais gerencial, pautado na municipalização, com desconcentração do poder (transferência de recursos, atribuições e tomada de decisão para a esfera de gestão municipal), descentralização das ações (competências e responsabilidades) e implementação de um processo de pactuação com metas e resultados pré-definidos.

O desafio da Vigilância Sanitária está na convivência com o caráter burocrático organizacional e os pressupostos da administração pública gerencial²³ que segundo Guimarães (2003), o cerne desta mudança está na eficiência e apóia-se nos conceitos de flexibilização, qualidade, competência, inovação e mudança, buscando, desta forma aproximar a administração pública da administração privada. Isso, no caso da Vigilância Sanitária pode gerar um conflito, considerando sua baixa capacidade de flexibilização das atribuições que lhes são inerentes e a impossibilidade legal de delegar suas competências e responsabilidades.

O processo político-administrativo de descentralização é um princípio e diretriz do SUS, tendo em cada esfera de governo direção única, com ênfase na descentralização das ações para os municípios, adotando como estratégia a regionalização e hierarquização da rede de atenção à saúde. O requisito da administração gerencial de descentralizar as atividades para organizações públicas não estatais, no caso da Vigilância Sanitária, não pode ser implementado, por ser esta uma ação exclusiva do estado, no âmbito da administração direta, ficando restrita a descentralização ao Sistema de Vigilância Sanitária (esferas federal, estadual e municipal). A caracterização da Vigilância Sanitária segundo os princípios da administração burocrática, não implica que esta seja ineficiente.

Enfim, o campo de atuação da Vigilância Sanitária está imerso no conflito de interesses divergentes, mediando a arena na qual a garantia da saúde da coletividade confronta com o poder econômico oriundo da produção e do mercado e seu usuário, diferentemente de outros serviços de saúde, não é apenas o indivíduo, mas principalmente a pessoa jurídica formalmente constituída.

A Vigilância Sanitária no exercício do poder de polícia a ela delegado pelo Estado limita, disciplina e regula os setores produtivo, público e privado, de bens e serviços, podendo privá-lo de exercer suas atividades, influenciando diretamente no seu desempenho, inclusive o econômico, com vistas a garantir o direito da coletividade a não ser exposta a riscos, decorrentes da produção de bens e da prestação de serviços, que podem ser prevenidos pela

²³ Administração Pública Gerencial corresponde a nova forma de Administração Pública apoiada em conceitos como flexibilidade, qualidade, competência, inovação e mudança, se constitui em uma tentativa de tornar a administração pública semelhante administração nas empresas privadas, com gestão baseada em resultados. Tem como pressuposto a descentralização de atividades, o foco é no cidadão, no planejamento e no controle preventivo, prevê a redução de cargos hierárquicos, redução de custos e desenvolvimento de parcerias com outras organizações (GUIMARÃES, 2003).

ação de VISA. Este quadro impõe a Vigilância Sanitária o desenvolvimento de capacidade de articulação que permita harmonizar os interesses econômicos, jurídico-legais e sanitários.

As organizações burocráticas podem contribuir para a superação de problemas decorrentes da diferenciação no sistema social, desempenhando a função de organizar serviços, coordenar atividades de grande escala, controlar conflitos e gerenciar as várias relações intergrupais, (ENSENSTADT, 1966).

A Vigilância Sanitária pode ser caracterizada como uma organização burocrática e complexa, pela sua similaridade com o modelo proposto por Max Weber (1963), para Autoridade Legal. Considerando as dimensões explicitadas neste capítulo, pode-se afirmar que a Vigilância Sanitária possui características de uma organização burocrática como: a) complexa divisão do trabalho por esfera de competência (federal, estadual e municipal); b) estrutura hierárquica multigraduada e legitimada; c) normas que regulamentam e controlam a ação de VISA, que estruturam o trabalho, exigem comportamento impessoal orientado por regras que enfatizam o cargo e não a pessoa que o ocupa (principalmente em relação ao setor regulado); e, d) apesar da base para seleção e promoção não ser o desempenho de tarefas, a competência técnica é um dos sustentáculos da VISA.

4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE: HISTÓRICO E MÉTODO

Independentemente do modelo adotado por uma organização, o alcance dos seus objetivos depende do planejamento das suas ações, da definição e cumprimentos das metas estabelecidas e dos indicadores de avaliação (desempenho/operacionais, táticos/gerenciais e de impacto/da gestão), utilizados na tomada de decisão. Assim, este capítulo, objetiva apresentar o planejamento em saúde e suas diversas propostas e modelos.

Na área da saúde o planejamento sempre ocupou lugar de destaque, observando-se o consenso no uso desta prática, dado que é um elemento capaz de propiciar a reformulação da realidade através do enfrentamento dos problemas sociais de forma organizada, racional, sistemática e metodológica.

O planejamento na sua noção mais simplificada significa a busca da não improvisação. Este pode ser considerado como decorrência do processo de calculabilidade, previsibilidade e racionalidade da sociedade moderna (GIOVANELLA, 1991).

Na sociedade tradicional o futuro é imposto, cabendo a Deus o seu desfecho, a palavra chave que refletiria a relação dos indivíduos com o futuro seria a pré-vidência, isto é, os ciclos se repetem e a tradição garante que o futuro será sempre como o passado. Na sociedade moderna a palavra chave seria previsão, esta é resultado de cálculos, pressupõe que o futuro não está predestinado e depende da ação dos indivíduos. (GIOVANELLA, 1991).

A primeira proposta de planejamento social foi iniciada em 1918, pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, quando da elaboração do Plano Nacional de Eletrificação.

Em 1928, o Plano Quinquenal, tem por objetivo a reestruturação da economia, visando homogeneidade da sociedade (GIOVANELLA, 1991).

Na sociedade capitalista o planejamento foi praticado após a crise dos anos 30, por John M. Keynes, que propôs a intervenção do estado na economia, por meio de política fiscal expansionista, de investimento e de ampliação de consumo, associada à política de aumento de emprego e renda, objetivando, assim, reduzir as crises e alcançar o pleno emprego²⁴.

Para Keynes, o Estado tem papel fundamental no processo de desenvolvimento socio-econômico de uma nação, principalmente no momento de crise, sendo a mola propulsora para se alcançar o bem estar coletivo. Este deve deixar a passividade e incorporar o conceito de produção pública como um fator importante na acumulação de capital. Como estratégia para alcançar este objetivo, o referido autor propõe o planejamento estatal. Porém, só com o fim da Segunda Guerra Mundial em 1948 é que as nações européias, integrantes do Programa de Recuperação Européia ou Plano Marshall, elaboraram seus planos com implementação prevista para quatro anos, e que pretendiam a reestruturação política e econômica (GIOVANELLA, 1991).

Na década de 40, a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL), buscando a superação das diferenças econômicas entre os países capitalistas, incentivou a adoção do planejamento nos países deste continente, como instrumento de crescimento do produto nacional e acelerador do processo de industrialização, modernização e desenvolvimento (GIOVANELLA, 1991).

Segundo Matus (1978), na década de 50, o planejamento na América Latina assumiu o pressuposto de que o crescimento seria a solução para superar o subdesenvolvimento. O foco inicial foi a economia e posteriormente foi ampliado para os setores sociais. Na área da saúde, este processo foi iniciado após a Carta de Punta del Este, que propôs a incorporação das questões sociais na planificação do desenvolvimento. Esta Carta estabelece objetivos e quantifica metas a serem alcançadas no período de dez anos, definindo com indicadores: taxa de mortalidade infantil, controle de doenças preveníveis, saneamento, alimentação, organização dos serviços assistenciais e o planejamento em saúde,

²⁴ Pleno Emprego é o ponto de equilíbrio no qual o investimento e a capacidade de consumo da sociedade é capaz de absorver o desemprego involuntário (Santos, 2001)

tendo como meta geral o aumento da expectativa de vida dos nascidos vivos, em cinco anos (GIOVANELLA, 1991).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assumiu a função de avaliar os projetos a serem financiados e a sua compatibilidade com as metas definidas, assessorar os países na elaboração dos seus planos nacionais de saúde e promover a formulação de procedimentos para o planejamento em saúde (GIOVANELLA, 1991).

Em 1965 foi desenvolvido um método de planejamento específico para área da saúde, o CENDES/OPAS, tendo como base o trabalho do sanitarista argentino Mário Testa. Este defende o pensamento econômico normativo e a avaliação da relação custo *versus* benefício. Assume que a realidade pode ser enquadrada em uma norma geral e funcionar conforme definido por ela. O objetivo é alcançar maior eficiência e eficácia nas ações de saúde, a partir de cálculos que relacionam o custo do ataque ao dano com o custo por morte evitada (GIOVANELLA, 1991).

Segundo Rivera (1989), o método CENDES/OPAS, busca estabelecer prioridades de ações, visando a redução de danos à saúde de uma determinada população, mediante a adoção de um processo de escolha de técnicas programáticas de combinação de recursos disponíveis. A elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) deveria ser o somatório dos Planos Regionais, que por sua vez refletiriam as diretrizes definidas nos Planos Municipais.

Este método, segundo Giovanella (1991), no início da década de 70 caiu em desuso, em função do seu distanciamento da realidade. Os planos elaborados tendo como base este método, tornaram-se inviáveis em função de que: a) apenas um ator participa da elaboração; b) os conflitos, a disputa por poder e os interesses contraditórios são considerados inexistentes; c) assume que a decisão governamental é a de maior racionalidade e que reflete o consenso; d) não considera a variabilidade e complexidade da realidade. A crítica ao método reside na rigidez do planejamento, que objetivava a otimização de ganhos econômicos e a redução de custos na atenção à saúde, estando a definição de prioridades centrada na relação custo *versus* benefícios.

Como contribuição deste método podem ser elencados: a eleição de prioridades, definição de instrumentos de organização dos recursos necessários à realização de tarefas, análise do rendimento e grau de utilização dos instrumentos, quantificação das tarefas

realizadas e a comparação entre as ações realizadas e os parâmetros normalizados (GIOVANELLA, 1991).

A publicação do texto *Formulacion de las Politicas de Salud* (1975), inclui nas discussões as relações entre as forças sociais, os conflitos e a viabilidade dos planos elaborados, sendo incorporada ao planejamento a análise de viabilidade.

O foco do planejamento é deslocado da área econômica para a área política. Apesar de uma das premissas ser a identificação dos possíveis aliados e opositores na formulação da proposta, apenas o viés político foi considerado, sendo ignoradas, no campo das decisões, as demais forças integrantes do processo de planejamento, como a demanda social, o corpo técnico da saúde e as características internas das instituições. A proposta mantém o caráter centralizador e autoritário do processo anterior. A contribuição dessa proposta é a introdução da análise de viabilidade política e definição de estratégias no planejamento em saúde (GIOVANELLA, 1991).

Barrenechea & Trujillo (1987) propõem uma metodologia de planejamento que pode ser utilizada por qualquer ator social na atenção primária. O foco está nos instrumentos a serem utilizados na execução das ações e na implementação das estratégias definidas. Estes assumem como pressupostos: a existência de forças de oposição, a necessidade de negociação, incerteza do futuro e a complexidade do sistema de saúde.

A Proposta de Medellín foi idealizada por Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea e sustenta proposições do planejamento estratégico empresarial, admite a existência de turbulências externas e orienta as organizações no processo de adaptação ao ambiente.

Nesse contexto, o planejamento é compreendido como um processo complexo que avalia a mudança social a partir de um determinado ator social. Parte do pressuposto que, para planejar o futuro, deve-se conhecer a teoria política, contudo, esta não é discutida ou avaliada. Os conflitos sociais, os interesses divergentes e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde são admitidos, sem ter suas causas determinadas. Estes propõem que, após a identificação das diferenças sociais, sejam elaborados instrumentos capazes de reduzir as desigualdades entre os grupos sociais (GIOVANELLA, 1991).

Na elaboração do plano, os autores assumem a complexidade do sistema de saúde como parte integrante do social, cujo ambiente é pouco previsível, turbulento e de difícil

controle, em função do número de variáveis envolvidas no processo. Estes, rompem com a base do planejamento tradicional, propondo um plano flexível em constante adequação a realidade, por meio de um processo de negociação (GIOVANELLA, 1991).

O Método ALTADIR de Planificação Popular (MAPP) é um método simplificado de planejamento, dirigido para equacionar problemas parciais, pouco complexos e menos inter-relacionados. O MAPP é uma criação da Fundação ALTADIR, e pode ser uma opção ao planejamento estratégico situacional, quando a natureza do problema a ser enfrentado é de baixa complexidade ou quando o órgão, responsável pelo enfrentamento do problema, necessita desenvolver a cultura do planejamento (HUERTAS, 1996).

As Propostas Programático-Estratégicas foram idealizadas, pelo médico argentino Mário Testa, que defende o Poder como sendo o problema central do Planejamento em Saúde, seu ator privilegiado é a classe/grupo/força sindical/movimento social e seu foco é o setor social enquanto estrutura de poder.

Testa (1986), considera o processo saúde-doença sob o ponto de vista social, e os problemas existentes no setor saúde como decorrentes da estrutura social e de poder predominante. Propõe o diagnóstico da situação tomando como referência três esferas de poder: o diagnóstico administrativo (avalia a estrutura administrativa), o diagnóstico estratégico (relações de poder na sociedade) e o diagnóstico ideológico (consciência sanitária e social). O planejamento é setorial e baseado na discussão do Poder na sociedade, suas determinações e nas possibilidades de mudança (GIOVANELLA 1991).

Em 1982, o economista chileno Carlos Matus propôs o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), que incorpora os demais atores que influenciam na realidade, sem perder de vista os recursos de poder necessários a efetivação do mesmo.

Para Matus (1966), planejar significa pensar sistematicamente com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propondo objetivos. Planejar significa também projetar o amanhã, buscar alterar a realidade atual e a forma de agir, ambas consideradas inadequadas ou insípidas. É imaginar um futuro melhor não como um mero observador, mas de forma pró-ativa, intervindo na realidade através da identificação dos problemas que a determinam, definindo os objetivos, metas e estratégias para alterá-la beneficentemente, além de ter a capacidade de medir a eficiência e

eficácia do método aplicado para alcançar os objetivos propostos. Planejar é a capacidade de prever o futuro e não predizê-lo (HUERTAS, 1996)

O planejamento é instrumento essencial no cálculo que precede e preside a ação, independente do espaço onde ocorre o jogo social, sendo fundamental nas áreas nas quais a “*mão invisível do mercado*” é incapaz de regular de forma satisfatória (MATUS 1996), como por exemplo, nas áreas que fazem parte das políticas sociais. Para o autor há três modos de planejamento: **planejar a realidade centrada no desenho das regras do jogo social**, com vistas a afinar essas regras para que o sistema ganhe maior eficiência e maior eficácia; **planejar a estratégia do próprio jogo**, para antecipar ou prever grandes jogadas, importantes para os resultados futuros; e **planejar em detalhes**, com o propósito de dar maior precisão quantitativa a cada jogada, invadindo o campo da criatividade de cada jogador.

O primeiro modo exige uma equipe capaz de avaliar e alterar as regras do jogo, sistematicamente vai adequando o método de forma a alcançar os objetivos, sem gerar instabilidade ou insegurança, pressupõe um administrador de conflitos capaz de aplicar as regras e as sanções de acordo com o caso. Já o segundo, observa sistematicamente o desenvolvimento do jogo social, buscando identificar problemas, ameaças e oportunidades, reformulando quando necessário, o plano proposto, sempre com vistas a alcançar a melhoria da realidade. Para Matus a terceira opção é pouco confiável.

O planejamento para ser legítimo deve buscar minimizar a imposição de valores pela prática democrática descentralizada, pois quanto mais próximo dos problemas, mais real e viável será o plano. Para Matus (1966) o ator privilegiado é o governo, *planeja quem governa*. Assim o fracasso ou o sucesso de um plano é determinado pela forma como este é conduzido no alcance dos objetivos e na qualidade dos instrumentos, procedimentos e técnicas de condução desenvolvidas, e o foco de intervenção é o problema identificado (HUERTAS, 1996).

No que se refere a problematização, Matus com o PES, afirma, que se deve trabalhar com macroproblema que oferece a visão global levando a formulação de um planejamento global, e a partir daí selecionar os problemas específicos segundo as causas e nós críticos do macroproblema, formulando os planos específicos por problemas a serem enfrentados de acordo com critérios de priorização (HUERTAS, 1996).

O processo de Planejamento Estratégico compreende quatro momentos: a) o **explicativo**, os atores identificam os problemas, buscam explicar como estes são gerados e

como se desenvolvem, escolhem os que devem ser enfrentados de imediato, compreendendo suas causas e suas conseqüências; b) o **normativo**, definição dos resultados que se quer alcançar a partir do enfrentamento dos problemas selecionados, momento de elaboração do plano de ação, com definição das atividades/ações a serem realizadas, dos recursos necessários e escolha dos responsáveis pela execução do plano; c) o **estratégico**, momento de análise da viabilidade política do Plano de Ação, identificação do grau de dificuldade e definição de estratégias que facilitem ou promovam o cumprimento do plano de ação estabelecido; d) o **tático-operacional**, momento de execução do Plano de Ação, definição de indicadores para acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas e correção de possíveis erros de condução (HUERTAS, 1996).

O PES é um método do planejamento estratégico direcionado para o setor público no qual os atores são os partidos políticos, governantes, dirigentes de organizações públicas, empresariais e sindicais; os temas abordados são os problemas públicos e o centro do jogo é social, abrangendo também a área política e econômica.

Segundo Teixeira (2001), o Planejamento Estratégico Situacional é composto de quatro momentos:

1. Explicativo que corresponde à análise da situação de saúde cujo conceito-chave é o de **situação**. Consiste na identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma população;
2. Normativo que corresponde ao conhecimento da imagem-objetivo e definição da situação-objetivo, e tem como conceito-chave a **direcionalidade**. A imagem-objetivo é definida a partir dos princípios que orientam a política de saúde, se constitui no ideal a ser alcançado. A situação-objetivo está relacionada com os resultados possíveis de serem alcançados, considerando a realidade existente, o cenário²⁵, os problemas priorizados e as condições para o seu enfrentamento.
3. Estratégico implica desenhar estratégias e seu conceito-chave é a **viabilidade**. A partir do problema identificado e da situação-objetivo, são estabelecidas estratégias, preferencialmente a partir do debate político-institucional e das

²⁵ Cenário é uma projeção hipotética de futuro, isto é, a antecipação, pelo pensamento, das configurações possíveis de elementos variáveis (variantes), que podem situar-se no plano político mais geral, no plano político-institucional, econômico, demográfico e epidemiológico (TEIXEIRA, 2001).

organizações sociais, com participação dos atores sociais envolvidos, buscando a definição de compromissos políticos, técnicos e administrativos em torno das ações propostas. Definidas as estratégias de ação estas devem ser analisadas do ponto de vista da sua viabilidade financeira, político-institucional e técnico-operacional, de modo a garantir que não ocorrerá a descontinuidade das ações por falta de recursos;

4. Momento tático-operacional que corresponde à programação, ao acompanhamento e à avaliação (gerenciamento da execução) e seu conceito-chave é **ação-operação**. Momento da quantificação dos objetivos, estabelecimento de metas a serem alcançadas, dos indicadores de avaliação e definição das atividades/operações que devem ser realizadas para se alcançar os objetivos propostos.

O planejamento estratégico é um processo contínuo, no qual busca-se aprender com o passado e articular o presente com o futuro. Suas etapas se entrelaçam e se interpenetram, as linhas que as delimitam são tênues, imperceptíveis e em constante movimento. Avaliar, planejar, agir, executar e avaliar são fases indissociáveis do governar (CASTILHO, 2000).

O Método da Roda, também denominado de Método Paidéia, foi idealizado para apoiar a co-gestão²⁶ de processos complexos de produção, elaboração e implementação de projetos, apoiando simultaneamente a elaboração, a implementação de projetos e a construção de Sujeitos²⁷ e de Coletivos Organizados²⁸. Este método utiliza o conceito ampliado de gestão que incorpora a função gerencial, política, pedagógica e administrativa. Tem por

²⁶ Co-Gestão é um sistema de gestão coletiva. É um caminho proposto para a democratização e para a progressiva desalienação dos agentes de produção. Deve ter a capacidade de produzir compromisso e solidariedade com o interesse público, bem como, ampliar a capacidade reflexiva e de autonomia dos agentes de produção. É uma crítica às concepções dominantes sobre os modos de análise e gerência do trabalho em equipe (CAMPOS, 2000 pg. 28)

²⁷ Sujeito é uma síntese singular resultante do entrelaçamento entre determinantes e condicionantes particulares e universais e a capacidade do próprio Sujeito de alterá-los, mediante processos de análise e de intervenção sobre estes fatores. O Sujeito é uma síntese mutante, com o Núcleo de identidade e um Campo de influências onde ocorrem processos de mudança (CAMPOS, 2000)

²⁸ Coletivos Organizados são Equipes ou Grupos de pessoas que se organiza em função do compromisso de se produzir algum Valor de Uso que potencialmente interesse a parcelas da sociedade. Estes podem ser constituídos também, em função de sua própria reprodução e do atendimento de desejos e interesses de seus membros, cumprindo uma finalidade tríplice: a produção de bens ou serviços com Valor de Uso; a constituição de Sujeitos; e a própria reprodução de coletivos. É caracterizado por sua capacidade de análise e de Co-Gestão. (CAMPOS, 2000).

objetivo principal ampliar nos grupos a capacidade de direção, análise e operacionalização, (CAMPOS, 2000).

O método enfoca sobre a necessidade de incluir o coletivo no processo de organização, tendo como procedimento metodológico o trabalho desenvolvido em grupo, visando construir espaços coletivos e um sistema de co-gestão (CAMPOS, 2000).

A simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações é um dos pressupostos deste método. Os procedimentos a serem desencadeados podem seguir esta seqüência: eleição do tema ou problema, em função da interpretação são tomadas decisões, que desencadeiam ações práticas mediante distribuição de tarefas entre os membros do coletivo, que analisam todas as etapas do processo (CAMPOS, 2000).

A aplicação deste método pode ser entendida como sendo a construção de Sujeitos a partir da sua prática social e da reflexão sobre esta, considerando os diferentes pontos de vista (CAMPOS, 2000)

A partir da análise dos diversos métodos do Planejamento em Saúde, observar-se que estes se desenvolveram de forma seqüenciada, sendo que a aprendizagem, a experiência e o conhecimento adquiridos em cada momento servem de base para o aprimoramento de cada nova proposta de método para o planejamento. Até a década de 1950 o foco do planejamento era a economia sendo a Carta de Punta Del Leste, um marco porque incorpora as questões sociais, inclusive a saúde, no planejamento. Mário Testa com o método CENDES/OPAS incorporou elementos como: a priorização das ações, desenvolvimento de instrumentos que organizam as ações de acordo com os recursos disponíveis e o processo de avaliação dos resultados, a partir das ações realizadas e dos recursos aplicados. O texto *Formulación de las Políticas de Salud*, insere nas discussões do planejamento outros elementos como: as forças sociais, os conflitos de interesses diversos, o estudo de viabilidade e a definição de estratégias. A Proposta de Medellín contribui para a construção do processo de planejamento ao incorporar as variáveis: ator social, ambiente externo e processo de negociação. As propostas programático-estratégicas discutem todo o contexto anterior, a partir da estrutura social e do poder na sociedade.

Demonstrando que o processo de Planejamento em Saúde é construído a partir da incorporação de inovações decorrentes da avaliação das experiências anteriores, o PES mantém aspectos das proposições antecedentes, como ator social, forças sociais, poder, conflito de interesses, dentre outros, propondo a organização da ação com vistas a facilitar a

governabilidade em ambiente de conflito, mediante o processo de aprendizagem contínua, descentralização e compartilhamento do poder.

O Método da Roda mantém a lógica descrita no PES, amplia o processo de descentralização e compartilhamento do poder por meio da co-gestão, centralizando suas discussões no jogo de poder, propondo, por meio do trabalho em equipe, que a gestão seja coletiva e o processo do planejamento seja participativo. As principais diferenças entre os dois métodos podem ser observadas no Quadro 3:

MÉTODO	ATOR PRIVILEGIADO	ESTRATÉGIA	FOCO
PES	Governo	Definição de quatro momentos que se sucedem de forma cronológica e sistemática.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas identificados; ▪ Na ação do governo
Método da Roda	Sujeito e coletivos organizados	Os momentos são definidos pelos Sujeitos, e podem ocorrer de forma simultânea ou não, dependendo da decisão destes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na compreensão dos sujeitos acerca da sua realidade e do processo de construção do planejamento ▪ Gestão compartilhada

Quadro 3 - Principais Diferenças entre o Pes e o Método da Roda

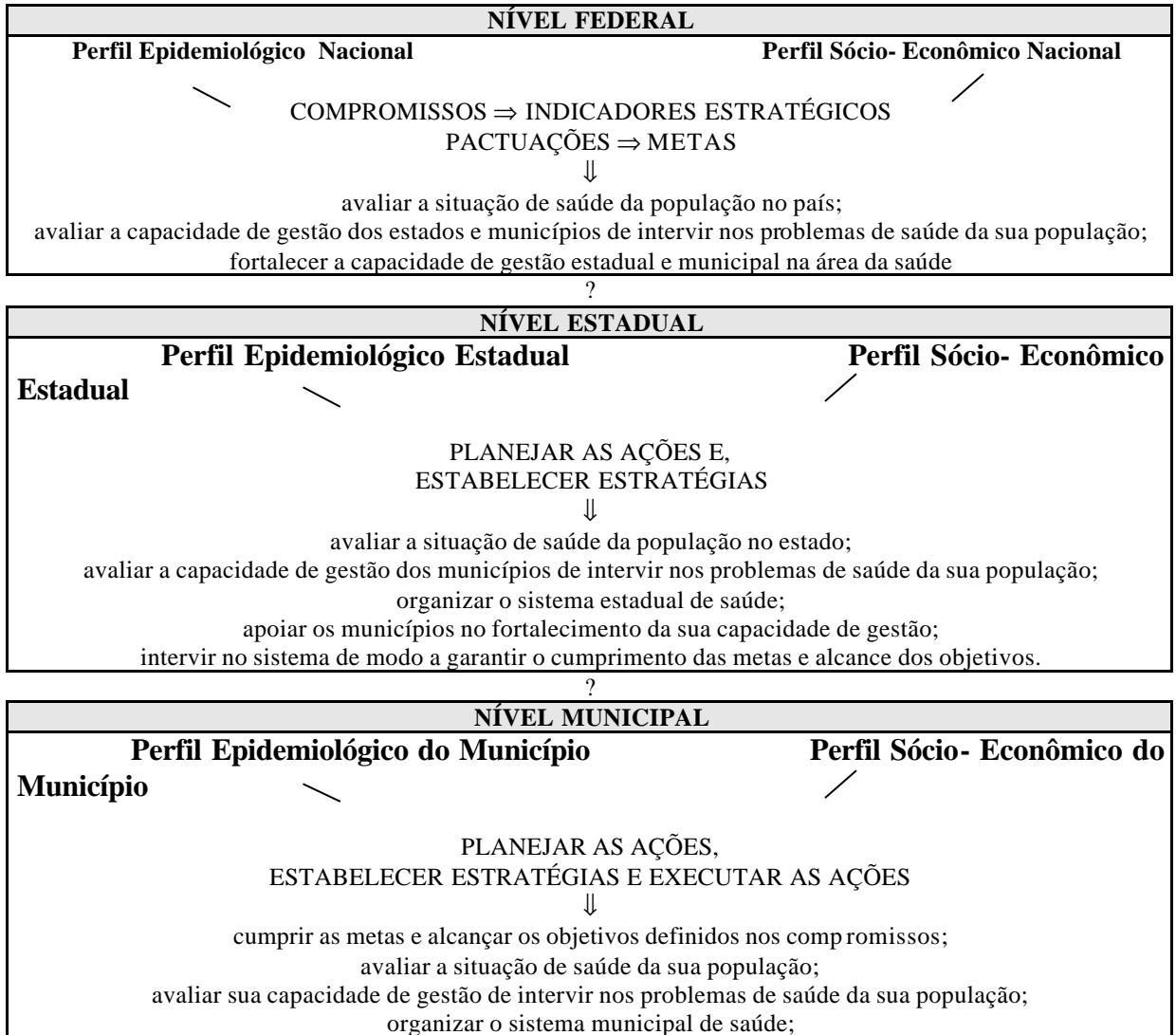
Fonte: Elaboração da autora

O Método da Roda prescinde de uma estrutura organizacional consolidada, menos centralizada e de atores sociais experientes na disputa em arenas sociais. Uma alternativa que poderia ser utilizada para o desenvolvimento da cultura do planejamento nesses municípios seria o método desenvolvido pelo MAPP, a ser aplicado no equacionamento dos problemas mais simples. Para o enfrentamento dos problemas mais complexos, o PES torna-se a opção mais conveniente, para incentivar os municípios a identificarem, analisarem, discutirem e solucionarem os macros problemas existentes no seu território.

Considerando o exposto, este estudo assume que o método MAPP deve ser incentivado nos municípios nos problemas de baixa e média complexidade e o Planejamento Estratégico Situacional como o método mais adequado para o equacionamento dos macros problemas no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, por permitir a leitura e explicação ampla e abrangente da realidade e que cada ator social explique sua realidade de acordo com o seu ponto de vista e interesse. Essas características do PES, têm propiciado que este método seja quase um consenso no setor saúde, sendo inclusive, a base organizativa do SUS.

Neste método, o diagnóstico se constitui em um instrumento a ser utilizado por cada ator social, na formulação e justificção das proposições que melhor representem seus interesses. A incipiente capacidade organizativa e associativa da população, na maioria dos municípios do Estado da Bahia, e a complexidade das questões que envolvem a saúde fazem com que a análise situacional seja uma opção de método para o planejamento nesta área.

O Quadro 4 demonstra de forma esquemática a organização do sistema de Planejamento em Saúde, que objetivando facilitar a ação do governo (alicerce do PES), estratifica e define compromissos, competências e atribuições de responsabilidade, a cada esfera de governo, com base na situação de saúde do seu território. A descentralização e a desconcentração de poder garante a não superposição de competências e responsabilidades, mas estas se complementam e se inter-relacionam.



Quadro 4 - Organização do Sistema de Planejamento de Saúde

FONTE: Elaboração da autora

Este capítulo discutiu alguns dos métodos de Planejamento em Saúde e a incorporação de inovações, suas similitudes e diferenças inseridas em cada nova proposta de método, concluindo que, considerando as condições da gestão dos municípios, o Planejamento Estratégico Situacional, proposto por Carlos Matus (1966), é o método que melhor se aplica para o planejamento das ações de Vigilância Sanitária Municipal no Estado da Bahia.

5 CAPACIDADE DE GESTÃO E O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Definido no capítulo anterior, o PES como base de análise do método do planejamento em saúde para as questões macro, este capítulo se propõe a discutir a capacidade de gestão e suas inter-relações com o processo de planejamento, sendo composto por um sub-item que apresenta os instrumentos de gestão e programação vigentes.

Governar é habilidade de articular de forma estratégica três variáveis: o **projeto de governo** que se refere ao conteúdo do plano de ação proposto por um ator, visando alcançar os objetivos e metas definidas; a **governabilidade do sistema** como sendo a relação entre as variáveis que um ator controla ou não controla dentro do processo de governo, quanto mais variáveis o ator controlar maior sua governabilidade sobre o sistema; e a **capacidade de governo** que é a capacidade de executar/fazer e que se constitui na capacidade de conduzir ou direcionar o processo social de forma a alcançar os objetivos pré-definidos, de acordo com a sua governabilidade no sistema e o conteúdo do seu plano de ação. O autor assume que o planejamento é um dos fatores mais importantes na determinação da capacidade de governo (CASTILHO, 2000).

Para Guimarães (2004) o termo gestão tem conceito amplo e diversificado, no campo teórico da administração, ao se aproximar da idéia de gerência apresenta um caráter operacional e instrumental de coordenação e controle. No campo da ciência política, o conceito de gestão incorpora a dimensão política, incluindo no processo decisório a discussão sobre poder, legitimidade, conflito, estrutura organizacional, capacidade de executar e sustentabilidade de resultados. Esta adota como conceito para Capacidade de Gestão, a faculdade de uma organização decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando os recursos necessários para alcançar os objetivos e metas e buscando a sustentabilidade dos resultados de gestão.

Este estudo, assume o conceito de capacidade de gestão, tomando como base o conceito de capacidade de governo definido por Castilho (2000), como sendo: a capacidade de gerar e controlar ações, a partir do acervo técnico, métodos, habilidades, competências e experiências desenvolvidas por um gestor e sua equipe, na condução do processo social. Se expressa na capacidade de direção e de gerência para o alcance dos objetivos estabelecidos no plano de ação e de acordo com sua governabilidade.

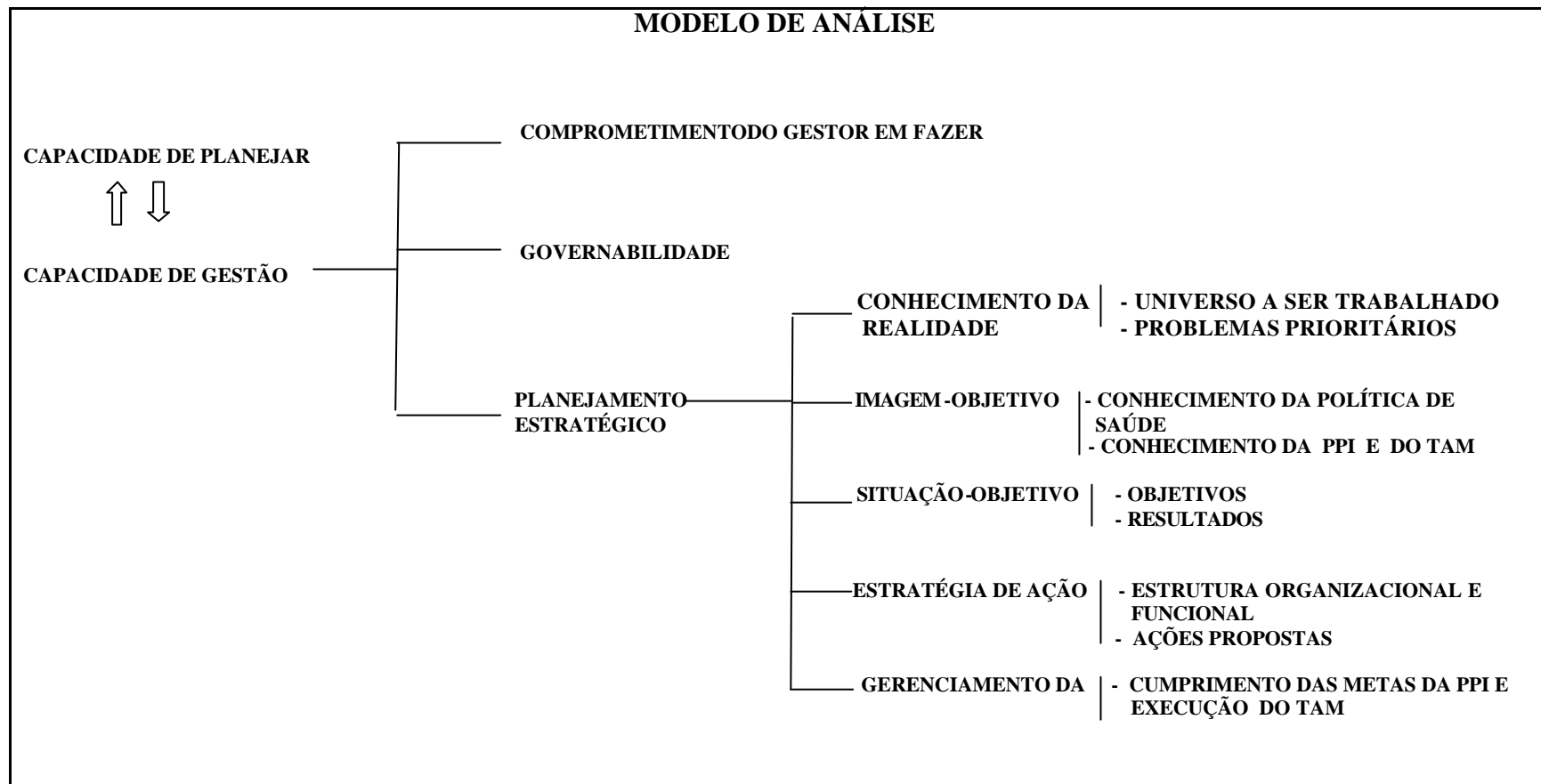
Observando o conceito acima, e considerando os recursos que o planejamento estratégico disponibiliza para a governabilidade e a gestão, tais como: a) capacidade de predição (que significa a capacidade de apostar e acertar em uma única tentativa), esta tem alta aderência nos sistemas que se baseiam fortemente nas leis; b) capacidade de previsão (aposta no futuro), contudo, avalia vários cenários e formula para cada um deles um plano específico; c) capacidade de agir, neste contexto, pode ser entendida como a capacidade de produzir fatos sociais; d) capacidade de reação, fortemente relacionada com a capacidade de estabelecer sistemas de indicadores que permitam, pelo monitoramento, acesso a informações em tempo real, é a capacidade de refazer cálculos, atualizar planos e agir rapidamente de

forma a realinhar o planejamento; e, e) capacidade de aprender com os erros observados, pode-se afirmar que o planejamento estratégico-situacional é um cálculo que antecede a ação, mantêm variáveis sob controle e conduz os acontecimentos de modo a alcançar as metas e objetivos desejados, se constituindo em um componente estruturante da gestão (CASTILHO, 2000).

O conceito de capacidade de gestão é sistêmico, construído a partir da dedução de conhecimentos anteriores acerca do objeto, podendo ser analisado em três dimensões: o comprometimento do gestor em fazer; a sua governabilidade e a sua capacidade de realizar e executar o planejamento estratégico das ações. Esta pesquisa ao aprofundar o conhecimento do objeto, na dimensão do planejamento estratégico, tem como componentes e categorias de análise, respectivamente: a) **a realidade** – conhecimento do universo a ser trabalhado e dos problemas prioritários de saúde do seu território; b) **a imagem-objeto** – conhecimento da política de saúde e conhecimento dos instrumentos de gestão e de pactuação e programação; c) **a situação-objetivo** – conhecimento dos objetivos, metas e compromissos assumidos e dos resultados a serem alcançados; d) **a estratégia de ação** – estrutura organizacional e funcional, disponibilidade dos recursos necessários para a execução ações e, e) **o gerenciamento da execução** – acompanhamento de metas e avaliação de resultados. O modelo de análise apresentado no esquema abaixo foi inspirado no modelo proposto por Campenhoudt (p.123-134, 1998), para conceitos sistêmicos.

A estrutura desse modelo de análise foi concebida a partir da definição da capacidade de gestão; do pressuposto de que a capacidade de planejar é uma das determinantes da capacidade de gestão; da adoção do planejamento, juntamente com a governabilidade e o comprometimento do gestor em fazer, como dimensões da capacidade de gestão; da definição Categorias de Análise do planejamento como sendo o conhecimento da

realidade, a imagem-objetivo, a situação-objetivo, a estratégia de ação e a execução das ações, tendo estas categorias como eixos temáticos: o conhecimento do universo a ser trabalhado, dos problemas prioritários, das políticas de saúde, da PPI, do TAM, dos objetivos e resultados esperados e das ações propostas; a estrutura organizacional e funcional existente e do cumprimento das metas estabelecidas.



Quadro 5 - Modelo de Análise de Relação entre Capacidade de Planejar e de Gestão

Fonte: Elaboração da autora

5.1 INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PROGRAMAÇÃO NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Objetivando desenvolver a capacidade de gestão e o planejamento em saúde nos estados e municípios, o Ministério da Saúde disponibilizou instrumentos de gestão e programação, que têm por finalidade organizar o processo de pactuação, planejamento das ações e acompanhamento de metas e indicadores acordados entre os gestores das três esferas de governo. Estes instrumentos serão abordados no próximo sub-ítem.

A municipalização das ações de saúde é uma estratégia que tem por objetivo a organização do sistema de forma regionalizada e hierarquizada, além de buscar a melhoria da qualidade dos serviços prestados a população e o fortalecimento de mecanismos de controle pela aproximação do cidadão com a instância responsável pela tomada de decisão.

Neste sentido, cada município se constitui em uma unidade territorial única, com especificidades e características próprias, e que, para assumir a responsabilidade sobre o sistema municipal de saúde, deverá ser instrumentalizado e capacitado, de modo a ter condições para identificar os fatores de riscos aos que mais está exposta a sua população, bem como conhecer seus problemas de saúde, promover ações de controle de riscos e agravos, gerenciar recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, formular o seu Planejamento Estratégico com base no perfil epidemiológico da população e em consonância com as diretrizes do SUS. O município deverá também utilizar os indicadores definidos nacionalmente para o acompanhamento e a avaliação da situação de saúde, identificando as estratégias capazes de influenciar beneficemente nos resultados medidos por estes (RICCIO, 2001).

A construção dos instrumentos de gestão e programação é decorrente da necessidade do gestor nacional do sistema, de acompanhar e avaliar a situação de saúde da população brasileira e objetivam orientar o processo de pactuação, avaliação e monitoramento das ações de saúde no SUS, estabelecendo metas e indicadores que permitem avaliar em que medida os gestores estaduais e municipais melhoraram a qualidade da atenção à saúde no seu território. Tem como principais objetivos, além de facilitar o monitoramento e avaliação do sistema, definir indicadores prioritários, orientar os gestores estaduais e municipais na elaboração dos planos e agendas, facilitar a articulação entre os diversos setores das

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contribuir na organização das ações, atividades, monitoramento e avaliação com vistas a alcançar os objetivos estabelecidos, definir metas que permitam a mudança na situação de saúde da população e promover o desenvolvimento de ações articuladas a um processo de avaliação e monitoramento. Os instrumentos de gestão expressam as responsabilidades, os compromissos, os objetivos, definindo os recursos e tetos orçamentários e financeiros nas três esferas de governo de acordo com a autonomia de cada gestor (BAHIA, 2002).

O Ministério da Saúde, na tentativa de organizar o sistema, efetivar as diretrizes definidas e fortalecer a capacidade de gestão no SUS estabeleceu compromissos através de instrumentos de gestão²⁹ como: a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde³⁰, Plano de Investimentos, Plano Diretor de Regionalização e o Pacto para Gestão³¹. Para promover a descentralização e acompanhar o desempenho dos estados e municípios, o Ministério da Saúde tem proposto instrumentos de programação e avaliação, como: a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Termo de Ajuste e Metas (TAM).

As ações de Vigilância Sanitária estão definidas em todos os instrumentos de gestão e de programação, cabendo a esfera estadual instrumentalizar, apoiar, acompanhar e fomentar nos municípios a implantação do planejamento estratégico situacional como base para a elaboração dos Planos e Agendas e definição dos compromissos em consonância com as diretrizes e metas pré-definidas pela esfera federal.

Quanto aos instrumentos de gestão, estes têm previsão legal no SUS, e seu objetivo é racionalizar e uniformizar o processo de planejamento nas três esferas de governo, contribuindo para a organização dos sistemas estadual e municipal de saúde. Os instrumentos definidos pela legislação do SUS são: a Agenda de Saúde³², os Planos de Saúde, os Quadros

²⁹ Instrumentos de Gestão se constituem em mecanismos e estratégias que ampliam e/ou consolidam apoios e alianças capazes de favorecer a manutenção das decisões e alcançar os resultados pretendidos (Guimarães, 2004).

³⁰ Plano de Saúde é um instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento e se constitui na formalização da política de saúde de uma esfera governamental (Guimarães, 2004). Corresponde a documento elaborado pelos três níveis de governo, no qual deve estar descrito: o diagnóstico situacional, as prioridades, as estratégias, a análise estratégica, programação o quadro de metas (BRASIL, 2001).

³¹ Pacto de Gestão constitui no pacto firmado, entre os gestores da saúde das três esferas de governo, que objetiva a qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde, tendo como base seus princípios e diretrizes. Assumindo como compromissos a redução das desigualdades em saúde, a ampliação do acesso a atenção à saúde com qualidade e de forma humanizada, a redução de riscos e agravos à saúde e o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social (BRASIL, 2006).

³² Agenda de Saúde é uma etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde. Documento no qual são detalhadas as prioridades e estratégias justificadas e por nível de governo (BRASIL, 2001).

de Metas³³ e os Relatórios de Gestão³⁴, que devem ser elaborados em consonância com o Plano Plurianual (PPA), o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), (BRASIL, 2001).

A discussão deste tema está fundamentada basicamente em documentos normativos, a Lei n.º 8.080 de 1990 que estabelece a necessidade de municípios, estados e união elaborarem planos de saúde, definindo que o processo de planejamento do SUS deve ser ascendente, com a participação dos órgãos deliberativos (conselhos). Os recursos financeiros serão alocados de acordo com as ações previstas e conforme definido nos instrumentos de programação. Esta lei também estabelece que devam ser elaborados Relatórios de Gestão de modo a facilitar o acompanhamento das metas e conseqüentemente dos recursos aplicados.

A necessidade de elaboração do plano de saúde e do relatório de gestão é reforçada, com a publicação da Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que no seu artigo 4º condiciona a liberação de recursos financeiros a existência do Fundo de Saúde, do Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida dos recursos e Comissão de avaliação dos planos de carreira, cargos e salários.

Em 1994, o Decreto n.º 1.232/94 trata do conteúdo do Plano de Saúde, definindo percentuais orçamentários que financiarão as atividades e programas de saúde nas três esferas de governo. Com a publicação do Decreto n.º 1.651 de 1995, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria, e definidas as regras para avaliação dos Planos de Saúde, Relatório de Gestão e das programações. O Relatório de Gestão é definido como um instrumento de acompanhamento financeiro do sistema, permitindo a avaliação do funcionamento dos serviços e sua eficiência.

Em 1996, com a publicação da Portaria n.º 2.203 de 06 de novembro de 1996, foi aprovada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96), como instrumento de gestão e regulação do SUS, tendo a finalidade de redefinir o papel e as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, visando a descentralização da saúde para os municípios e Distrito Federal, cabendo a estes assumir o papel de gestores da atenção à saúde da sua população. Esta norma pode ser considerada numa inovação pelo

³³ Quadro de Metas são as metas quantificadas por esfera de governo, é a base para elaboração dos relatórios de gestão (BRASIL, 2001).

³⁴ Relatório de Gestão é o documento que tem por objetivo correlacionar as metas, os resultados e a aplicação dos recursos. (BRASIL, 2001).

avanço na consolidação do SUS, definindo as políticas setoriais para o setor saúde, explicitando que as ações administrativas, de planejamento, comando, controle e avaliação são inerentes e integrantes das ações da saúde.

A NOB-SUS/96 define a estrutura, organização, direção, articulação e responsabilidade do Sistema de Saúde Municipal, as inter-relações entre os sistemas municipais, o papel do gestor estadual como coordenador, articulador e estruturador do sistema estadual de saúde, as bases para um novo modelo de atenção à saúde, o financiamento das ações e serviços, o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, o custeio das ações de epidemiologia, as condições para habilitação dos municípios em uma das formas de gestão e estabelece um importante instrumento, a Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 1996)

A PPI é um instrumento de programação que tem como finalidade reorganizar o modelo de atenção e da gestão do SUS, alocar recursos e estabelecer um pacto entre as três esferas de governo visando a melhoria da saúde da população. O processo da PPI é ascendente, de base municipal, harmonizado, compatibilizado e consolidado pelo nível estadual, envolvendo quatro eixos estratégicos a assistência à saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e assistência farmacêutica .

O Plano Plurianual (PPA), importante instrumento de gestão instituído pela Lei n.º 10.933 de 11/08/2002, foi elaborado pelo Governo Federal, através do Ministério do Planejamento, tem vigência de quatro anos e envolve a parceria da União com os estados e municípios e entre o setor público e o privado, define as metas governamentais e permite o acompanhamento dos investimentos e recursos aplicados nas diversas áreas de atuação do Governo. O PPA 1996-1999 estabeleceu como estratégia, para alcançar as metas previstas, as seguintes ações: reforma do estado buscando exercer o papel de regulador da economia e dirigente do processo de crescimento do país; redução das desigualdades espaciais e sociais; inserção competitiva e modernização produtiva.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é outro importante instrumento de gestão para o SUS, aprovado pela Portaria n.º 2.607 de 10 de maio de 2004, com vigência para o período de 2004-2007. Está estruturado através de quatro eixos: a) os princípios orientadores, b) análise situacional da saúde, c) definição de objetivos, diretrizes e metas da gestão, d) monitoramento e avaliação do PNS. Os objetivos do PNS são os mesmos do PPA 2004-2007 devendo estar fortemente articulado com a agenda estratégica para melhoria da saúde da

população. Este prevê: a revisão do modelo de financiamento, uma política de investimento direcionada para a redução das desigualdades no país, a efetivação de um pacto de gestão junto aos gestores das três esferas de governo.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) definiu como estratégia para a equidade, integralidade e resolutividade da assistência à saúde a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Esta norma instituiu um instrumento de gestão importante, pela sua função de ordenar o processo de regionalização da assistência, o Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR tem como diretriz a redistribuição geográfica do território estadual em macro e microrregiões, que devem ser estruturadas de modo a atender a população em todas as suas necessidades assistenciais, independente da complexidade da ação. Para tanto, deve ser previsto investimento em infra-estrutura, equipamentos e pessoal.

A Portaria n.º 548 de 12 de abril de 2001, definida por “*Gestão em Saúde – Instrumentos de Gestão do SUS*”, aprovou as Orientações Gerais para Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão. Esta norma tem por finalidade auxiliar os gestores, os técnicos e os conselheiros do SUS na compreensão dos instrumentos de gestão e estabelecer sua importância para o processo do planejamento em saúde. Os princípios destes instrumentos de gestão são: normalização, objetividade, coerência com o PPA, definição de indicadores de acompanhamento e avaliação e adequação aos sistemas de informação.

A Agenda de Saúde é um instrumento político de gestão ascendente e pretende se constituir em um processo democrático de pactuação de ações prioritárias, com a participação de usuários, profissionais de saúde e prestadores através do Conselho Estadual de Saúde. Pretende ordenar a atuação do Estado e referenciar os municípios na construção de suas próprias Agendas, favorecendo a intersetorialidade, a transdisciplinaridade e a transversalidade das ações. Esta definiu como compromissos prioritários: a redução da mortalidade infantil e materna; o controle de doenças e agravos prioritários; a reorientação do modelo assistencial, ampliando acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde; a **melhoria da capacidade de gestão**, implementando a descentralização; a efetivação da política de gestão do trabalho da SESAB e de desenvolvimento do trabalhador do setor saúde e o fortalecimento do controle social do SUS-BA. A partir desses compromissos o Estado e os Municípios devem definir suas estratégias e metas e programar as ações (BAHIA, 2004).

A inserção direta da Vigilância Sanitária, na Agenda (2004) se dá no Compromisso II – Controle dos Riscos, Doenças e Agravos Prioritários, ficando sob sua responsabilidade direta o Objetivo 23 que se refere ao controle dos riscos e agravos à saúde da população, decorrente dos processos produtivos e do uso de produtos, assumindo, como órgão coordenador, as estratégias de implantação da farmacovigilância e do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária (SINAVISA), o monitoramento da qualidade dos serviços de alta complexidade e a fiscalização da implementação do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Participando como órgão envolvido nos objetivos de redução da taxa de mortalidade infantil, redução da incidência dos casos de dengue e redução no número de municípios infestados por *Aedes Aegypti*.

O Termo de Ajuste e Metas é um instrumento de planejamento e programação, que visa orientar a descentralização das ações de Vigilância Sanitária. Este, foi construído de forma pactuada e orientado para a realização das ações de média e alta complexidade, sua programação é estabelecida anualmente e avaliada pelo cumprimento das metas e dos resultados atingidos. Tem como base legal a Portaria GM nº 2.473 de 29/12/2003 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas para programação pactuada das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do SUS, tem como objetivos, fortalecer a estrutura gerencial das Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais proporcionando ao gestor melhores condições para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; promover a maior equidade na alocação de recursos financeiros para os gestores estaduais e municipais, regulamentando a transferência de recursos financeiros fundo a fundo para o financiamento das ações a serem executadas pelos estados, municípios e Distrito Federal; fortalecer o sistema nacional de Vigilância Sanitária através do fomento e execução de atividades de VISA mediante parceria entre ANVISA, estado e municípios e implementar ações de proteção e prevenção à saúde da população através do controle sanitário da produção, da circulação de bens e prestação de serviços, incluindo: ambientes, processos, insumos e tecnologias, com priorização de inspeções periódicas sobre processo produtivo de bens e serviços.

Estão previstos no Termo de Ajuste e Metas também, investimentos para estruturação dos laboratórios de saúde pública, desenvolvimento de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, inclusão da toxicologia na prática da Vigilância Sanitária, consolidação da tecnovigilância, hemovigilância, toxicovigilância e da farmacovigilância e a implantação de um sistema nacional de ouvidoria (BRASIL, 2003).

Apesar do Pacto pela Saúde não fazer parte desse estudo por ter previsão de implantação para o ano de 2007, isto é, posterior ao período de tempo definido para análise dos dados, a opção de apresentar este instrumento decorre das inovações que ele traz nas relações entre as três esferas de governo. Pode ser entendido como sendo é conjunto de reformas institucionais do SUS, mais do que um instrumento de gestão se constitui em um acordo entre os gestores das esferas federal, estaduais e municipais, com o objetivo de qualificar a gestão do SUS, promover inovações nos métodos e instrumentos de gestão, ampliar a eficiência e eficácia dos processos de estruturação, organização e funcionamento das instâncias do SUS e alcançar a equidade social e a qualidade na atenção à saúde da população (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde apresenta três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, redefinindo as competências e responsabilidades de cada esfera de governo de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde de sua população, sendo priorizadas as ações que visam a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias e mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras (BRASIL, 2006).

Para a implementação deste pacto foi instituído o instrumento de gestão “Termo de Compromisso de Gestão (TCG)”, que define metas e compromissos que devem ser assumidos pelos Municípios, Estados e União. Este instrumento extingue os processos de habilitação nas várias formas de gestão definidas na NOB e na NOAS (BRASIL, 2006).

Outra mudança está na lógica de financiamento das ações e na transferência dos recursos federais para estados e municípios. Foram identificadas cinco macro estruturas: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, que agrupam todas as ações de atenção a saúde, e os recursos financeiros ao invés de serem distribuídos por programas e ações ou ser “carimbados”, isto é, ser de uso restrito a uma unidade funcional do SUS ou um programa específico, passa ser utilizado de acordo com a necessidade de saúde, buscando tornar mais equilibrada e otimizada a aplicação dos recursos financeiros.

No Pacto pela Vida foram definidas seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase para dengue,

hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Um avanço no Pacto pelo SUS, está na clara explicitação da consolidação da Reforma Sanitária Brasileira como diretriz na defesa dos princípios do SUS, e na iniciativa de assegurar o SUS como uma política pública de Estado e não de Governo. Foram definidas e priorizadas as iniciativas que visam: promover a cidadania pela mobilização social, para garantir a saúde como direito e o financiamento de acordo com a necessidade do sistema.

O Pacto pela Gestão define como diretrizes para a gestão do sistema a Descentralização, a Regionalização, o Financiamento, o Planejamento, a Programação Pactuada e Integrada, a Regulação, a Participação e o Controle Social, a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde.

A Regionalização é um eixo estruturante do Pacto de Gestão e norteador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de negociação e pactuação entre os gestores. Os instrumentos de planejamento e programação do processo de regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que define as regiões de saúde a serem organizadas de forma a: garantir o acesso, resolutividade, qualidade e a integralidade da atenção; promover a equidade; reduzir as desigualdades sociais e territoriais; qualificar o processo de descentralização; racionalizar gastos e otimizar recursos. O Plano Diretor de Investimento (PDI) que deverá demonstrar os recursos de investimento de acordo com as necessidades definidas no processo de planejamento regional e estadual, de modo a se obter a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, estando aí incluída a área da Vigilância da Saúde e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

Este capítulo discutiu a capacidade de gestão, a capacidade de planejamento e os instrumentos de gestão e programação. Conforme exposto em um dos pressupostos desse estudo, os municípios são incentivados a planejar de forma ascendente, elaborando seu Plano de Saúde tendo como base a realidade do seu território e os problemas de saúde da sua população, estabelecendo estratégias e ações prioritárias, definindo as operações e atividades que deverão dar conta dos problemas identificados. Contudo, os compromissos postos para os municípios através de Agendas e processos de pactuação são descendentes, estes são definidos pelas esferas federal e estadual, aprovados pela CIB e CIT, legitimados através de portarias e resoluções e impostos para os municípios que passam a ter a obrigação de realizar

todo o elenco de ações descentralizadas, mediante financiamento com base per capita. Caso as ações definidas nas Agendas e Pactos, não coincidam com as ações prioritárias identificadas pelo município, os gestores municipais fazem a opção de realizar as ações definidas pelos gestores das outras esferas, considerando que estas são financiadas e o não cumprimento dessas ações pactuadas poderá acarretar sanções, com isso as ações estabelecidas no PMS podem ser preteridas ou executadas parcialmente, inviabilizando o planejamento e comprometendo a capacidade de gestão no cumprimento das metas propostas. Os instrumentos de gestão e programação são uma realidade e deverão permanecer no Pacto pela Saúde, então estes devem ser incorporados ao processo de planejamento municipal e relacionados com os problemas de saúde da população, viabilizando dessa forma o planejamento e melhorando a capacidade de gestão através do alcance dos resultados propostos.

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O campo da saúde é de alta relevância para as políticas públicas, cuja forma de interpretação está pautada no positivismo, na fenomenologia e na dialética marxista, que além de permitir diversas formas de análise, representa uma luta ideológica ou política que envolve a sociedade. (MINAYO, 1993)

O campo das ciências sociais aplicadas, no qual está inserido este estudo, apresenta as seguintes características: a) o objeto é histórico, isto é, as sociedades humanas existem em um espaço de tempo, sendo os grupos sociais que as constituem mutáveis, e em estado constante de transformação; b) o processo histórico é a base do processo de formação do pensamento e da consciência, e estes são fruto da necessidade; c) a estreita ligação entre o sujeito e o objeto em estudo; d) a ideologia faz parte de seu cerne; e) o seu objeto é qualitativo. (MINAYO, 1993). Assim é realizado um estudo de abordagem qualitativa, o que segundo Minayo (1993, p.10) correspondem:

Aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativa

6.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo descritivo, de natureza qualitativa que objetiva compreender as relações entre a capacidade de gestão, o uso dos instrumentos de gestão e programação e o planejamento no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, bem como avaliar o processo de

planejamento em VISA nos municípios em gestão plena ou que aderiram ao TAM no Estado da Bahia até o ano de 2006, como estratégia para alcançar os objetivos definidos na Agenda de Saúde e na pactuação do TAM e conseqüentemente avaliar a capacidade de gestão na implantação e implementação do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária.

6.2 LOCUS DA PESQUISA

São pesquisados os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)³⁵ ou que aderiram ao TAM (com Resolução CIB publicada) até 31 de dezembro de 2006, exceto o Município de Salvador, considerando que, apesar deste assumir em 2006 a Gestão Plena do Sistema Municipal, na área da Vigilância Sanitária, até dezembro de 2006, ainda não tinha assumido, na sua totalidade, as ações identificadas na Resolução CIB nº 120/2006 como sendo da Atenção Básica.

O Plano Diretor de Regionalização aprovado, pela Resolução nº 63, publicada em Diário Oficial de 10/08/2004, apresenta a estrutura da regionalização para o Estado da Bahia, que ficou dividido em **08 macrorregiões**³⁶, conforme Figura 1 que retrata o Mapa das Macrorregiões de Saúde no Estado, (Bahia, 2004).

³⁵ Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o município assume a atividade e a responsabilidade de dirigir o sistema municipal de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do subsistema - SUS-Municipal. Assume a totalidade das ações e de serviços de saúde, no âmbito do município, de modo a garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral as suas necessidades (BRASIL, 1996).

³⁶ **Macrorregiões** são compostas por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma ou mais cidades que sejam centros polarizadores das atividades sócio-econômicas da macrorregião, consideradas, para efeito do processo de regionalização da assistência à saúde, como cidades “pontos de partida” para a delimitação das macrorregiões (Brasil, 1996)

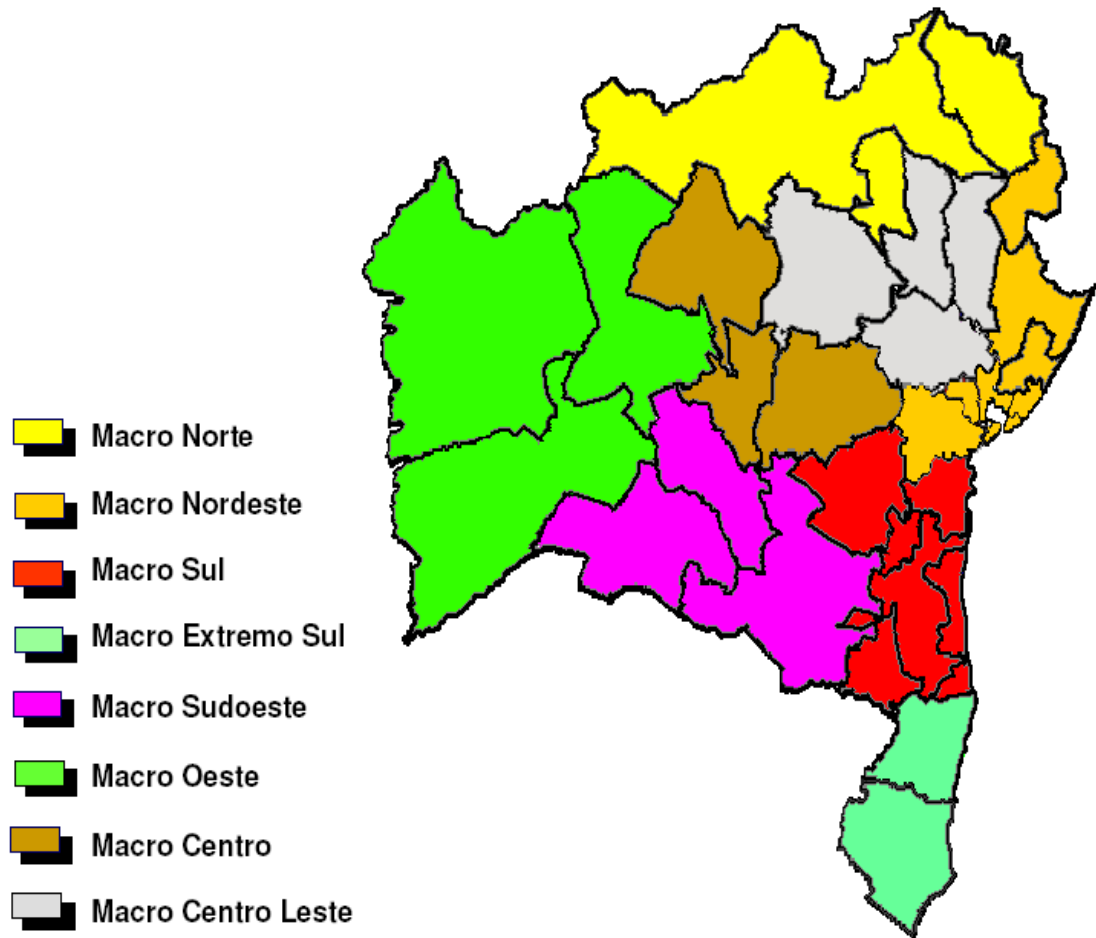


Figura 1 - Mapa das Macrorregiões de Saúde da Bahia, 2004

Os municípios, alvo deste estudo, estão distribuídos conforme o Quadro abaixo:

MACRO REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS
Macro Norte	2
Macro Nordeste	13
Macro Sul	4
Macro Extremo Sul	6
Macro Sudoeste	4
Macro Oeste	2
Macro Centro	2
Macro Centro Leste	1
TOTAL	34

Quadro 6 - Distribuição de Municípios Pesquisados por Macrorregião.

Fonte: Bahia, 2007

O critério de seleção deste grupo de municípios se deu em função destes, quando da sua habilitação na GPSM e/ou na adesão ao TAM, comprovaram capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício das responsabilidades definidas na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96), dentre elas elaborar o Plano Municipal de Saúde, desenvolver as ações de Vigilância à Saúde e avaliar o impacto das ações do Sistema de VISA sobre a saúde dos seus munícipes. Além disso, estes municípios foram selecionados devido a sua representatividade em relação aos demais, no que se refere à característica numérica da população, ao perfil epidemiológico, à localização geográfica e ao desenvolvimento sócio-econômico.

6.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos sociais desta pesquisa são os Secretários Municipais de Saúde e os Coordenadores de Vigilância Sanitária Municipal.

Selecionamos os sujeitos sociais que supostamente detinham o conhecimento acerca do objeto em estudo, incluímos o número máximo possível de sujeitos sociais e procuramos evitar a reincidência das informações, propiciando aos sujeitos a possibilidade de contribuir para a compreensão do objeto.

Entrevistamos 100% da população alvo, considerando que o universo de municípios corresponde a 34 (trinta e quatro) e o número previsto de indivíduos participantes era de 68 (sessenta e oito), sendo 34 secretários de saúde e 34 coordenadores da VISA.

6.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Utilizamos a entrevista semi-estruturada e questionários (fonte primária), como instrumentos orientadores e facilitadores de abertura, ampliação e de aprofundamento da comunicação. Sua construção foi baseada em condições que objetivavam o delineamento do

objeto, tais como: a) todas as questões buscaram dar forma ao objeto; b) visavam ampliar e aprofundar a comunicação; c) contribuir para que o ponto de vista (visão, juízo de valor, relações e relevâncias) dos interlocutores a cerca do objeto aparecessem, (MINAYO, 1993).

Aplicamos as entrevistas semi-estruturadas com os Secretários Municipais de Saúde, e os Coordenadores Municipais da Vigilância Sanitária, e com os resultados destas, buscamos perceber o funcionamento do sistema de VISA municipal, sua forma de organização funcional e administrativa e a inserção da VISA no processo de planejamento das ações de saúde.

Foram realizadas entrevistas em 03 municípios com características que os classificavam na média no que se refere a renda per capita, área territorial, população, adesão a pactuação do TAM em momentos distintos, sendo que dois participaram da primeira pactuação em 2001, e o outro pactuou em 2006. Foram encaminhados questionários para os demais 31 municípios.

Quanto às fontes secundárias de dados, referentes as categorias de análise conhecimento da realidade, situação-objeto, estratégia de ação e gerenciamento de execução, utilizamos os seguintes documentos: a) perfil epidemiológico e perfil sócio-econômico dos municípios; b) planos municipais de saúde e planos de VISA; c) relatórios técnicos elaborados a partir da supervisão realizada pela equipe técnica da DIVISA nos municípios; e, d) os consolidados das ações realizadas pelos municípios que demonstram o cumprimento das metas pactuadas.

6.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados neste estudo tem três finalidades: a heurística, que a partir do material obtido na coleta de dados, buscamos obter novas descobertas a cerca do objeto em estudo, a “administração de provas” que venham a nos confirmar ou negar os pressupostos levantados e a compreensão do contexto, além das mensagens explicitadas (MINAYO, 1993).

O método para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, utilizando como categoria a análise estrutural, porque permite o tratamento metódico de informações complexas, análise das organizações a partir dos documentos que ela produz e atende a proposta deste estudo no que se refere a avaliação de: estratégias, conflitos e interpretações a cerca do fato; das reações latentes a uma decisão e o seu efeito sobre a realidade (CAMPENHOUDT, 1998).

Objetivando facilitar a compreensão e apresentar os municípios, *lócus* deste estudo, foi elaborado um diagnóstico dos mesmos, tendo como base os Índices de Desenvolvimento Econômico e Social, com classificação decrescente, de modo que os municípios com melhor índice apresentam melhor desenvolvimento sócio-econômico e conseqüentemente devem ter uma maior capacidade de gestão e planejamento.

Para avaliarmos como **a capacidade de planejamento** dos gestores municipais contribui para que os municípios cumpram as metas pactuadas na área de Vigilância Sanitária, foram utilizados como Categorias e Eixos de Análise (Quadro 7):

Categorias de análise	Eixos Temáticos
a realidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conhecimento do universo a ser trabalhado* e dos problemas prioritários de saúde do seu território
a imagem-objeto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conhecimento da política de saúde; ▪ conhecimento dos instrumentos de gestão e de pactuação e programação
a situação-objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conhecimento dos objetivos e metas ▪ compromissos assumidos e dos resultados a serem alcançados;
a estratégia de ação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ estrutura organizacional e funcional ▪ disponibilidade dos recursos necessários e execução ações
o gerenciamento da execução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ acompanhamento de metas e avaliação de resultados

Quadro 7 - Categorias e Eixos Temáticos

FONTE: Elaborado pela autora

Estas categorias e eixos permitem identificar o conhecimento dos gestores quanto: a) o perfil epidemiológico e sua relação com os problemas de saúde e sanitário; b) as metas estabelecidas no TAM; c) da política de saúde para a área de vigilância sanitária; d) a importância dos instrumentos de gestão e programação para o processo de planejamento municipal, bem como, compreender o nível de utilização desses instrumentos pelos gestores municipais; conhecer a capacidade estrutural e organizativa das VISAs, verificar o cumprimento das metas estabelecidas, com ênfase para as ações de média complexidade.

No que se refere à avaliação da **capacidade de gestão** utilizamos os instrumentos de Gestão, tais como: os instrumentos de pactuação e programação que formam as subcategorias de análise dos dados no que se refere à gestão, bem como os dados disponíveis no sistema de consolidados das ações de VISA, disponibilizados pelo gestor estadual.

Na análise documental analisamos os **Planos Municipais de Saúde (2002-2005)** e os **Planos Municipais de Vigilância Sanitária (2006)**, como instrumentos de gestão e adotamos como eixos temáticos: a) conhecimento do universo a ser trabalhado e dos problemas prioritários de saúde do seu território; b) conhecimento da política de saúde; c) conhecimento dos instrumentos de gestão e de pactuação e programação; d) conhecimento dos objetivos e metas; e e) compromissos assumidos e dos resultados a serem alcançados;

No que se refere à avaliação da contribuição do planejamento das ações de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia na ampliação da capacidade de gestão foi considerada a categoria de análise Imagem-objeto e como eixo temático a utilização dos instrumentos de gestão e pactuação no planejamento; grau de participação da VISA nos processos de elaboração do Plano Municipal de Saúde e pactuação das ações de baixa e média complexidade e a contribuição da DIVISA no processo de planejamento.

Para avaliar a **capacidade dos municípios em cumprir as metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada (PPI) e no TAM** em 2006 analisamos os dados existentes no sistema de consolidado da DIVISA.

Em síntese, neste capítulo apresentamos o caminho metodológico escolhido para a análise dos dados e a compreensão do objeto em estudo.

Na construção do instrumento orientador das entrevistas, os questionários, formulamos perguntas relacionadas com as categorias de análise e eixos temáticos descritos no capítulo 5. As questões de 1 a 4 têm por objetivo identificar o sujeito e a sua forma de inserção na VISA. As questões de 5 a 9 são relacionadas com o processo de planejamento e buscam compreender a participação do sujeito social no processo de planejamento, e seu conhecimento e utilização dos instrumentos de gestão e programação.

7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo apresentamos, analisamos e discutimos os resultados à luz da literatura examinada nos capítulos anteriores e na metodologia. Os dados foram ordenados e organizados tendo como base as categorias e os eixos temáticos identificados no modelo de análise.

Na análise buscamos atingir os três objetivos descritos por Minayo (1993): a) a superação da incerteza que nos garante a validade e a generalidade da nossa leitura; b) o desenvolvimento da leitura que nos permite a compreensão dos significados e a descoberta dos conteúdos, sem a interferência da impressão imediata e instintiva; c) a integração das descobertas, permitindo avançar para além das aparências. Segundo Bardin apud Minayo (1993), o conceito de Análise de Conteúdo vai além de um procedimento técnico, retrata, historicamente, a busca teórica e prática no campo da investigação, sendo definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens

Este capítulo está organizado em dois subtítulos, no primeiro buscamos caracterizar os municípios e no segundo analisar e discutir os resultados. Inicialmente apresentamos a caracterização dos municípios pesquisados, posteriormente analisamos a capacidade de planejamento dos gestores municipais e, por último a capacidade dos municípios em cumprir as metas pactuadas na Programação, além da contribuição do planejamento das ações de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia na ampliação da capacidade de gestão.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA OU QUE ADERIRAM AO TAM

O conhecimento das características dos municípios estudados nessa pesquisa pode contribuir para entendermos melhor, as relações existentes entre o planejamento e a capacidade de gestão, considerando que gestão é a capacidade de mobilizar recursos de modo a executar, obter e sustentar resultados; que um dos objetivos de uma gestão municipal é atender integralmente as necessidades de sua população e que partimos do pressuposto que a capacidade de planejamento contribui para melhorar o desempenho da gestão (DE SETA, 2006). Desta forma esperamos que municípios com índices melhores de desenvolvimento e de saúde tenham uma maior capacidade de gestão, logo apresentem uma capacidade de planejamento superior àqueles com índices menos favoráveis.

Dados da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), órgão ligado a Secretaria do Planejamento (SEPLAN) foram identificados, como afins deste estudo, sendo selecionados: os Índice de Desenvolvimento Econômico, Índice de Desenvolvimento Social, Índice de Serviços Básicos e Índice do Nível de Educação e Índice do Nível de Saúde. Os municípios recebem um escore que os classifica em ordem decrescente, isto é, quanto maior o valor nominal do índice, melhor a sua classificação, logo, acreditamos que melhor deve ser a capacidade de planejamento e de gestão. Estes índices são construídos a partir de indicadores, conforme discriminado abaixo:

- a) **ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (IDF)** é construído a partir dos índices de Infra-estrutura (INF), Índice de Qualificação da Mão de Obra (IQM) e o Índice de Produto Municipal;
- b) **ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (IDS)** para o seu cálculo são considerados: o Índice do Nível de Saúde, o Índice do Nível de Educação, o Índice de Oferta de Serviços Básicos e o Índice de Renda Média dos Chefes de Família
- c) **ÍNDICE DO NÍVEL DE SAÚDE (INS)** neste calculo são consideradas as seguintes variáveis: a) ocorrência de doenças de notificação obrigatória (reduzíveis por saneamento e imunização) para cada 100 mil habitantes; b)

número de óbitos por sintomas, sinais e afecções mal definidos, em relação ao total de óbitos; c) número de profissionais de saúde para cada 1000 habitantes; d) número de estabelecimentos de saúde para cada 1000 habitantes; e) doses de vacinas aplicadas em cada 1000 habitantes; e, f) número de leitos para cada 1000 habitantes;

- d) **ÍNDICE DO NÍVEL DE EDUCAÇÃO (INE)** para o cálculo deste índice são consideradas as matrículas do ensino formal do pré-escolar ao nível superior.
- e) **ÍNDICE DOS SERVIÇOS BÁSICOS (ISB)** – este índice é composto pelo índice do consumo residencial de energia elétrica; pelo consumo residencial de energia elétrica em relação ao total de consumidores residenciais, pelo consumo residencial de energia elétrica em relação ao total da população e o índice de consumo de água tratada.

O Quadro 8 apresenta a situação dos 34 municípios segundo os indicadores e índices da SEI, e está organizada pelo Índice do Nível de Saúde (INS) em ordem crescente, nela podemos observar que os 10 municípios com melhor classificação neste índice, encontram acima da média de 2,3 (considerando os 34 municípios estudados) do número de leitos por habitante e com índice de mortalidade infantil abaixo da média (42,41). Comparando com o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), Índice de Serviços Básicos (ISB) e o Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), a maioria apresenta uma classificação que aponta para – os municípios com melhores ISB, IDS e IDE também apresentam melhores Índices de Nível de Saúde.

MUNICÍPIO ³⁷	POPULAÇÃO	IDHM	MORTALIDADE INFANTIL/ 1000 NASCIDOS VIVOS	INE	INS	ISB	LEITOS/1000 HAB.	IDE	IDS
1. 004.06	120.321	11	46,90	10°	8°	7°	2,9	11°	2°
2. 002.06	31.756	70	42,81	169°	10°	33°	2,1	79°	53°
3. 034.06	270.364	18	43,03	18°	11°	11°	3,4	9°	6°
4. 025.06	20.851	41	31,96	113°	15°	39°	1,5	60°	33°
5. 020.06	147.713	31	39,66	16°	16°	19°	4,0	19°	21°
6. 012.06	496.625	5	36,23	8°	20°	16°	2,5	4°	4°
7. 018.06	199.073	3	29,84	88°	21°	73°	4,7	10°	23°
8. 015.06	58.810	67	62,20	60°	23°	21°	2,1	34°	18°
9. 033.06	31.352	21	37,84	116°	29°	1°	1,3	38°	5°
10. 014.06	221.786	22	38,51	3°	30°	38°	3,1	13°	9°
11. 021.06	184.204	40	54,50	38°	31°	31°	5,0	12°	26°
12. 007.06	171.845	6	34,32	85°	34°	6°	1,5	2°	10°
13. 006.06	62.616	33	35,33	126°	39°	178°	1,8	25°	55°
14. 001.06	132.873	10	41,13	22°	44°	9°	1,4	16°	8°
15. 005.06	55.581	93	54,72	36°	46°	57°	2,4	37°	42°
16. 031.06	64.420	34	52,35	4°	53°	25°	3,3	33°	15°
17. 017.06	60.037	147	67,99	30°	61°	35°	3,2	40°	44°
18. 011.06	86.976	20	43,36	41°	62°	18°	5,0	24°	17°
19. 023.06	122.858	2	36,91	311°	72°	3°	0,5	7°	3°
20. 032.06	112.077	26	46,91	29°	86°	20°	2,4	20°	14°
21. 016.06	26.777	149	45,53	92°	95°	68°	0	110°	64°
22. 009.06	54.562	12	34,71	6°	101°	17°	1,7	32°	13°
23. 013.06	73.019	23	36,18	24°	104°	27°	3,3	28°	30°
24. 008.06	47.426	20	39,85	33°	128°	26°	1,8	18°	25°
25. 029.06	14.018	86	48,62	261°	148°	91°	5,7	215°	106°
26. 028.06	80.111	9	28,07	15°	170°	12°	2,1	23°	20°
27. 024.06	12.636	4	34,32	7°	177°	5°	0	80°	7°
28. 022.06	19.871	97	31,86	227°	185°	179°	1,6	141°	174°
29. 026.06	108.568	25	43,36	285°	187°	28°	1,2	17°	48°
30. 019.06	8.004	353	63,23	264°	192°	156°	3,7	318°	222°
31. 030.06	40.620	32	42,13	97°	212°	78°	1,0	47°	56°
32. 003.06	44.179	289	47,63	406°	228°	253°	0,5	120°	337°
33. 010.06	48.294	7	32,83	105°	232°	13°	1,8	15°	22°
34. 027.06	27.539	38	37,20	389°	246°	106°	0,7	91°	90°

Quadro 8 - Diagnóstico dos Municípios Segundo os Indicadores e Índices da SEI³⁸

FONTE: Bahia, 2007

³⁷ A numeração apresentada no quadro corresponde a codificação dos municípios que varia de 001 a 034, e o número 06 corresponde ao ano de aplicação dos instrumentos de supervisão. O objetivo da codificação é garantir o sigilo e preservar a identidade dos municípios.

³⁸ IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano; INE – Índice do Nível de Educação; INS – Índice do Nível de Saúde; ISB – Índice dos Serviços Básicos; IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico; IDS – Índice de Desenvolvimento Social, (BAHIA, 2007)

O Quadro 9 apresenta a classificação dos municípios estudados de acordo com os índices sócio-econômicos:

ÍNDICES	CLASSIFICAÇÃO			
	1º ao 100º	101º a 200º	201º a 300º	301º a 417º
Índice de Desenvolvimento Econômico	29	03	01	01
Índice de Desenvolvimento Social	30	02	01	01
Índice do Nível de Educação	22	05	04	03
Índice do Nível de Saúde	21	09	04	-
Índice dos Serviços Básicos	29	04	01	

Quadro 9 - Classificação Dos Municípios De Acordo Com Os Índices Selecionados

Fonte: BAHIA, 2007

Este quadro confirma os dados analisados a partir do Quadro 8, ao demonstrar que a maioria dos municípios que se habilitaram na gestão plena do sistema e/ou aderiram ao TAM apresentam classificação abaixo da centésima posição, que podemos considerar uma boa classificação, considerando que a média entre os 417 municípios do estado é a de 208º.

Considerando o Censo de 2000 (BAHIA, 2007) os municípios apresentam as seguintes características:

- a) No que se refere à população, o quadro abaixo confirma a heterogeneidade e a representatividade dos municípios pesquisados;

▪ Até 50.000 habitantes	13 municípios
▪ De 50.001 a 100.000 habitantes	09 municípios
▪ De 100.001 a 200.000 habitantes	09 municípios
▪ De 200.001 a 300.000 habitantes	02 municípios
▪ De 300.001 a 400.000 habitantes	-
▪ De 400.000 a 500.000 habitantes	01 município

Quadro 10 - Número de Municípios Segundo Faixa Populacional

Fonte: BAHIA, 2007

- b) Quanto ao **Índice do Nível de Saúde**, observamos que 25 municípios, alvo deste estudo, estão com classificação até o 150º lugar, os outros 09 têm sua classificação variando no intervalo de 170º a 246º, e apenas 04 municípios superaram a classificação 208º, que corresponde a cerca de 50% dos 417 municípios. Dessa forma, podemos afirmar que a maioria dos municípios que

aderiram a Gestão Plena do Sistema, comparativamente, apresentam uma melhor situação de saúde.

- c) Cerca de 26 municípios apresentam classificação inferior a 150º, para o **Índice do Nível de Educação**, e apenas 06 municípios superaram a classificação da 208º posição, demonstrando que os municípios que habilitados na gestão plena do sistema municipal e/ou aderiram ao TAM apresentam na sua maioria um bom nível de educação, se comparado com os demais.
- d) Dos 33 municípios habilitados na Gestão Plena, 21 aderiram ao TAM em 2001, e 12 no período de 2003 a 2006, e destes apenas um município não está na Gestão Plena, mas aderiu ao TAM .

7.2 CAPACIDADE DE PLANEJAMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS

Para avaliar a capacidade de planejamento dos gestores analisamos os Planos Municipais de Saúde (2002-2005) e dos Planos de Vigilância Sanitária (2006), originados a partir da solicitação do gestor da VISA estadual. Neste aspecto a categoria de análise é **imagem-objeto**.

De acordo com as NOB e a NOAS para habilitar-se na Gestão Plena e/ou Resolução CIB nº 120/2006 para adesão ao TAM, os municípios deveriam comprovar, documentalmente, sua capacidade em assumir totalmente a responsabilidade sobre a gestão e a gerência da atenção à saúde no seu território, além de demonstrar a equipe de supervisão da DIVISA a competência para assumir integralmente as ações classificadas como “Especiais” na referida Resolução CIB. Um dos pré-requisitos na adesão ao TAM era a apresentação de um Plano de Trabalho (VISA) que contemplasse as estratégias que garantiriam o cumprimento da pactuação das ações básicas e especiais. Contudo observa-se no Quadro 11, em anexo, que dos 33 municípios habilitados na Gestão Plena e no TAM e um município com

apenas adesão ao TAM, 23 não apresentam no seu prontuário da Vigilância Sanitária Estadual o Plano de Saúde e 16 deixaram de encaminhar o Plano de VISA.

Ressaltamos que, a inserção da DIVISA no processo de habilitação a Gestão Plena consistia na supervisão dos municípios para avaliação do cumprimento da Resolução CIB nº 120/2006 e da sua capacidade técnica e operacional de aderir ao TAM, bem como na apresentação dos documentos constantes da Resolução acima mencionada. A apresentação do Plano de Saúde Municipal não era condição para a adesão ao TAM considerando que este não consta do anexo III “Documentos Mínimos Necessários para Adesão ao TAM” da Resolução CIB nº 120/2006. Considerando que estes foram habilitados na gestão plena, devem ter apresentado o Plano Municipal de Saúde às demais instâncias da SESAB. Contudo, consideramos que este Plano deveria ser um dos documentos imprescindíveis, cujo deferimento do pleito municipal deveria estar condicionado, em função deste se constituir em um instrumento de gestão que explicita o processo de planejamento em saúde, bem como a inserção das ações de VISA neste processo. Este deveria ser avaliado pelo Coordenador Estadual do Sistema de Vigilância Sanitária, para verificar a sua compatibilidade com as metas estabelecidas na PPI e identificar as possíveis pretensões de investimento no fortalecimento da vigilância sanitária, o que poderia vir a ser um indicador de avaliação da capacidade dos municípios em aderir ao TAM ou habilitar-se na gestão plena. Bem como, auxiliar a DIVISA na identificação dos municípios que mais necessitam de apoio e assessoramento do nível central, para compreender o processo de planejamento e sua importância no alcance das metas, bem como ampliar a participação da VISA neste processo.

A análise dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de VISA apontam para um incipiente conhecimento dos gestores sobre o perfil epidemiológico e o perfil sanitário, bem como suas relações com os problemas de saúde da população. O método adotado no planejamento do município na área da saúde não é explicitado, a maioria dos planos não inclui, os momentos normativo, estratégico e tático-operacional estabelecidos pelo PES. No que se refere ao momento explicativo, alguns planos identificam problemas de saúde extraídos dos sistemas de informação, mas não os contextualiza na realidade municipal, explicam sua geração, não avaliam o seu desenvolvimento e as suas implicações, não definem ações estratégicas, prioridades, metas ou indicadores e acompanhamento.

Considerando os momentos definidos no PES e o exposto no quadro 11, podemos concluir que nenhum dos municípios que encaminharam os Planos de Saúde e de VISA,

considerados importantes instrumentos de gestão municipal, para a esfera estadual, na sua elaboração demonstrou que: a) no processo de planejamento houve a participação de outros atores sociais, além do governo municipal; b) detém conhecimento da política de saúde, com ênfase para a vigilância sanitária, considerando que estes no momento de definir e priorizar as ações de VISA a serem desenvolvidas, relacionam ações cuja competência são da vigilância epidemiológica ou da assistência à saúde. Apesar de todos os municípios estarem na Gestão Plena do Sistema, estes não programaram as ações de média complexidade relativas ao Termo de Ajuste e Metas; e c) realizou a análise da situação de saúde específica do município, tendo como base o conhecimento da realidade. Alguns Planos de Saúde apresentam dados e gráficos, a partir dos indicadores de saúde gerais definidos pela esfera federal, porém não foi discutida a sua relação com o perfil epidemiológico do município.

No Plano de Vigilância Sanitária, não são elaborados o diagnóstico e o levantamento dos problemas sanitários de média complexidade que são da competência da VISA municipal na Gestão Plena do Sistema, e sua relação com os problemas de saúde identificados no Plano Municipal de Saúde, e este não é utilizado como base para a elaboração do Plano específico da VISA. Identificamos que os dois Planos são trabalhados como elementos distintos. Isto pode estar relacionado a incipiente participação da VISA na elaboração do Planejamento em Saúde, que, na maioria, não contempla nem prioriza as ações da vigilância sanitária. Esta situação pode ser exemplificada a partir do relato de um **Coordenador de VISA** municipal, quando afirma:

... outra coisa foi o avanço que teve o plano desse ano, que foi esse ano, o Plano Municipal de Saúde, foi um Plano participativo, essa foi a primeira vez que a gente participa do Plano de Saúde, esse foi realmente diferente, foi feita uma oficina com todas as pessoas que pertencem ao sistema, isso foi importantíssimo, então a gente se sentiu dentro do Plano Municipal de Saúde....

Nenhum Plano de Saúde ou de VISA apresentado, reporta-se aos instrumentos de programação da PPI ou do TAM, ou aos instrumentos de gestão como a Agenda de Saúde, aparentando dessa forma, desconhecimento dos compromissos assumidos quando das pactuações. Contudo, nas entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde e os Coordenadores de VISA, estes falam dos instrumentos de programação, com ênfase para os recursos financeiros alocados, que consideram insuficientes, discursam quanto a sua importância para o planejamento, mas estes não estão retratados nos Planos Municipais de Saúde, nem nos Planos de VISA.

Uma questão importante relatada em uma entrevista por um secretário municipal de saúde, refere-se à relação entre o planejamento e o cumprimento de metas:

... a gente vai fazer o planejamento baseado na relação com a produção. O que é que a minha equipe pode produzir? Em cima da PPI, da demanda espontânea, na busca espontânea e a atividade de risco, que está ali, ela existe...

O planejamento é baseado na capacidade da equipe e não nas metas pactuadas. Observamos esta situação em diversos municípios. Estes na ânsia de assumir a Gestão Plena do Sistema e conseqüentemente passarem a gerenciar os recursos financeiros repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), comprovam, por meio de documentos, que tem capacidade para assumir as competências e responsabilidades inerentes a este nível de gestão. Contudo, após a aprovação da sua habilitação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estes se desestruturam, perdem a capacidade de realizar todas as ações que assumiram, com ênfase para vigilância sanitária, e continuam a se organizar para atender exclusivamente as ações de baixa complexidade, situação esta demonstrada nos Planos apresentados.

Os Categorias de Análise: realidade, situação-objeto e imagem-objeto podem ser avaliadas a partir das entrevistas e dos questionários, fazemos uma ressalva no que se refere aos questionários. Foram encaminhados 31 questionários para o e-mail do município e pelo Correio, em envelope contendo ofício explicitando o motivo da pesquisa e uma via do questionário impressa e em CD, excetuando os municípios entrevistados, ocorrendo o retorno de apenas três questionários. Em contato telefônico com os Secretários de Saúde e Coordenadores de VISA, estes informaram ou falta de recebimento do instrumento (que foi novamente enviado, sem retorno), ou devido a substituição do gestor/coordenador, a assunção ao cargo foi posterior a realização do processo de planejamento e elaboração do Plano Municipal de Saúde, não podendo esses informar detalhes sobre o processo de construção dos Planos.

No que se refere a categoria de análise – **a realidade** – nas entrevistas e nos questionários os gestores/coordenadores, discursam sobre as pactuações através da PPI e do TAM e as ações a serem realizadas, contudo dão ênfase às ações de saneamento, de baixa complexidade, demanda espontânea, dentre outras, não explicitando as ações de média complexidade. Não há nenhum relato a cerca dos problemas sanitários e sua relação com os

problemas de saúde da população. Os Secretários de Saúde concentram a fala nos problemas relacionados a assistência à saúde, a vigilância epidemiológica ou zoonoses.

Quanto a – **situação objeto** – nenhum relato nos questionários ou entrevistas evidenciam que foram discutidas as metas da média complexidade, pactuadas através do TAM.

Outro elemento que é identificado na entrevista, é a ingerência política, segundo um Secretário de Saúde o caráter assistencialista da política impede de “...sentar e planejar”, principalmente as ações de vigilância sanitária, que ainda são vistas como prejudiciais a imagem da gestão municipal.

Utilizamos também, para avaliação da capacidade de planejamento municipal, os Relatórios de Supervisão da Vigilância Sanitária Estadual, por meio das Categorias de Análise – a realidade, situação objeto e estratégia de ação. O quadro 11 apresenta a consolidação desta avaliação:

CATEGORIA DE ANÁLISE/ EIXO TEMÁTICO	MUNICÍPIOS
A REALIDADE	
Conhece as ações a serem realizadas, conforme pactuação da PPI e TAM	031.06, 007.06, 008.06, 009.06, 010.06, 011.06, 013.06, 020.06, 023.06, 024.06, 026.06, 027.06, 028.06, 029.06, 030.06, 034.06
Conhece os problemas sanitários e de saúde da população	007.06, 008.06, 010.06, 011.06, 012.06, 020.06, 026.06, 034.06
Desconhece as ações a serem realizadas, conforme pactuação da PPI e TAM	002.06, 003.06, 008.06, 009.06, 012.06, 013.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 021.06, 022.06, 025.06, 032.06
Desconhece os problemas sanitários e de saúde da população	031.06, 002.06, 003.06, 004.06, 006.06, 009.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 021.06, 022.06, 023.06, 024.06, 025.06, 027.06, 029.06, 030.06, 032.06
SITUAÇÃO OBJETO	
Conhece as metas do TAM	031.06, 007.06, 008.06, 009.06, 012.06, 013.06, 020.06, 023.06, 024.06, 025.06, 026.06, 027.06, 028.06, 029.06, 030.06, 032.06, 034.06
Desconhece as metas do TAM	001.06, 002.06, 003.06, 004.06, 006.06, 010.06, 011.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 021.06, 022.06
Sem relatório de supervisão	005.06, 016.06, 033.06
ESTRATÉGIA DE AÇÃO	
Com computador e acesso a Internet	006.06, 007.06, 012.06, 020.06, 026.06, 034.06
Com roteiros que norteiam a ação de VISA	001.06, 002.06, 003.06, 004.06, 006.06, 007.06, 008.06, 011.06, 012.06, 020.06, 021.06, 023.06, 024.06, 025.06, 026.06, 028.06, 032.06, 034.06
Com veículo específico para VISA	007.06, 008.06, 009.06, 010.06, 020.06
Estrutura física adequada	004.06, 006.06, 007.06, 008.06, 010.06, 024.06, 034.06
Estrutura física inadequada	031.06, 009.06, 011.06, 012.06, 013.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 020.06, 021.06, 022.06, 023.06, 025.06, 026.06, 028.06, 029.06, 030.06, 032.06
Não elabora relatórios de inspeção	001.06, 002.06, 008.06, 013.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 021.06, 022.06
Relatórios de atividades aparentemente baseados nos riscos e agravos à saúde	007.06
Relatórios de atividades não são baseados nos riscos e agravos à saúde	031.06, 003.06, 004.06, 006.06, 020.06, 023.06, 024.06, 025.06, 026.06, 027.06, 028.06, 029.06, 032.06, 034.06
RH capacitado	006.06, 007.06
RH em nº inferior ao exigido na CIB nº 120/2006	001.06, 003.06, 008.06, 009.06, 011.06, 013.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 020.06, 021.06, 022.06, 023.06, 025.06, 026.06, 029.06, 030.06, 032.06, 034.06
RH sem capacitação	031.06, 001.06, 002.06, 003.06, 004.06, 011.06, 013.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 020.06, 021.06, 022.06, 023.06, 024.06, 025.06, 026.06, 027.06, 028.06, 030.06, 032.06, 034.06
Sem computador e acesso a Internet	031.06, 003.06, 004.06, 008.06, 009.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 021.06, 022.06, 023.06, 024.06, 025.06, 027.06, 029.06, 032.06
Sem relatório de supervisão	005.06, 016.06, 033.06
Sem roteiros que norteiam a ação de VISA	031.06, 013.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 022.06, 027.06, 029.06, 030.06
Sem veículo específico para VISA	031.06, 001.06, 002.06, 014.06, 015.06, 017.06, 018.06, 019.06, 021.06, 022.06, 023.06, 024.06, 025.06, 027.06, 028.06, 030.06, 032.06

Quadro 11 - Consolidação dos Relatórios de Supervisão por Eixo Temático

No que se refere ao eixo temático “a realidade”, na grande maioria dos municípios os coordenadores de VISA desconhecem as ações de sua competência e os problemas

sanitários e de saúde do município. No momento da supervisão três municípios foram habilitados na Gestão Plena sem relatório de supervisão, dois estavam sem coordenador, três tinham coordenador sem graduação de nível superior e um não assinou o Termo de Ajustes e Metas. Os municípios cujos coordenadores demonstraram conhecer as ações a serem realizadas e os problemas sanitários e de saúde do município, não demonstraram este conhecimento na elaboração do Plano de Saúde e no Plano de VISA, imagina-se que estes não participaram da sua elaboração.

Quanto ao eixo temático “situação objeto” 17 municípios demonstraram conhecer as metas pactuadas no TAM, contudo este conhecimento não está evidenciado na elaboração do Plano de Saúde e no Plano de VISA.

A categoria de análise “estratégias de ação” buscou avaliar a capacidade do município de agir diante dos problemas sanitários existentes no seu território. Como nos Planos de Saúde e de VISA, não ficou evidenciado a programação, priorização, definição de metas e indicadores de acompanhamento e avaliação das ações de Vigilância Sanitária, tentamos identificar através da infra-estrutura da VISA, se esta teria capacidade de intervenção. Diante do exposto no quadro 11, com as VISAs sem condições mínimas de funcionamento, instalações de trabalho inadequadas, sem equipamentos de trabalho, sem veículo, profissionais sem capacitação e em número inferior ao determinado pela legislação e comprovado quando da adesão ao TAM, apenas um município elabora relatório de inspeção baseado nos riscos sanitários, os demais ou não fazem relatórios ou não associam estes aos riscos sanitários. Este eixo aponta para uma incipiente capacidade de ação e intervenção dos municípios sobre os problemas sanitários existentes no seu território.

A partir da análise dos Planos Municipais de Saúde (2002-2005) e dos Planos Municipais de Vigilância Sanitária (2006), enquanto instrumentos de gestão, e sob a ótica das Categorias de Análise - a realidade, situação-objeto, imagem-objeto e estratégia de ação – podemos considerar que os municípios estudados apresentam incipiente capacidade de planejamento, com baixo grau de utilização desses instrumentos de gestão e dos instrumentos de programação (PPI e TAM), no planejamento das ações, principalmente de VISA.

7.3 CAPACIDADE DOS MUNICÍPIOS EM CUMPRIREM AS METAS PACTUADAS

Para avaliarmos como **a capacidade de planejamento** dos gestores municipais contribui para a capacidade de gestão na obtenção dos resultados definidos por meio das metas pactuadas na área de Vigilância Sanitária, foi utilizado como Categoria de Análise: o Gerenciamento da Execução como sendo a capacidade de cumprir as metas pactuadas na PPI e no TAM no ano de 2006, e como eixo temático o acompanhamento de metas e avaliação de resultados. O instrumento utilizado nesta avaliação foi o Sistema de Consolidados da DIVISA.

Para facilitar a compreensão foi elaborado o Quadro 13, em anexo que se refere a avaliação da execução das ações da PPI e do TAM, através do sistema de informação da DIVISA, denominado de Sistema de Consolidados, e este demonstra que: a) a maioria dos municípios (vinte) apesar de pactuarem as ações de média complexidade através do TAM não executam nenhuma atividade, classificada na Resolução CIB nº 120/2006 como Especiais; b) dos municípios que realizam ações da Atenção Básica e de média complexidade a maioria (vinte e dois) não realizam 100% das ações de inspeção; c) cinco municípios não apresentam no sistema estabelecimentos cadastrados nem inspecionados; d) três municípios não apresentam estabelecimentos cadastrados mas informam estabelecimentos inspecionados; e) quatro municípios apresentam estabelecimentos cadastrados sem indicação de inspeção.

Conforme demonstrado no quadro 13, os municípios pactuaram a média complexidade (TAM), comprovaram capacidade para assumir as ações, habilitaram-se a receber os recursos financeiros e não cumpriram em 2006 o pactuado e o coordenador do sistema aparentemente, apesar de constar no seu sistema de informação, não realizou nenhuma ação que objetivasse a readequação da pactuação. Diante do exposto podemos questionar: a) quanto a avaliação do sistema de informação por parte do coordenador estadual; b) o não registro de ações é decorrente da sua não realização ou da não alimentação do sistema; c) como pode o sistema cadastrar inspeções em estabelecimentos não cadastrados; e d) como habilitar municípios ao TAM que não cumprem a PPI da Atenção Básica.

Apesar dos municípios habilitados no TAM, **comparativamente** com os demais, apresentarem melhores indicadores de desenvolvimento, esta posição não reflete sua capacidade de planejamento e gestão. Conforme evidenciamos anteriormente o processo de

planejamento das ações não apresenta elementos explícitos que permitam identificar a metodologia utilizada, as entrevistas, os questionários e a avaliação dos Planos de Saúde e VISA apontam para o desconhecimento da maioria dos gestores dos problemas sanitários, da política de saúde para o setor de vigilância sanitária, do perfil epidemiológico e sanitário do seu município, bem como as relações com os problemas de saúde da população, os Planos de Saúde não incluem as ações de vigilância sanitária principalmente as ações de média complexidade, e os Planos de VISA apresentam programação apenas da baixa complexidade, logo é de se esperar que as ações de VISA não estejam contempladas no Plano Municipal de Investimento. Esta situação pode explicar porque em alguns municípios os profissionais da VISA realizam atividades inerentes a vigilância epidemiológica.

Conforme descrito anteriormente nas premissas, o modelo ascendente proposto por Teixeira (2001) para o planejamento, não foi identificado nos planos, como também, o modelo descendente proposto por Weber, neste caso, dos Planos avaliados, nenhum demonstrou a utilização dos instrumentos de programação como base para a programação das suas ações. Observando o exposto nas premissas desse estudo, estas se confirmam, após avaliação das categorias e eixos de análises, observamos que os gestores municipais de saúde não utilizam, de forma consistente, os instrumentos de gestão e programação no planejamento das ações de Vigilância Sanitária, provavelmente pela falta de conhecimento e em decorrência da baixa capacidade de planejar e gerenciar, e conseqüentemente, estes não conseguem executar as ações de média e alta complexidade programadas e pactuadas.

Quanto aos pressupostos, estes também se confirmam, observando os instrumentos utilizados, neste estudo, para avaliação das categorias e eixos de análise, os municípios não utilizam o PES como modelo de planejamento e na sua maioria as ações de vigilância sanitária, com ênfase para as ações de média complexidade, não são programadas, o que deve explicar a manutenção do modelo assistencialista focado, no caso específico da vigilância sanitária, na realização das ações de inspeção e fiscalização dissociadas dos problemas de saúde dos municípios. No que se refere a capacidade de gestão, esta pode ser considerada incipiente quando observamos a não inclusão das ações de VISA no Plano Municipal de Saúde e o baixo resultado no alcance das metas. Quanto ao segundo pressuposto que trata da relação direta entre a capacidade de gestão e a capacidade de planejar, realizar e alcançar os resultados esperados, este estudo aponta para a confirmação dessa afirmativa, considerando a maioria dos municípios não planeja nem realiza as ações de VISA,

principalmente, as de média complexidade, não alimenta o sistema de informação do coordenador estadual de vigilância sanitária, nem utiliza os instrumentos de gestão disponíveis, no planejamento municipal. A não realização das ações de média complexidade pactuadas através do TAM, pela maioria dos municípios, conseqüentemente compromete o cumprimento das metas e o alcance dos resultados esperados no controle dos riscos e agravos a que a população pode estar exposta e que são preveníveis pela ação de vigilância sanitária.

Quanto a Agenda de Saúde, conforme descrito nas páginas 59 e 60 deste estudo, a inserção da Vigilância Sanitária ocorre no Compromisso II – Objetivo 23, como o Coordenador do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária poderá alcançar os objetivos definidos, se parte das ações que visam o controle dos riscos e agravos à saúde da população, decorrente dos processos produtivos e do uso de produtos, está sob responsabilidade dos municípios que aderiram ao TAM? Desta forma, podemos prever que o coordenador estadual dificilmente conseguirá obter sucesso no cumprimento desse compromisso.

Como pode o coordenador estadual esperar cumprimento de metas pactuadas se as ações de VISA não são incluídas no planejamento, no Plano de Saúde e logicamente no Plano de Investimento, e estes instrumentos de gestão não refletem a consciência do gestor e da equipe de VISA dos problemas de saúde e sanitários existentes no território dos municípios. Um dos argumentos levantados para explicar esta situação é a rotatividade principalmente de gestores e coordenadores de VISA o que gera descontinuidade do conhecimento a cerca do assunto, tendo como base essa suposição, alguns gestores justificaram o não encaminhamento do questionário por falta de conhecimento dos elementos pesquisados.

No que se refere a contribuição da DIVISA para o processo de planejamento das ações de VISA, os municípios identificaram: a) Necessidade de capacitação da equipe técnica em fiscalização; b) estabelecimento de um programa sistemático de supervisão aos municípios para acompanhamento da execução das ações desenvolvidas; d) Estabelecimento de ações articuladas com as VISAs, buscando resolução de problemas locais; e) Estabelecimento de mecanismo conjunto de planejamento, avaliação e controle da execução das ações de VISA.

Observamos que nenhum município apontou para a necessidade de capacitação e de apoio ao processo de planejamento das ações de VISA, o que pode demonstrar um desconhecimento da importância deste processo na obtenção de recursos e resultados.

Retomando os conceitos de capacidade de gestão (como sendo a capacidade de gerar e controlar ações, a partir do acervo técnico, métodos, habilidades, competências e experiências desenvolvidas por um gestor e sua equipe, na condução do processo social, e que se expressa na capacidade de direção e de gerência para o alcance dos objetivos estabelecidos no plano de ação e de acordo com sua governabilidade), e de planejamento estratégico-situacional (que segundo Castilho (2000), é um cálculo que antecede a ação, mantém variáveis sob controle e conduz os acontecimentos de modo a alcançar as metas e objetivos desejados), podemos inferir que, pelos dados avaliados, há uma clara dicotomia entre o Plano de VISA e o Plano Municipal de Saúde, os municípios desconhecem a sistematização do processo de planejamento e do método proposto pelo PES.

Este capítulo apresentou, discutiu e avaliou os dados de acordo com as categorias de análise e os eixos-temáticos, e apontam, na área de vigilância sanitária, incipiente capacidade de alcançar resultados pactuados, que acreditamos estar relacionado com o baixo nível de participação da VISA no planejamento e programação das ações, refletindo a não inserção das ações de vigilância sanitária no Plano Municipal de Saúde (PMS) e a não inclusão das ações de média complexidade no plano de VISA. Considerando que estes municípios, pelos Índices adotados pela SEI, apresentam uma boa classificação nos Índices de Desenvolvimento Social e Econômico, Índice do Nível de Saúde, Índice do Nível de Educação e Índice de Serviços Básicos, e mesmo assim no que se refere a gestão e o planejamento apresentam uma capacidade elementar, é de se esperar que esta situação seja extensiva aos demais municípios do Estado.

Os municípios alvo deste estudo, na sua maioria, apresentam uma baixa capacidade de gestão e demonstram a incipiente capacidade de planejamento. Desta forma concluímos que a capacidade de gestão apresenta forte capilaridade com a capacidade de planejamento, o que condiz com o pressuposto inicial do estudo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Na Vigilância Sanitária a incorporação do conceito de risco, danos, condicionantes e determinantes ainda é uma prática pouco difundida na condução das ações de VISA. A ação de maior demanda ainda é o licenciamento de estabelecimentos que necessitam de Alvará Sanitário para funcionar, comercializar, produzir, participar de licitações, importar e exportar produtos passíveis de controle sanitário, dentre outros, e estes exercem pressão, inclusive política, para que este processo seja o mais rápido e favorável possível. A demanda por esta ação é grande, considerando o número reduzido de profissionais capacitados e atuantes na área, o que contribui para que o processo de inspeção/fiscalização seja conduzido de forma mais visual do que embasado em evidências, principalmente nos estabelecimentos assistências de saúde, considerando que no setor industrial a implantação das boas práticas de produção e o MERCOSUL, direcionam a ação de inspeção para a vertente da auditoria e certificação.

Observamos que a ação de VISA é dissociada dos problemas de saúde da população e da avaliação de risco e agravo, o que deve dificultar a priorização das ações, acreditamos que a incorporação do conceito e da prática de Vigilância da Saúde nos processos de trabalho da Vigilância Sanitária, pode contribuir para que esta, venha efetivar o controle de

riscos e agravos, decorrentes da produção de bens e da prestação de serviços, a que a população pode estar exposta.

A observação da maioria das estruturas das Secretarias Municipais evidencia que a gestão é ainda muito centralizada na figura do Prefeito ou do Secretário Municipal de Saúde, e no que se refere ao controle social, exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde, verifica-se que o jogo do poder favorece aos atores sociais mais fortes, não garantindo, devido a arranjos políticos locais, inclusive, a paridade na composição desses Conselhos, prejudicando o debate sobre os problemas e gerando desigualdade na luta pela garantia dos direitos à saúde, violando assim, o disposto na Lei Nº 8.142/1990. O processo de planejamento nos municípios, com ênfase para a área de Vigilância Sanitária, é ainda incipiente e os problemas identificados, na sua maioria, são pouco complexos e inter-relacionados, focados nas conseqüências e não nas causas.

Observando os resultados encontrados nesta pesquisa e ponderando acerca da experiência de 25 anos na saúde, sendo que os últimos 15 anos foram exercidos na Vigilância Sanitária do Estado da Bahia, consideramos pertinente uma reflexão a cerca do processo de trabalho da VISA. Conforme discutido no segundo capítulo deste estudo, existe uma dicotomia entre o discurso marxista a ser adotado como modelo de planejamento das ações de saúde e a estrutura organizacional e funcional que adota o modelo weberiano de organização burocrática. Quanto a distribuição de responsabilidades, a vigilância sanitária estadual assume um modelo que tende a se moldar ao modelo proposto por Taylor que define como responsabilidade da administração (gerência) o **planejamento das ações**, que incluem o estudo do trabalho operário e o estabelecimento de métodos de trabalho, e a **supervisão** que consiste na assistência contínua ao trabalhador durante todo período que este desenvolve suas atividades, ficando para o agente de produção a responsabilidade **da execução do trabalho**, devendo a administração estabelecer procedimentos que visem a otimização, uniformização e racionalização do trabalho através da supressão de atividades e procedimentos considerados desnecessários. O estudo dos tempos proposto por Taylor tinha por objetivo: a) eliminar o desperdício de esforço humano na realização das tarefas; b) adaptar o operário à própria tarefa; c) treinar os operários para obtenção de melhor desempenho nas suas atividades; d) ampliar a especialização dos operários nas atividades desempenhadas; e) estabelecer normas detalhadas de execução do trabalho.

Extrapolando este modelo para a VISA, observamos que no esforço para otimizar, uniformizar e racionalizar o trabalho na área de vigilância sanitária, com o objetivo de reduzir esforço humano, os coordenadores nacional e estadual propõem a elaboração de roteiros de inspeção e fiscalização que visam padronizar a ação do agente sanitário, o que consideramos ser desfavorável para a reflexão e análise crítica a cerca dos problemas de saúde e sanitário da população e da especificidade dos riscos e agravos inerentes a cada situação enfrentada.

As capacitações e treinamentos promovidos pelo coordenador do sistema nacional e estadual, com ênfase para aqueles destinados aos municípios, estão focados no processo de inspeção e fiscalização de estabelecimentos e produtos passíveis de controle sanitário, e visam adaptar o agente sanitário à própria tarefa; treiná-los de forma a obter melhor desempenho na realização das suas atividades, ampliar a especialização destes nas atividades desempenhadas e para garantir e facilitar a operacionalização do trabalho são estabelecidas normas detalhadas de execução do trabalho, através de leis, portarias e resoluções. Contudo, são incipientes as capacitações, para a instância municipal, que objetivem o fortalecimento da gestão em VISA, estando aí incluídas capacitações na área de planejamento e programação das ações, o que pode inibir a participação dos profissionais de vigilância sanitária no planejamento das ações, dificultar a compreensão do seu papel institucional e da sua inserção na garantia do direito à saúde da coletividade e reduzir sua capacidade de alcançar as metas definidas para as ações consideradas da Atenção Básica e Média Complexidade.

A esfera central assume o planejamento descendente, definindo as ações a serem executadas, suas metas e indicadores através dos diversos processos “ditos” de pactuação, assumindo também o processo de supervisão que visa basicamente verificar se os municípios cumpriram o acordado.

Da esfera municipal é esperado este inclua no seu planejamento as ações definidas (e posteriormente nomeadas como ações pactuadas), pelo nível central e a execução das mesmas conforme a programação previamente definida. Considerando que os municípios, de acordo com o sistema de consolidado da DIVISA não cumprem a pactuação, não incluem no Plano Municipal de Saúde as ações de VISA e no Plano de Vigilância Sanitária não incluem as ações de média complexidade pactuadas através do TAM, recomendamos que o coordenador estadual avalie a possibilidade de: a) adotar o modelo de planejamento proposto pelo PES para o equacionamento dos macro problemas e o método MAPP para os problemas de baixa e média complexidade ; b) desenvolver uma estratégia de modo que o planejamento

municipal e estadual na área de VISA seja ascendente e que os municípios compreendam, compatibilizem e incorporem os instrumentos de gestão e programação no processo de planejamento; c) capacitar os municípios na área de gestão e no processo de planejamento, de modo que estes compreendam a realidade na qual estão inseridos, identifiquem as necessidades de saúde da sua população, reflitam sobre os riscos e agravos a que esta pode estar exposta, priorizem as ações e compatibilizem as ações de intervenção nos problemas de saúde da sua população com ações definidas nos diversos instrumentos de gestão e programação. Favorecendo dessa forma o fortalecimento da gestão e a implantação e implementação do processo de Planejamento Estratégico.

O modelo weberiano, descendente e caracterizado pela imposição de ações através de diversos instrumentos de gestão e programação é conflitante com o modelo de intervenção proposto por Teixeira (2001) que, considera os municípios com identidade, especificidade e necessidades próprias e propõe que o planejamento ascendente .

O município, enquanto discurso, é incentivado a planejar com base na sua realidade e de forma ascendente, mas efetivamente lhe é imposto o modelo mais afinado com o weberiano. A dificuldade dos municípios em cumprirem os pactos pode estar relacionada a esta dicotomia. Na elaboração dos seus planos estes são incentivados a baseá-los nos problemas de saúde do município, e projetam seus planos de ação de acordo com a sua realidade individual, no decorrer do período de vigência do Plano (4 anos) os municípios tem que pactuar com as esferas estadual e federal as ações elencadas na PPI, TAM, Certificação da Vigilância Epidemiológica, dentre outros, tendo que dar conta de ações e indicadores que não foram previstos no seu planejamento ou que não foram considerados prioritários, em função da singularidade do próprio município. Diante do exposto, recomendamos que os municípios sejam instrumentalizados na utilização dos instrumentos de gestão e planejamento e na sua compatibilização com as ações prioritárias identificadas. E que o gestor estadual possa implantar o processo de planejamento proposto por Matus.

Como sugestão, este estudo propõe para a Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental a adoção de mecanismos que venham favorecer os municípios por meio do fortalecimento da capacidade de gestão e da implantação do planejamento estratégico, além de:

- Revisão da Resolução CIB nº 120/2006, com inclusão do Plano Municipal de Saúde nos documentos imprescindível, e a DIVISA realizar sua avaliação propondo a adequação dos Planos que não contemplam as ações de VISA;
- Apoiar e assessorar os gestores municipais para que estes assumam as competências e responsabilidades adquiridas quando do processo de pactuação e incluam no planejamento as ações de VISA de baixa e média complexidade no Plano Municipal de Saúde e no Plano de VISA, em consonância com as ações prioritárias identificadas pelo município;
- Instrumentalizar os municípios de modo que estes compreendam a sua responsabilidade enquanto coordenador do sistema municipal e no cumprimento das metas que eles mesmos pactuaram e comprovaram capacidade para tal;
- Pautar o processo de supervisão na solidariedade e no apoio aos municípios de modo que estes se fortaleçam enquanto coordenador do sistema municipal de vigilância sanitária;
- Coordenar o processo de elaboração dos Planos de VISA, de modo que estes tenham como base a situação de saúde da população, os problemas sanitários e as metas pactuadas, e não a capacidade de produção da equipe de VISA
- Estimular a inserção dos instrumentos de gestão e programação no planejamento municipal;
- Capacitar o gestor municipal e os profissionais de VISA na área de: Políticas Públicas de Saúde, gestão e planejamento, incluindo a identificação e intervenção nos problemas de saúde da população;
- Apoiar a estruturação física, organizacional e funcional das VISAs municipais
- Estruturar o sistema de consolidados da DIVISA, instrumentalizando o município na utilização e alimentação do sistema, sistematizando o processo de re-alimentação das informações;

- Fortalecimento do sistema municipal de VISA de modo que os agentes sanitários realizem ações prioritariamente no controle de riscos e agravos decorrentes da produção de bens ou da prestação de serviços, reduzindo sua participação nas ações de epidemiologia e assistência.

Este estudo identifica a necessidade de aprofundamento da pesquisa do objeto “organização de vigilância sanitária”, considerando que na sua prática apresenta um discurso marxista, sua estrutura organizacional assume o modelo weberiano e na organização do trabalho tem como base o taylorismo, sendo necessário avaliar em que medida esta dicotomia pode vir a se constituir em possibilidades de ampliação da capacidade de gestão ou em limite capaz de dificultar a mudança organizacional e comprometer o seu funcionamento operacional, impossibilitando, deste modo que a organização cumpra a sua missão e alcance a sua visão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988.** Editora Saraiva, 27. Ed. São Paulo, 2001. ISBN 85-02-02294-6.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, 1990.

_____. **Lei Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências . Brasília, 1990.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único da Saúde – NOB-SUS 01/96. **Portaria GM n.º 2.203/ 96.** DOU de 06/11/96, Brasília, 1996.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS/2002. **Portaria GM n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002.** DOU de 28/02/02, Brasília, 2002.

_____. **Portaria Federal n.º 1.565 de 26 de agosto de 1994.** Define o Sistema de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de Vigilância em saúde no âmbito do SUS. .DOU, Brasília, 1994.

_____. **Portaria n.º 2.607 de 10 de maio de 2004.** Aprova o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil. D.O.U. 13/12/2004, Brasília. 2004.

_____. **Portaria n.º 548 de 12 de abril de 2001.** Aprova o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. Brasília, 2001.

_____. **Portaria GM n.º 2.473 de 29 de dezembro de 2003,** que estabelece que estabelece as normas para programação pactuada das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2003.

_____. ANVISA. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília, 2001.

_____. **Banco de dados.** Disponível em: http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/saigts/php/page_search.php?lang=8detter=R. Acesso em 10 dez. 2006

BAHIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS/Progestores. **PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE .** Nota Técnica nº 06/2006, vol 1. Brasília, 2006.

_____. Comissão Intergestores Bipartite – CIB. **Resolução N.º 120 de 17 de maio de 2004.** Que aprova o Regulamento Técnico que disciplina a habilitação dos municípios ao Termo de Ajuste e Metas na área de Vigilância Sanitária. DOE, 12 e 13, ago.2006. Ano XC, nº19.205, 53p. Salvador, 2006.

_____. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Banco e dados** disponível em:http://www.sei.ba.gov.br/side/frame_tabela.wsp?tmp.tabela=T164&tmp.volta= Acesso em 14 out. 2007.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, Salvador, 2005.

_____. _____. **Plano Diretor para o Desenvolvimento da Vigilância da Saúde no Estado da Bahia (PLANDEVISA II)**. Salvador, 2004.

_____. Programação da Atenção Básica, **Manual de Orientação**. Salvador, 2002.

_____. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. **Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades**. Salvador, 2004.

CAMPENHOUDT, Raymond Quivy LucVan. **Manual de investigação em ciências sociais**. Tradução de João Minhoto Marques, M.^a Amália Mendes e M.^a Carvalho. Portugal. 2.ed. jan. 1998.

CAMPOS, Francisco Eduardo de, TORON, Lídia Maria, Mozart de Oliveira Jr. “Planejamento e gestão em saúde”. **Cadernos de Saúde 1 e 3**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

_____. Francisco Eduardo de, TORON, Lídia Maria, Mozart de Oliveira Jr. “Legislação Básica do SUS”. **Cadernos de Saúde 3**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTILHO, Marilene de e Vera Lúcia Edais Pepe. “**Texto Planejamento Estratégico**”. Fundamentos da Vigilância Sanitária/organizado por Suely Rozenfeld. Rio de Janeiro, p.195-232: Editora FIOCRUZ, 2.000.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD. **Formulacion de Política de Salud**. Santiago, 1975.

COSTA E ROZENFELD. **Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil**. Fundamentos da Vigilância Sanitária./Organizado por Suely Rozenfeld. Editora FIOCRUZ, p.15-48. Rio de Janeiro, 2000.

DE SETA, Marismar Horsth. **Planejamento e Programação como Instrumentos para a Gestão**. Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer./Organizado por

Marismary Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele **O'Dwyer de Oliveira**. Editora FIOCRUZ, p.167-193. Rio de Janeiro, 2006.

EISENSTADT.S.N. **Burocracia, Burocratização e Desburocratização**. Sociologia da Burocracia/Organizado por Edmundo Campos. p. 54-61. Rio de Janeiro, 1966.

GIOVANELLA, Lígia. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento em Saúde na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, RJ, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.

GOULDNER, Alvin W. **Conflitos na Teoria de Weber**. Sociologia da Burocracia/Organizado por Edmundo Campos. p. 54-61. Rio de Janeiro, 1966.

GUIMARÃES, Tomás de Aquino. O modelo Organizações Sociais: lições e oportunidades de melhoria. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 54, número 1, p 97-115. jan-mar 2003.

GUIMARÃES, M.^a do Carmo. SANTOS, Sandra M.^a Chaves dos. MELO Cristina. SANCHES, Alvino. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1642-1645, nov-dez, 2004.

HALL, Richard H. **O conceito de burocracia: uma contribuição empírica**. Sociologia da Burocracia/organizado por Edmundo Campos. p.43. Rio de Janeiro, 1966.

HUERTAS, Franco. O método PES: **Entrevista com Matus**; tradução Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 1996.

LUCCHESI, Patrícia T.R. **A Vigilância Sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde**. Fundamentos da Vigilância Sanitária./Organizado por Suely Rozenfeld. Editora FIOCRUZ, p.15-48. Rio de Janeiro, 2000.

LUCCHESI, Geraldo. **A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde**. Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer./Organizado por Marismary Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele O'Dwyer de Oliveira.. Editora FIOCRUZ, p.167-193. Rio de Janeiro, 2006.

MARX, Karl. **Sociologia da Política**. Sociologia da Política/organizado por Amaury de Souza, ed. Zahar Editores, pg. 07-33, Rio de Janeiro, 1966.

MATUS, Carlos. **Estrategia y Plan** 2. ed., México, Siglo XXI. 1978.

MEIRELLES,Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 28^a Ed.Malheiros, p.125-143.São Paulo,2003.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Inovação Gerencial na administração Pública: um estudo na esfera municipal no Brasil**. Tese (Doutorado em Administração) Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia. Núcleo de Pós-Graduação em Administração. 2000, 330p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento – **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2.ed., HUCITEC-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria geral da administração: uma introdução**. Ed. Pioneira. 22ª Edição Ampliada. São Paulo. 2002.

PALMEIRA, Guido. **Epidemiologia**. Fundamentos da Vigilância Sanitária./Organizado por Suely Rozenfeld. Editora FIOCRUZ, p.15-48. Rio de Janeiro, 2000.

RICCIO, M.^a Conceição e DUARTE, Márcia. A Vigilância Sanitária do Estado da Bahia na busca da garantia do direito à saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.º 25. p.24-27, novembro 2001.

SANTOS, Reginaldo Souza. Interesse Público e Interesse Privado. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 21(1): 54-66, jan/mar, 1987.

_____. Reginaldo Souza. **A Teoria das Finanças Públicas no Contexto da Capitalismo**: Uma discussão com os filósofos economistas: de Smith a Keynes. Cap. 3. São Paulo: Ed. Mandacaru, CETEAD. Salvador, 2001.

STRALEN, Cornelis Johannes van. Vigilância Sanitária/org Francisco Eduardo de Campos, Lídia Maria Toron, “Controle social sobre ações de recuperação, proteção e defesa da Saúde”. **Cadernos de Saúde** 4 Vigilância Sanitária, saúde e cidadania. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto**. Saúde em Debate, (33): 27-32, 1991.

_____. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Paim, Jairnilson Silva e Vilasbôas, Ana Luiza. “**SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde**”. Fundamentos da Vigilância Sanitária/organizado por Suely Rozenfeld. Rio de Janeiro, p.195-232: Editora FIOCRUZ, 2.000.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador:AATR, 2002.

TESTA, Mário. **Pensamento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación**. Buenos Aires, 1986.

WEBER, Max. **Os Fundamentos da Organização Burocrática: uma Construção do Tipo Ideal**. Sociologia da Burocracia/Organizado por Edmundo Campos. p. 16-27. Rio de Janeiro, 1966.

_____. **Sociologia**. Organizado por Gabriel Cohn, tradução de Amélia e Gabriel Cohn. Ed. Ática, Grandes cientistas sociais, vol. 13. São Paulo 1979.

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
001.06	SIM*	NÃO**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de Saúde: identifica, mas não discute os problemas de saúde e sanitários da população, não explicita o processo do planejamento, não demonstra no plano a utilização dos instrumentos de programação PPI e TAM e não programa as ações do TAM 	<p>ENTREVISTA: Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador da VISA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de saúde participativo ▪ Com a participação da VISA, “nós nos sentimos dentro do Plano pela 1ª vez.” ▪ Trabalha de acordo com o pactuado na municipalização ▪ PLANDEVISA – não utilizou o Plano de Saúde como a base, entendeu que deveria iniciar outro processo de planejamento; ▪ Os instrumentos de gestão são elementos norteadores, contudo não é discutida a sua adequação à realidade municipal. ▪ Planejamento baseado na capacidade da equipe e não nas metas pactuadas. Não se estrutura para cumprir as responsabilidades, realiza de acordo com a capacidade instalada e não com a capacidade apresentada na CIB no momento da pactuação. ▪ Não fez a agenda de saúde municipal ▪ DIVISA capacita na área de VISA, mas não capacita na área do planejamento ▪ Municípios não participam do planejamento da DIVISA ▪ Uma dificuldade para o planejamento e cumprimento de metas é a rotatividade de pessoal, recurso insuficiente para permitir a execução de todas as ações pactuadas
002.06	NÃO	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem avaliação 	
003.06	SIM	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de Saúde: identifica mas não discute os problemas de saúde e sanitários da população, não explicita o processo do planejamento, não demonstra no plano a utilização dos instrumentos de programação PPI 	

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	
			ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS	
			e TAM e não programa as ações do TAM	
004.06	SIM	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de Saúde: identifica mas não discute os problemas de saúde e sanitários da população, não explicita o processo do planejamento, não demonstra no plano a utilização dos instrumentos de programação PPI e TAM e não programa as ações do TAM ▪ Desconhecimento das ações que são de responsabilidade da VISA, considerando que foram programadas ações de epidemiologia e da assistência 	<p>QUESTIONÁRIO:</p> <p>Imagem-objeto – Enumera os instrumentos utilizados no planejamento, não menciona a PPI e o TAM, referindo-se a legislações como a CIB nº 120/2006, a ações de cadastramento de estabelecimentos, a Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP/VS), Relatório de Gestão Municipal e PPA. Considerando a avaliação do Plano de Saúde, esta informação não se confirma.</p>
005.06	NÃO	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem avaliação 	
006.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, não programa as ações da PPI e TAM 	
007.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas de saúde da população com fundamentação teórica a cerca das causas e desenvolvimento, definindo prioridades. Contudo não discute os problemas sanitários e as ações de VISA não foram incluídas nas prioridades; ○ Momento Normativo – apesar de não discutir os problemas sanitários, define diretrizes políticas para organização da saúde no município; ○ Momento estratégico – O plano não apresenta indícios que este momento foi discutido ○ Momento tático-operacional – estabelece estratégias e indicadores, contudo não inclui as ações de VISA 	

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de VISA - discute os problemas de saúde da população, não explicita o processo do planejamento enquanto método, programa as ações da PPI e do TAM, demonstrando o conhecimento desses instrumentos de gestão; 	
008.06	NÃO	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem avaliação 	<p>ENTREVISTA: Secretário Municipal de saúde e o coordenador da VISA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Base do Plano de VISA a demanda da população ▪ Não descreve o processo do planejamento; ▪ Ingerência política dificulta o planejamento e cumprimento de metas; ▪ O caráter assistencialista da política impede de “...sentar e planejar” ▪ Conhece os recursos disponíveis para VISA ▪ Colaboração da DIVISA – parceria e buscar envolver outros setores como o legislativo; recurso insuficiente
009.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto – Plano de VISA – não identifica os problemas sanitários, assume apenas as ações de baixa complexidade, indicando desconhecimento das ações do TAM, não identifica estratégias, atividades nem indicadores 	
010.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto – Plano de VISA – não identifica os problemas sanitários, assume apenas as ações de baixa complexidade, demonstrando desconhecimento das ações do TAM, não identifica estratégias, atividades nem indicadores ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas de saúde, mas não discute sua geração e seu desenvolvimento, 	<p>QUESTIONÁRIO: Imagem-objeto</p> <p>Enumera os instrumentos utilizados no planejamento, não menciona a PPI, referindo-se a Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP/VS), Relatório de Gestão Municipal, Plano Municipal de Saúde e o PPA. Considerando a avaliação do Plano de Saúde, esta informação não se confirma.</p>

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			<p>demonstrando desconhecimento das suas causas e conseqüências. Os problemas sanitários não são identificados, assume a realização apenas das ações de baixa complexidade demonstrando desconhecimento do TAM. No PPA não estão incluídas as ações de VISA;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento Normativo – Identificados os problemas de saúde, sem definição: de metas e resultados esperados, dos recursos necessários, das ações e atividades, bem como dos responsáveis pela execução do Plano; ○ Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – sem definição de indicadores de avaliação e acompanhamento 	
011.06	NÃO	NÃO	▪ Sem avaliação	
012.06	NÃO	NÃO	▪ Sem avaliação	
013.06	NÃO	SIM	▪ Imagem-Objeto – Discursa sobre os problemas de saúde e sanitário, segundo Plano de Saúde. Define as diretrizes prioritárias, as estratégias de ação e a construção de viabilidades e metas, contudo não define indicadores, as metas são apenas de prazo, as estratégias estão centralizadas nas ações de rotina e na infra-estrutura	
014.06	SIM	SIM	▪ Imagem-objeto – Plano de VISA – Discursa sobre os problemas de saúde e sanitário, não menciona o processo de construção do planejamento, demonstra desconhecimento das ações do TAM, não identifica estratégias, atividades nem indicadores	

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas de saúde, com fundamentação teórica a cerca das causas e desenvolvimento. Os problemas sanitários foram identificados, sem definição dos resultados esperados. Os problemas sanitários não foram discutidos, As ações de VISA foram priorizadas apenas n aço de articulação com o demais órgãos. Programadas apenas ações de rotina e arrecadação, contudo prevê o fortalecimento da participação popular no controle do meio ambiente produtos; ○ Momento Normativo – não identificado no Plano; ○ Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – define estratégias, ações de VISA não incluídas 	
015.06	NÃO	NÃO	Sem avaliação	
016.06	NÃO	NÃO	Sem avaliação	
017.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, não programa as ações da PPI e TAM programa apenas ações de baixa complexidade 	
018.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – discute os problemas de saúde, mas não menciona o processo do planejamento, não programa as ações da PPI e TAM, programa apenas ações de baixa complexidade de fiscalização. A construção de validade do plano foi identificada como sendo a responsabilidade a ser assumida 	

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			pelos órgãos	
019.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, não programa as ações da PPI e TAM 	
020.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, nem o processo de planejamento, programa as ações da PPI e TAM e elenca as demandas da população para a VISA ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – não identifica os problemas de saúde. Os problemas sanitários não foram identificados, sem definição dos resultados esperados. Os problemas sanitários não foram discutidos, As ações de VISA não foram priorizadas ○ Momento Normativo – não identificado no Plano; ○ Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – estabelece o plano operativo da VISA, algumas metas apontam para os problemas sanitários, apesar destes não terem sido explicitados, identificados indicadores de avaliação. No PPA a VISA é incluída apenas na discriminação dos recursos. 	
021.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, não programa as ações da PPI e TAM 	
022.06	NÃO	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem avaliação 	
023.06	NÃO	NÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem avaliação 	
024.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute 	ENTREVISTA: Secretário Municipal de saúde e o

APÊNDICE A			
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA			
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO
			ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			os problemas sanitários, o processo de planejamento, não programa as ações da PPI e TAM
			coordenador da VISA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação 509 membros da comunidade; ▪ Não descreve o processo do planejamento, nem elenca problemas de VISA, focando na assistência ▪ Construiu a agenda municipal ▪ Discute a validade dos indicadores de saúde, mas não identifica os instrumentos de gestão e programação Contribuição da DIVISA: melhorar o sistema de informação; aproximar-se mais dos municípios; ser parceira dos municípios
025.06	NÃO	NÃO	▪ Sem avaliação
026.06	NÃO	NÃO	▪ Sem avaliação
			QUESTIONÁRIO: Imagem-objeto – instrumentos de pactuação não identificados e como instrumentos de gestão o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão.
027.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – identifica os problemas sanitários, não discute o processo de planejamento, não define estratégias, assume as ações da PPI e TAM e o cadastro anexo ao plano é diferente do cadastro do consolidado da DIVISA ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas de saúde através do CENEPI, mas não explica sua geração e desenvolvimento, não define prioridades, aparenta não conhecer as causas e conseqüências dos problemas. ○ Momento Normativo – os problemas foram identificados mas não definidas as estratégias de enfrentamento dos problemas. Foram definidas as

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			<p>atividades/ações a serem realizadas que foram agrupadas em componentes, contudo os recursos necessários e os responsáveis não foram definidos. A VISA é definida como uma linha de ação, as operações são as atividades da rotina da VISA, não sendo discutido os problemas que estas ações estão enfrentando</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – sem definição de indicadores de avaliação das linhas de ação. 	
028.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, não discute o processo de planejamento, não define estratégias, não assume as ações da PPI e TAM , não define indicadores e programa apenas as ações de baixa complexidade, demonstrando desconhecer as ações de sua responsabilidade ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas de saúde, mas não explica sua geração e desenvolvimento, define prioridades, aparenta não conhecer as causas e conseqüências dos problemas. ○ Momento Normativo – não explicitado no Plano; Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – estabelece o plano operativo da VISA. 	
029.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, programa as ações da PPI e TAM 	

APÊNDICE A				
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA				
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO	ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
030.06	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, programa as ações da PPI e TAM ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – apresentado apenas a consolidação dos programas, não permitindo avaliar o Momento explicativo, o Momento Normativo e o Momento Estratégico – não explicitado no Plano; <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento tático-Operacional – a VISA foi incluída no PPA como meta/ação/indicador e as ações definidas como meta são de responsabilidade da vigilância epidemiológica 	
031.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, programa as ações da PPI e TAM ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas através do SINAN, mas não explica sua geração e desenvolvimento, não define prioridades, aparenta não conhecer as causas e conseqüências dos problemas. ○ Momento Normativo – apesar de não discutir os problemas de saúde define diretrizes políticas para organização do município ○ Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – definidas as operações que visam o enfrentamento dos problemas, contudo não define indicadores 	
032.06	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto - Plano de VISA – não discute os problemas sanitários, o processo de planejamento, elenca ações apenas da atenção 	

APÊNDICE A			
QUADRO 12 – SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE COLETA			
MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE	PLANO DE VISA	SITUAÇÃO
			ENTREVISTAS QUESTIONÁRIOS
			<p>básica, com ênfase para a área de alimentos e comércio ambulante, não programa as ações da PPI e TAM, assumindo apenas o cadastramento de estabelecimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagem-objeto – Plano de Saúde – <ul style="list-style-type: none"> ○ Momento explicativo – identifica os problemas de saúde, mas não explica sua geração e desenvolvimento, não define prioridades, aparenta não conhecer as causas e conseqüências dos problemas. ○ Momento Normativo – não explicitado no Plano; ○ Momento Estratégico – não explicitado no Plano; ○ Momento tático-Operacional – define o plano operativo da VISA, todo o universo de ação da VISA tem como meta a inspeção de estabelecimentos, não define indicadores. As atividades não tem relação direta com a meta
033.06	NÃO	NÃO	▪ Sem avaliação
034.06	NÃO	NÃO	▪ Sem avaliação

*SIM – Significa que o município apresentou o Plano a DIVISA

** NÃO - Significa que o município não apresentou o Plano a DIVISA quando da pactuação do TAM, mas deve ter apresentado nas outras instâncias da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia responsável pela avaliação do pleito do município para ser habilitado na Gestão Plena

APÊNDICE B			
QUADRO 13 – AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DA PPI E TAM			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	ESTABELECIMENTOS INSPECIONADOS	AVALIAÇÃO
001.06	2119	120	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ De todos estabelecimentos cadastrados nenhum foi inspecionado 100% ▪ O cadastro apresentado quando da pactuação é diferente do cadastrado no sistema de consolidado; ▪ Realiza inspeção em estabelecimentos classificados como sendo da Atenção Básica.
002.06	640	338	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ Dos 09 tipos de estabelecimento cadastrados, em apenas 02 tipos foi cumprido 100%, o que corresponde a 19 estabelecimentos cadastrados e inspecionados; ▪ Realiza inspeção em estabelecimentos classificados como sendo da Atenção Básica.
003.06	1856	573	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ De todos os estabelecimentos cadastrados, nenhum foi inspecionado 100% ▪ O cadastro apresentado quando da pactuação é diferente do cadastrado no sistema de consolidado; ▪ Realiza inspeção em estabelecimentos classificados como sendo da Atenção Básica.
004.06	00	931	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ Não foi possível verificar a realização de ação de VISA porque o consolidado da DIVISA não apresenta estabelecimento cadastrado, contudo aceita o lançamento de estabelecimentos inspecionados ▪ Realiza inspeção em estabelecimentos classificados como sendo da Atenção Básica.
005.06	00	44	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi possível verificar a realização de ação de VISA porque o consolidado da DIVISA não apresenta estabelecimento cadastrado, contudo aceita o lançamento de estabelecimentos inspecionados ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ Realiza inspeção em estabelecimentos classificados como sendo da Atenção Básica.
006.06	00	00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi possível verificar a realização de ação de VISA porque o consolidado da DIVISA não apresenta estabelecimento cadastrado,.

APÊNDICE B			
QUADRO 13 – AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DA PPI E TAM			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	ESTABELECIMENTOS INSPECIONADOS	AVALIAÇÃO
007.06	5163 (baixa complexidade)	548	▪ De todos os estabelecimentos cadastrados, nenhum foi inspecionado 100%
	347 (média complexidade)	1042	
008.06	2385 (baixa complexidade)	328	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ não realiza ações pactuadas no TAM
	1042 (média complexidade)	34	
009.06	106 (baixa complexidade)	2	▪ De todos estabelecimentos cadastrados nenhum foi inspecionado 100%
010.06			▪ O sistema da DIVISA não identificou nenhum estabelecimento cadastrado
011.06	2307 (baixa complexidade)	323	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100%
	466 (média complexidade)	62	
012.06	2622 (baixa complexidade)	137	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100%
	1330 (média complexidade)	61	
013.06	2344 (baixa complexidade)	226	▪ o município não cumpre a pactuação do TAM ▪ De todos estabelecimentos cadastrados nenhum foi inspecionado 100%
	226 (média complexidade)	5	
014.06	2026 (baixa complexidade)	512	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	299 (média complexidade)	159	
015.06	1728 (baixa complexidade)	200	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	346 (média complexidade)	11	
016.06	299 (baixa complexidade)	300	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	346 (média complexidade)	11	
017.06			▪ Sem cadastro de estabelecimentos na DIVISA
018.06	13.205 (baixa complexidade)	9122	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	637 (média complexidade)	44	
019.06	42 (baixa complexidade)	2	▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	4 (média complexidade)	1	
020.06			▪ Sem cadastro de estabelecimentos na DIVISA
021.06			▪ Sem cadastro de estabelecimentos na DIVISA

APÊNDICE B			
QUADRO 13 – AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DA PPI E TAM			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	ESTABELECIMENTOS INSPECIONADOS	AVALIAÇÃO
022.06	281 (baixa complexidade)	25	<ul style="list-style-type: none"> ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100%
	25 (média complexidade)	00	
023.06	1310 (baixa complexidade)	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100%
	559 (média complexidade)	49	
024.06	855 (baixa complexidade)	253	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	57 (média complexidade)	3	
025.06	1100 (baixa complexidade)	184	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100%
	111 (média complexidade)	19	
026.06	2266 (baixa complexidade)	853	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ o município não cumpre a pactuação do TAM
	446 (média complexidade)	17	
027.06			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ Existe a informação de estabelecimentos cadastrados mas não há registro de estabelecimento inspecionado ▪ não realiza ações pactuadas no TAM
028.06	1389 (baixa complexidade)	524	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100%
	346 (média complexidade)	14	
029.06	(baixa complexidade)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados inconsistentes, existem registros de inspeções mas não existe o cadastramento dos estabelecimentos
	(média complexidade)		
030.06			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados inconsistentes, existe cadastramento dos estabelecimentos, porém sem registros de inspeções
031.06			<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos de baixa complexidade não inspecionou 100%
032.06	3534 (baixa complexidade)	524	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos de baixa complexidade não inspecionou 100%
	683 (média complexidade)	70	
033.06	176 (baixa complexidade)	6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM ▪ Existe a informação de estabelecimentos cadastrados mas não há registro de estabelecimento inspecionado
	(média complexidade)	-	
034.06	7587 (baixa complexidade)	2420	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não realiza ações pactuadas no TAM

APÊNDICE B			
QUADRO 13 – AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DA PPI E TAM			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	ESTABELECIMENTOS INSPECIONADOS	AVALIAÇÃO
	2241 (média complexidade)	69	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na grande maioria dos estabelecimentos não inspecionou 100% ▪ Existe a informação de estabelecimentos cadastrados mas não há registro de estabelecimento inspecionado

- Número de municípios que deveriam mas não realizam nenhuma ação do TAM – 20
- Número de municípios que realizam ações principalmente da PPI e algumas do TAM sem contudo realizar 100% - 22
- Número de municípios sem estabelecimento cadastrado ou inspecionado - 5
- Número de municípios sem estabelecimentos cadastrados mas com estabelecimentos inspecionados – 3
- Número de municípios com estabelecimentos cadastrados mas sem de estabelecimentos inspecionados - 4