



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

SILVANA PORTELLA LOPES CRUZ

**PLANOS MUNICIPAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ANÁLISE
DE COERÊNCIA E CONSISTÊNCIA TÉCNICA**

Salvador
2012

SILVANA PORTELLA LOPES CRUZ

**PLANOS MUNICIPAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ANÁLISE
DE COERÊNCIA E CONSISTÊNCIA TÉCNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
graduação em Saúde Coletiva do Instituto de
Saúde Coletiva, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Vigilância Sanitária

Orientador: Prof. Dr. Luís Eugênio Portela
Fernandes de Souza.

Salvador

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a DEUS, Causa Primária de todas as coisas, a oportunidade desta realização.

À minha família principalmente a meus pais pelo apoio fundamental sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo Túlio, pelo companheirismo, por acreditar e confiar em mim, sempre me estimulando e apoiando em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos, Rick, Suza e Mamá que compreendem as minhas ausências em decorrência do trabalho e estudos.

Ao Professor Luís Eugênio, com sua orientação precisa e exigente, fundamental na construção deste trabalho e que muito contribuiu para o meu aprendizado.

À coordenação do curso, pela eficiência e aos professores pela qualidade.

Aos professores Washington Abreu e Ana Luiza Vilasbôas, que aceitaram gentilmente em participar da banca examinadora.

Aos colegas de turma no curso que nas discussões em sala colaboraram com o aprendizado, em especial à Elenice, sempre muito solidária.

Aos colegas de trabalho na 24ª Dires, em especial à Célia, Ângela, Lécia e Cleo.

Ao diretor da 24ª Dires e diretora da Divisa, pelo apoio que viabilizou a minha participação no curso.

À Cynthia, minha prima e amiga sempre presente ao longo da minha vida.

Às equipes de Vigilâncias dos municípios que gentilmente disponibilizaram os planos de ação para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada por possibilitarem esta experiência que contribuiu para o meu aprimoramento profissional e pessoal, e que abriu novas perspectivas na minha vida.

“Imaginemos que estamos guiando um veículo no meio da neblina e não podemos enxergar muito adiante. A comodidade e a conformidade nos oferecem uma fácil solução: seguir os farolões vermelhos da traseira do veículo que vai à frente. Já não nos perguntamos quanto ao que se passa além da estrada que divisamos, simplesmente nos deixamos levar. O outro decide por nós, até despedaçar-se na bruma.

Nossa única vantagem, neste caso, é ver como o outro cai primeiro. Vantagem efêmera, pois nossa incapacidade de pensar o futuro nos impedirá de aproveitá-la para encontrar nosso próprio caminho e resistir aos hábitos. Os gritos de lamento do veículo que nos antecede terão um eco nos nossos, um pouco mais tarde.

[...] A improvisação domina nosso dia-a-dia e a cegueira enevoa o caminho pelo qual trafegamos até onde não sabemos”.

Carlos Matus, O Plano como Aposto, 1991.

RESUMO

As ações de Vigilância Sanitária são fundamentais para a garantia da saúde das pessoas. Contudo, apenas recentemente as instituições gestoras da saúde passaram a buscar uma atuação planejada nessa área. Uma experiência interessante de estruturação do planejamento das ações de Visa é representada pelo Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Resta saber se essa experiência produziu, na prática, resultados consistentes. Neste sentido, desenvolveu-se o presente estudo, tendo como objetivo principal analisar a coerência e a consistência técnica de 24 planos de ação de Visa, elaborados em onze municípios da 24ª Dires do estado da Bahia, no período de 2007 a 2011, a partir da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Tratou-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo. Os dados permitiram descrever a estrutura dos documentos, sua coerência interna e sua consistência técnica analisando em detalhes, as três partes centrais dos planos: a análise situacional, as ações estruturantes e as ações estratégicas. Em relação à estrutura, 18 dos 24 planos municipais seguiram o Guia de Orientações do PDVISA, organizando o documento nos seguintes itens: análise situacional da Visa local, definição de áreas temáticas, ações, atividades, metas propostas, meios de verificação, responsáveis, parceiros e recursos financeiros necessários. O estudo revelou ainda que, apesar das suas limitações, o Guia é parcialmente consistente, representando um avanço no planejamento da Visa nas realidades estudadas, pois proporcionou direcionalidade ao planejamento local. Quanto à coerência interna, dois dos 24 planos, em geral, eram coerentes. Dentre os itens dos planos, observou-se maior coerência entre as ações propostas e as atividades. Pouca coerência, todavia, foi observada na previsão de recursos financeiros. No que concerne à consistência, nenhum dos 24 planos são, em geral, consistentes. A de menor destaque foi a análise situacional no item caracterização da situação de saúde da população. Ao analisar a consistência das ações estruturantes, observou-se predomínio de ações voltadas à composição da equipe mínima de Visa, aquisição de veículos e capacitação da equipe revelando precárias condições estruturais das Visas municipais. Quanto às ações estratégicas, houve predomínio das intervenções em produtos, serviços com maior constância na área de alimentos. As ações que visam à integralidade da assistência da saúde não são alvo freqüente de programação apontando a incipiência em ações integrativas. Enfim, os planos são frágeis tanto no que se refere à coerência, quanto no que se refere à consistência. Ainda que se reconheça um avanço, no sentido de que, antes do PDVISA, não havia plano nenhum, é preciso admitir que os planos estejam longe de atender à necessidade de ações de Visa bem estruturadas.

Palavras chave: Planejamento em saúde; vigilância sanitária; serviços de vigilância sanitária; planos de ação.

ABSTRACT

Shares of Health Surveillance are fundamental to ensuring the health of people. However, only recently the management of health institutions began to pursue a planned performance in this area. An interesting experience of structuring the planning of Visa is represented by the Master Plan for Sanitary Surveillance (PDVISA). The question remains whether this experiment produced in practice consistent results. In this sense, we developed this study, aiming to analyze the consistency and technical consistency of 24 action plans Visa, prepared in eleven counties of the 24th Dires the state of Bahia, in the period from 2007 to 2011, from deployment Master Plan for Sanitary Vigilance. We also checked whether the municipalities used the Guidance as a guiding instrument being examined for consistency. This was a survey of a descriptive qualitative approach, using the technique of content analysis. The data allowed us to describe the structure of documents, its internal coherence and consistency in analyzing technical details, the three central parts of the plans: a situational analysis, shares structural and strategic actions. Regarding the structure, 18 of the 24 municipal plans followed the Guidance of PDVISA organizing the document in the following items: situational analysis of Visa local definition of thematic areas, actions, activities, targets, means of verification, officers, partners and financial resources. The study also revealed that, despite its limitations, the Guide is partly consistent, representing a breakthrough in planning the realities studied Visa, for providing directionality to local planning. Regarding the internal consistency, six of the 24 plans, in general, were consistent. Among the items of the plans, there was greater coherence between the proposed actions and activities. Little consistency, however, was observed between situational analysis and issues prioritized. With respect to consistency, none of the 24 planes are generally consistent. The highlight was the lowest of situational analysis in item characterization of the health situation of the population. When analyzing the consistency of structuring actions, there was a predominance of actions directed to the composition of the team Minimum Visa, vehicle procurement and training of staff revealing precarious Visas municipal structural. Regarding strategic actions, interventions predominated in products, services with greater constancy in the food. The joint actions with the epidemiological surveillance and laboratory activities are not frequent target programming pointing the incipience in integrative actions. Finally, the planes are fragile both as regards consistency, as with regard to consistency. Although it is recognized a breakthrough in the sense that before the PDVISA, there was no plan, it must be admitted that plans are far from meeting the need for well-structured Visa shares.

Keywords: Health planning, health surveillance, health surveillance services; action plans.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Identificação dos municípios que elaboraram planos de ação de VISA - ---
-----30
- Quadro 2 –** Comparação entre Planos de ação de Visa nos municípios da 24ª Dires (2007–2011) e o Guia de Orientações do PDVISA ----- 41
- Quadro 3–** Relação de coerência da díade análise situacional X problemas priorizados nos Planos de Ação da Visa dos municípios da 24ª Dires – Caetité / Bahia – 2007 a 2011 ----- 43
- Quadro 4 –** Relação lógica entre problemas priorizados e ações propostas, proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes nos Planos Municipais de Ação em Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011 -----46
- Quadro 5 -** Relação lógica entre ações propostas e atividades, proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador nos Planos de Ação em Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011 - -----49
- Quadro 6 -** Relação lógica entre ações propostas e metas ou resultados esperados, proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador nos Planos de Ação em Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011.-----51
- Quadro 7 -** Relação lógica entre ações propostas e competência dos responsáveis, número e proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador nos Planos de Ação em Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011.-----54
- Quadro 8 –** Previsão dos recursos financeiros nos Planos de Ação em Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011.-----58
- Quadro 9 –** Síntese da análise de coerência das díades estudadas nos Planos de Ação de Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011-----60
- Quadro 10:** Riscos sanitários identificados nos planos de ação de Visa, 24ª Dires, 2007 a 2011.-----62

Quadro 11: Frequência da citação de ações estruturantes nos planos -----64

Quadro 12: Frequência da citação de ações estratégicas nos planos -----66

**Quadro 13 – Síntese da análise de consistência nos Planos de Ação de Visa, 24ª
DIRES, 2007 a 2011.**-----68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

DAFO – Dificuldades, Ameaças, Facilidades e Oportunidades

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

DIVISA – Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado da Bahia

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAS – Programação Anual de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS

PPA – Plano Plurianual

PPLS – Planejamento e Programação Local em Saúde

SESAB – Secretaria de Estado da Saúde da Bahia

SINAVISA – Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária

SISÁGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFVISA – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária

Visa – Vigilância Sanitária

VISAM – Vigilância Sanitária Municipal

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	10
1.1.	Desenvolvimento do planejamento de saúde na construção do SUS	10
1.2.	Planejamento da ações de Vigilância Sanitária	12
1.3.	Descentralização das ações de Vigilância sanitária	14
1.4.	Uma experiência de planejamento local das ações de Visa	16
2.	OBJETIVOS	19
3.	ELEMENTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	20
3.1.	Concepção de planejamento.....	20
3.2.	O planejamento no contexto da vigilância sanitária.....	24
3.3.	O Planejamento e Programação Local em Saúde.....	25
4.	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	29
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1.	Descrição do Guia de Orientações.....	32
5.2.	Consistência do Guia de Orientações do PDVISA.....	33
5.2.1.	As recomendações do Guia comparadas às proposições do PPLS.....	36
5.3.	Utilização do Guia de Orientações pelos municípios.....	41
5.4.	Coerência interna dos Planos de Ação.....	42
5.4.1.	Relação Lógica entre análise situacional e problemas priorizados.....	42
5.4.2.	Relação lógica entre problemas priorizados e ações propostas.....	46
5.4.3.	Relação lógica entre ações propostas e atividades.....	48
5.4.4.	Relação lógica entre ações propostas e as metas ou os resultados esperados.....	51
5.4.5.	Relação lógica entre as ações propostas e competência dos responsáveis.....	53
5.4.6.	Previsão dos recursos financeiros.....	57
5.4.7.	Síntese da análise de coerência dos planos.....	59
5.5.	Consistência técnica dos documentos-planos.....	61
5.5.1.	Análise situacional.....	61
5.5.2.	Caracterização das ações estruturantes.....	63
5.5.3.	Caracterização das ações de intervenção (ações estratégicas).....	65
5.5.4.	Síntese da análise de consistência dos planos.....	68
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
7.	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES.....	77

1. INTRODUÇÃO

1.1. Desenvolvimento do planejamento de saúde na construção do SUS

A introdução do planejamento nas práticas das instituições governamentais no Brasil teve início nos anos 40. Na área da saúde a introdução do planejamento nas organizações públicas se conformou como uma das conquistas do Movimento pela Reforma Sanitária no país (Teixeira, 2010). Este movimento formulou os princípios e as diretrizes de um sistema único de saúde que foram a seguir incorporados na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, que serviu de base para a elaboração das Leis Orgânicas de Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990, na seção II, artigo 16, inciso XVIII, define como uma das competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS a elaboração do planejamento estratégico nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal. Também a Lei Orgânica nº. 8.142/90, no seu artigo 4º, vincula o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, por estados, municípios e Distrito Federal à elaboração dos respectivos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão.

O processo de implantação do SUS desde a publicação das Leis Orgânicas de Saúde passou pela edição das Normas Operacionais Básicas – NOB. Estas normas (NOB 91, 92, 93 e 96) nortearam a descentralização da gestão da saúde no país, fornecendo os fundamentos para as negociações entre os gestores das três esferas de governo.

A Norma Operacional Básica 01/96, editada em 1996 e vigente entre 1998 e 2000, apontou um reordenamento do modelo de atenção à saúde na medida em que, através dos instrumentos gerenciais, os municípios assumiram o papel de gestores do sistema, superando o papel exclusivo de prestador de serviços. Assim, o processo formal de planejamento é incorporado à gestão municipal (Vilasbôas, 2006; NOB SUS 01/96).

O município, então, passa a gerenciar parte ou todas as ações de saúde no seu território, dispondo de autonomia administrativa, técnica, financeira e política (Marangon, 2009). Forma-se um ambiente em que o planejamento se torna necessário para a estruturação do sistema e dos serviços que antes eram de responsabilidade das esferas estadual e/ou federal.

No sentido de corrigir os excessos da municipalização, fortalecendo a regionalização da saúde, em 2001, é aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS–SUS 01/2001. No seu artigo 1º, dispõe, dentre outras definições, do processo de regionalização da assistência e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Nesta direção, busca a organização de redes assistenciais regionalizadas e resolutivas, levando em consideração as capacidades técnico-operacionais com vistas à alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contrato de prestadores de serviço, controle e avaliação (NOAS-SUS 01/2001).

Nesta lógica, cabe aos estados elaborarem o Plano Diretor de Regionalização - PDR, instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, com base na definição de prioridades de acordo com as necessidades de saúde dos cidadãos. Também a NOAS 01/2001 vincula os repasses federais à elaboração de Planos Municipais de Saúde com programações físico-financeiras. Reafirma a necessidade do planejamento nas três instâncias de governo e a sua articulação com a área de monitoramento e avaliação (NOAS-SUS 01/2001). A NOAS 01/2001 teve curta existência, sendo logo substituída pela NOAS-SUS 01/2002, que mantém as questões centrais da norma anterior e reafirma o PDR como instrumento de ordenamento dos territórios estaduais em regiões, microrregiões e módulos assistenciais, que se conformam através de rede hierarquizada com fluxos de referência e contra-referência estabelecidos, visando atender a integralidade da assistência bem como ampliar o acesso da população aos serviços de saúde (Vieira, 2009).

Mais recentemente, vale se reportar às Portarias Ministeriais nº 399 de 22/02/2006 e a de nº 699, de 30/03/2006, que divulgam o Pacto pela Saúde e regulamentam as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, respectivamente. Este último faz referência ao planejamento, ao estabelecer o monitoramento de

indicadores e o Termo de Compromisso de Gestão entre as três esferas de governo que deve ser articulado com os planos de saúde.

O Pacto pela Saúde envolve três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Este último é pautado por um conjunto de instruções relativas à descentralização, à regionalização, ao financiamento, à programação pactuada integrada, à regulação, à participação social, ao planejamento e à gestão do trabalho e educação em saúde (BRASIL, 2006 p. 15). A Portaria 399/2006 também institui o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), definido como “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2006 p. 23).

Em 28 de junho de 2011, é publicado o Decreto nº. 7.508, regulamentando a Lei 8.080/90 e dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, entre outras providências. Textualmente, define que o planejamento da saúde é obrigatório, ascendente e integrado entre os três níveis de governo.

Na Bahia, segundo Abreu e Teixeira (2010), o primeiro Plano Estadual de Saúde é elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAB), no ano de 1987, período de implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nos anos seguintes, acompanhando o processo de implantação do SUS a partir de 1988, o estado avança no processo de planejamento com a elaboração periódica de Planos de Saúde, bem como de outros instrumentos de gestão. Com a mudança de gestão estadual, a partir de 2007, dá-se início a uma nova etapa, através da articulação com o Sistema de Planejamento do SUS, coordenado pelo Ministério da Saúde.

1.2. Planejamento das ações de Vigilância Sanitária

Em 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA, instrumento norteador de planejamento das ações em Visa, atendendo a uma deliberação da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, como também indo ao encontro das diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária é concebido com a função de instituir as diretrizes específicas para a ação da Vigilância Sanitária, objetivando a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária– SNVS. Pretende-se que se constitua em ferramenta norteadora e favorecedora de uma gestão estratégica na área de Visa (BRASIL, 2007).

O PDVISA traz consigo a intenção de explicitar o papel político, estratégico e educativo do planejamento. Fomenta a adoção de estratégias de intervenção necessárias para a modificação das realidades sanitárias inadequadas. Também propõe a implementação de estratégias para a gestão do risco sanitário, que perpassa todo o processo de produção, circulação e consumo de bens e serviços, seja de saúde ou de outros setores econômicos, onde pululam a vida humana e o trabalho (BRASIL, 2007).

Neste sentido, o PDVISA promove a reflexão sobre o amplo campo de atuação da Vigilância Sanitária que demanda ações intersetoriais e vê a necessidade de articulá-las, envolvendo os diferentes órgãos que conduzem diferentes políticas públicas (saúde, agricultura, meio ambiente, trabalho, dentre outras). Propõe ainda a descentralização das práticas de Visa como princípio norteador, impondo aos gestores das três esferas de governo a necessidade de revisão das suas responsabilidades. Paralelamente ao processo de planejamento das ações, são estabelecidas metas a serem cumpridas, acompanhadas de indicadores, de acordo com a capacidade de gestão em cada território, permitindo assim a autonomia local e a possibilidade de priorização de ações segundo as necessidades locais.

Como instrumento norteador para a construção dos planos de ação estaduais e municipais, é elaborado um Guia de Orientações, que sugere que se deve tomar como subsídio para o planejamento as diretrizes e as prioridades propostas pelo Pacto pela Saúde, pelo PDVISA e pelo Plano de Saúde. Aponta duas partes essenciais do processo de planejamento: a análise situacional da Visa local e a definição de áreas temáticas (de estruturação e de intervenção), que incluem ações, atividades, metas/resultados esperados, meios de verificação de seu cumprimento, responsáveis, parcerias e recursos financeiros necessários, além de outras informações que a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde julgue pertinentes (BRASIL, 2007).

As diretrizes do PDVISA levam em consideração a necessidade de organização do SNVS e estão relacionadas ao aumento da capacidade de gestão dos serviços de Visa das três esferas de governo, através da distribuição das atividades entre os componentes com as respectivas responsabilidades sanitárias, bem como da criação de mecanismos de planejamento que contribuam para uma maior eficiência, eficácia e efetividade das ações de Visa. Também estão voltadas para a estruturação dos serviços que se encontram deficientes, para a superação dos problemas no processo de trabalho em Visa, destacando-se a necessidade de investimento no suporte jurídico e no apoio à gestão do trabalho. Destaca ainda a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária para dar sustentação à prática de avaliação, monitoramento e planejamento das ações (BRASIL, 2006).

Com base no princípio da integralidade, o PDVISA prevê a necessidade de ações articuladas com as Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e do Trabalhador.

Coloca como pauta, nas diretrizes, a estruturação e o financiamento da rede laboratorial que integra o SNVS, com a necessidade de investimento em tecnologias adequadas ao objeto de regulação da Visa. Defende a perspectiva de regionalização e hierarquização dessa rede, bem como a definição de rede complementar de modo a garantir a realização de exames laboratoriais não processados nos laboratórios de Saúde Pública (BRASIL, 2007).

1.3. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária foi estimulada, inicialmente, com a transferência de recursos aos estados e municípios, através da criação do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVS, a partir de 1998 (Brasil, 1997) e da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, em 1999 (Marangon, 2009).

Desde então, o tema da descentralização da Visa vem merecendo o interesse de pesquisadores. Contudo, embora sobre planejamento em saúde já exista uma

considerável produção científica, ainda são escassos estudos específicos sobre o planejamento das ações descentralizadas da Visa.

Piosevan *et al.*(2004) realizaram pesquisa em oito municípios do estado da Paraíba, selecionados a partir de uma amostra por conveniência, através da Assessoria de Descentralização da ANVISA, com os objetivos de avaliar o processo de identificação de prioridades sanitárias e epidemiológicas locais e regionais e de propor uma intervenção organizada sobre o território por meio do planejamento participativo. O estudo constatou a dificuldade de planejamento das ações das vigilâncias municipais, identificando fatores restritivos para a ação do controle sanitário local, tais como a deficiente articulação da Visa com outros setores e a falta de infra-estrutura de suporte para fiscalização.

Estudos sobre a descentralização da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro (Cohen, 2008) e no município de Várzea Grande, Mato Grosso (Marangon *et al.*, 2009) revelaram fragilidades estruturais no sistema, apresentando os obstáculos que o estado e o município enfrentaram para assumir com autonomia e competência as responsabilidades gestoras, a exemplo da ausência de planejamento e de avaliação das atividades.

Teixeira (2009) desenvolveu estudo avaliativo do grau de implantação do PDVISA no estado de Santa Catarina, constatando que este estado encontra-se avançado na implantação deste Plano Diretor e que dentre os quatro níveis avaliados a organização da ação regulatória e na organização e gestão do SNVS, foram considerando os mais avançados, enquanto os níveis de práticas integrativas de Visa e controle social apresentam-se intermediários, a partir da situação objetivo construída.

Observa-se que as pesquisas que tomam como tema o planejamento em vigilância sanitária voltam-se para a análise de aspectos processuais, estruturais e avaliativos. Na busca bibliográfica não foram encontrados estudos que se ocupam em analisar a coerência e consistência de planos de ação de vigilância sanitária constatando-se uma lacuna no conhecimento acerca deste tema.

Diante das diferentes realidades dos serviços existentes nos territórios, com diversos níveis de organização, há de se utilizar da classificação das ações por níveis de

complexidade, implicando em diferentes formas de planejamento, tendo em vista as diferentes estruturas organizacionais e as necessidades de adequação, em termos de quantitativos e capacitação, dos recursos humanos e físicos dos serviços de vigilância sanitária.

Esta heterogeneidade conduz à necessidade de pactuações locorregionais como parte de um processo de gestão solidária, capaz de gerar ações mais eficazes para o gerenciamento dos riscos sanitários e para a realização de ações de promoção e proteção da saúde da população (BRASIL, 2007).

Dessa forma, pode-se lançar mão do princípio da complementaridade, que se traduz por prestação de apoio institucional das esferas estadual ou federal de governo, quando não se dispõe de condições de execução no nível local de serviços.

1.4. Uma experiência de planejamento local das ações de Visa

Acompanhando o processo de elaboração dos planos de ação, o que incluiu a minha participação em oficinas realizadas com o propósito de instrumentalizar os técnicos e os gestores a elaborar os planos, promovidas pela Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado da Bahia (DIVISA), e depois, no nível regional, pela 24ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), pude observar o envolvimento dos trabalhadores nas atividades de planejamento.

Neste contexto, revisei planos com características bastante distintas, com diferentes níveis de coerência interna e de consistência técnica nos onze municípios que compõem a 24ª Diretoria Regional de Saúde. Alguns planos de ação foram elaborados de forma coerente e consistente, entretanto outros foram preparados de maneira cartorial, isto é, com o único intuito de cumprir uma formalidade e de modo desarticulado da realidade a ser trabalhada.

Estas oficinas foram organizadas com base nas diretrizes preconizadas pelo PDVISA, que trazia em seu bojo as intenções de fortalecimento da Visa, através do planejamento de suas ações, e de estímulo à reflexão da sua prática. Por representar uma experiência inovadora, vista a incipiência do planejamento das ações de Visa até então, o Guia de Orientações foi adotado como norteador. Além

de sua praticidade, o Guia é útil por trazer proposições que vêm ao encontro das necessidades de estruturação sentidas pelos serviços locais de Visa. Por estas razões, os planos foram elaborados com base nas proposições do Guia de Orientações.

Após um período de cinco anos desde a publicação do PDVISA até os dias atuais, durante o qual os municípios deram continuidade ao processo de elaboração dos planos de ação em Visa, percebe-se a necessidade de analisar se o Guia de Orientações atendeu aos objetivos propostos de se constituir como instrumento norteador do planejamento das ações de Vigilância Sanitária e se fundamentou a construção de planos coerentes e com consistência técnica.

Para conduzir essa análise, buscou-se, primeiramente, verificar a consistência do próprio Guia de Orientações, o que se fez por meio de uma comparação deste instrumento com uma proposta de planejamento que tem sido utilizada em contextos locais e aplicada na programação das ações da Vigilância em Saúde. Trata-se do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), proposta metodológica, fundamentada teoricamente no Planejamento Estratégico-Situacional matusiano, que sugere estratégias relativamente estruturadas para analisar a situação, definir objetivos, delinear ações e estimar os recursos necessários para solucionar problemas de uma população com base territorial definida (VILASBÔAS, 2004).

Em segundo lugar, para verificar se os municípios utilizaram, de fato, o Guia como instrumento norteador, compararam-se os itens sugeridos por ele para constar dos planos com os itens efetivamente constantes dos planos elaborados.

Por fim, visando analisar a coerência interna dos planos, foi apreciada a relação lógica entre os itens constantes da análise situacional e da programação. E para verificar a consistência técnica, foram analisados o rigor técnico da análise situacional, a extensão das ações estruturantes e a abrangência das ações estratégicas.

Considerando a importância de planos como instrumentos que dão direcionalidade às ações coerentes com a realidade objeto de intervenção e a possibilidade do planejamento descentralizado contribuir para a melhoria da efetividade e da

eficiência das ações de Visa, parece interessante investigar essa experiência concreta de planejamento. Assim, formulam-se as perguntas de investigação:

- Que grau de consistência tem o Guia de Orientações do PDVISA?
- Os planos de ação elaborados pelos municípios da abrangência da 24ª Dires seguiram o Guia de Orientações do PDVISA?
- Os planos de ação elaborados têm coerência interna?
- Os planos de ação elaborados têm consistência técnica?

Acredita-se que analisar a qualidade dos planos de Visa pode trazer contribuições para o fortalecimento do sistema de Vigilância Sanitária nos municípios, assim como pode subsidiar as discussões sobre as estratégias mais efetivas de planejamento das ações.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar os planos de ação de Visa elaborados pelos municípios que compõem a 24ª Diretoria Regional de Saúde no período de 2007 a 2011.

Objetivos Específicos:

- Verificar a consistência do Guia de Orientações, comparando-o com as proposições do PPLS;
- Verificar se os planos de ação dos municípios seguem o Guia de Orientações do PDVISA como instrumento norteador;
- Analisar a coerência interna dos planos de ação;
- Analisar a consistência técnica dos planos de ação de cada município.

3. ELEMENTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

3.1. Concepção de planejamento

É vasto o debate teórico sobre o planejamento em saúde. Muitos autores já se debruçaram sobre o tema, apresentando contribuições para a sua compreensão com o desenvolvimento de teorias, métodos e o relato de experiências.

O planejamento já foi conceituado como “processo de racionalização das ações humanas em que se definem as proposições e se cria a viabilidade das ações, com o objetivo de resolver problemas e atender às necessidades individuais e/ou coletivas” (Teixeira, 2010p. 17).

O ato de planejar significa traçar metas, delinear caminhos a serem seguidos para se alcançar determinados objetivos, estabelecer estratégias para execução de propostas, objetivando interferir em uma realidade específica. É um produto da racionalização de atores sociais, voltado para a mudança ou a manutenção de uma realidade (Vilasbôas, 2004 p. 18) Contrariando o senso comum, o ato de planejar pressupõe uma ação:

Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É uma oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade (PAIM, 2006 p. 18).

Para Matus (1993, p. 16), “o planejamento implica ação, daí ser considerado um cálculo que precede e preside a ação”. Menciona que a reflexão imediatista e incompleta, não planejada, é mera especulação do futuro. O planejamento se constitui como um “cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação” (Matus, 1993, p. 19).

Matus (1989) sustenta a ideia de que “planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir”. Neste conceito, Matus

pretende ampliar o sentido do planejamento. Deixa transparecer o significado de tentativa de controle de resultados, e imposição de sentido ao rumo dos acontecimentos.

Merhy (1994) acrescenta que o planejamento apresenta-se em três situações: como instrumento dos processos de trabalho na gestão, como prática social transformadora diante do aparecimento de novas relações sociais impostas pela regulação do mercado e como método de ação governamental voltado à produção de políticas. E entende que “como processo social determinante de novas relações sociais, se tem colocado como práxis revolucionária, como o método de ação dos sujeitos sociais transformadores” (Merhy, 1994, p. 123).

Os conceitos acima corroboram a concepção de que o planejamento é uma atividade dinâmica, complexa e é a expressão do trabalho coletivo ou individual que busca resultados previamente almejados. Trazem em comum o sentido do emprego do intelecto e da razão como forma de propor caminhos para alcançar determinados fins.

Como processo, toma a dimensão de “prática social”, pois envolve a técnica, a política e a economia. “Esta prática social pode se apresentar de *modo estruturado*, através de políticas formuladas, planos, programas e projetos, ou de *modo não estruturado*, isto é, como um cálculo (Matus, 1989) ou um pensamento estratégico” (Testa, 1995).

Testa (2004), não propõe um método de planejamento estratégico. Desenvolveu idéias sobre o pensamento estratégico que visa atingir as relações de poder. A proposta de Testa visa à formação de sujeitos sociais propositivos e conscientes que realizem práticas transformadoras. Acredita que o processo saúde-doença é determinado socialmente, existindo a necessidade de investimentos de recursos para diminuir as desigualdades sociais para se conseguir mudanças no setor saúde. Percebe que é fundamental o entendimento das questões do Poder, categoria central nesta dinâmica.

No cerne da discussão sobre o poder, formulou o postulado de coerência que preconiza que os propósitos de uma instituição devem estar coerentes com os métodos empregados para alcançar estes propósitos e que por sua vez devem estar

de acordo com a estrutura e organização do processo de trabalho da instituição (TESTA, 2004).

O Centro Pan-americano de Planificação em Saúde (CCPS) através do documento *Formulación de Políticas de Salud* discorre sobre as análises de coerência interna e externa de planos governamentais e apresenta proposições para esta análise. Segundo o CCPS (1975), a coerência das proposições formuladas a partir dos problemas e suas correspondentes soluções, estão relacionadas à conexão entre as necessidades de compatibilidade e ausência de contradições entre elas. Graus maiores de coerência abrangem a convergência e a sinergia ou reação de uma ação sobre os seus efeitos. A coerência de uma determinada proposição política deve ser entendida como ausência de contradições lógicas. A análise verifica a relação entre cada uma das proposições e entre cada uma e o conjunto das mesmas. A análise de coerência, portanto, significa a compatibilidade entre as proposições, a convergência e a potencialização dos seus efeitos sobre as demais.

A análise de coerência externa está presente ao se estender a outros setores, que abrangem o conjunto das políticas nacionais, portanto, fora do setor saúde, e que abrangem as políticas globais e políticas de desenvolvimento.

Vilasbôas (2006, p.21) sustenta que, ao assumir o planejamento em saúde como processo de trabalho, há a possibilidade de separar os elementos componentes que o constituem: “objetos, produtos, meios (instrumentos e tecnologias), finalidades e as relações sociais entre os sujeitos colocados no ato de planejar”.

O planejamento em saúde pode ter diversos escopos: o sistema de saúde, os programas, os serviços, os estabelecimentos ou as práticas de saúde, todos podendo se expressar nas três esferas de governo: nacional, regional ou local (Teixeira, 1999). Contudo, o planejamento estratégico em saúde tem sempre como objeto “os problemas e as oportunidades reais de intervenção” (Teixeira, 2010).

Paim (2006, p.19) destaca que, para o planejamento em saúde, os problemas se referem tanto ao *estado de saúde* – expressos como “doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos” (problemas terminais) –, quanto aos *serviços de*

saúde – relacionados à “infra-estrutura, organização, gestão, financiamento e prestação de serviços” (problemas intermediários).

Como produtos do processo de planejar, Paim (2006) cita o plano, o programa e o projeto. O plano congrega objetivos e ações de uma dada organização, revelando uma política pré-estabelecida. O programa representa o detalhamento do plano, estabelecendo os objetivos, as atividades e os recursos, direcionando o que fazer, como, com quem e com quais meios. Inclui também as maneiras de acompanhamento e avaliação das ações. Já o projeto é considerado como um esmiuçamento de um plano ou programa, tendo uma característica mais pontual com objetivos, atividades e recursos mais específicos e, sobretudo, um período de tempo limitado.

Segundo Machado *et al*, 2006 o plano, elemento imprescindível na formulação de políticas, deve ser produto de processo participativo de controle social, com transparência e ética.

Quanto à sua importância Matus (1991) afirma que sua qualidade associada à eficácia da gestão são elementos condicionantes para uma política de governo. A qualidade do plano estaria ligada a capacidade de governo consolidada na potência dos métodos e práticas de trabalho da equipe. Contudo adverte que somente o plano não é capaz de dar conta dos resultados. A gestão deve somar a este as demandas e as denúncias que chegam pelos meios políticos.

O propósito ou a finalidade do plano é atender a necessidades humanas. Nesse sentido, baseia-se nos problemas, mas também expressa ideais de saúde ou novos modos de vida. As proposições estão, portanto, relacionadas à formação da imagem-objetivo ou da situação a que se quer chegar.

As concepções acima referidas estão em conformidade com o propósito deste estudo na medida em que defendem a necessidade de coerência entre os problemas de saúde identificados e os objetivos definidos para transformação de dada realidade.

Revelam, além disso, a necessidade da coerência e consistência técnica dos planos, ou seja, devem conter no seu conteúdo categorias que expressem o nexo entre os problemas reais de intervenção traduzidos através do levantamento das

necessidades e problemas identificados, os propósitos, os meios utilizados para efetivar estes propósitos e a estrutura organizacional disponível traduzida pelos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.

Os conceitos também enfatizam ainda a característica da legitimidade, isto é, necessidade de que os planos sejam portadores autênticos dos interesses coletivos, de que representem a materialização e a expressão coletiva do trabalho de planificação.

3.2. O planejamento no contexto da Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária, em primeiro lugar, é um espaço de exercício da cidadania, por se constituir numa ação que busca a melhoria da qualidade dos produtos oferecidos à população, dos processos de trabalho na produção de serviços e das relações sociais que são estabelecidas na produção e no consumo de produtos e serviços(LUCCHESE, 2001).

Em segundo lugar, a Vigilância Sanitária, por sua natureza, exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional, com a intervenção de diferentes setores da sociedade, por meio de diversas instituições. No âmbito do SUS, a Vigilância Sanitária representa uma área de atuação que por exigir a ação interdisciplinar e interinstitucional estimula ou favorece a articulação intersetorial e a participação social (LUCCHESE, 2001).

Constitui-se também em espaço de comunicação e promoção da saúde ao desenvolver ações de gerenciamento de risco sobre produtos e serviços essenciais ao consumidor. Estas ações repercutem diretamente na qualidade de vida e saúde da sociedade.

Na área de Vigilância Sanitária, o risco desempenha papel de categoria central, pois é o que determina a sua prática, influenciando diretamente na priorização dos problemas objetos de planejamento e intervenção, tendo uma diversidade do campo de atuação (alimentos, produtos médico-hospitalares, cosméticos, saneantes, fármacos, serviços direta ou indiretamente relacionados com a saúde etc), (LEITE,

2009 p. 61). A noção de risco vai estar relacionada com a área a ser trabalhada. Esta especificidade da Visa faz com que o planejamento das suas ações torne-se de maior complexidade do que o de outras ações no campo da saúde coletiva.

Para desenvolver as ações de detecção e controle dos riscos e adoção de medidas que visem à sua eliminação, prevenção ou minimização, há a necessidade de planejamento (EDUARDO, 1998 p.12).

A identificação dos problemas sanitários em território específico exige a realização de um diagnóstico situacional, que contemple a dinâmica social em suas diversas dimensões demográficas, econômicas, políticas e culturais, e identifique com base em sistemas oficiais de informação, mas também em informações advindas da população os espaços e os fenômenos que representam riscos à saúde e à vida (EDUARDO, 1998 p.12). A partir deste diagnóstico, pode-se, definir objetivos, delinear ações e programas, organizar recursos, articular órgãos e/ou setores para a operacionalização das.

3.3. O Planejamento e Programação Local em Saúde

A reflexão sobre a consistência do Guia de Orientações do PDVISA pode ser feita, tomando-se como referência a abordagem conhecida como Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), fundamentada no enfoque estratégico-situacional, por ser frequentemente utilizado como orientador das experiências locais de planejamento e aplicado no campo da Vigilância à Saúde.

O PPLS constitui-se em uma proposta metodológica que pode ser aplicada em âmbito municipal do SUS. Foi elaborada em 1993 por Carmen Teixeira com base no enfoque estratégico situacional de Carlos Matus (Vilasbôas, 2004).

Segundo Teixeira, 2010, o argumento que justifica a aplicação deste enfoque ao SUS é que o planejamento estratégico situacional toma como objeto problemas e oportunidades reais de intervenção. Também defende que, por ser constituído de momentos, que não se sucedem necessariamente numa sequência rígida, o

enfoque estratégico dá condições de envolvimento de diferentes instituições que detém diferentes práticas organizativas.

Outro argumento que pesa a favor dessa abordagem é o fato que o enfoque estratégico situacional flexibiliza a sistematização do plano, podendo organizá-lo em módulos operacionais, sintetizando os elementos que o compõem. (Teixeira, 2010). Ressalte-se, por fim, que o seu processo de elaboração dá oportunidade de agregar distintas opiniões de diferentes atores sociais, abrindo espaço para a democratização das relações entre os gestores, técnicos e usuários dos serviços (Teixeira, 2010).

A denominação “estratégico-situacional” se fundamenta nas noções de situação, problema e ator social. Ator social é entendido como um indivíduo ou um grupo de pessoas ou mesmo uma instituição capaz de produzir fatos e influenciar uma dada realidade. O ator social faz parte do contexto e está inserido na situação junto com os demais atores sociais que também planejam. Assim não há garantia de controle sobre a ação planejada devido a interdependência entre elas e os respectivos atores.

Situação compreende um conjunto de problemas ou necessidades observados, analisados e compreendidos conforme a visão de determinado ator social (Teixeira, 2010; Vilasbôas, 2004).

A concepção a cerca de problema refere-se a algo diferente dos modelos estabelecidos pelos atores que estão analisando a situação (Teixeira, 2010; Vilasbôas, 2004).

Como conseqüência não existe apenas uma compreensão sobre a situação. Ela pode ser explicada através de diferentes opiniões que irá depender da posição que o ator social ocupe.

Neste contexto, para a construção e execução dos planos e para que os objetivos se concretizem, há a necessidade de analisar as várias possibilidades para a sua

viabilidade, por estar se lidando com distintas intencionalidades e interesses dos atores envolvidos (Vilasbôas, 2004).

Nesta perspectiva, os conceitos acima contribuem para a fundamentação deste trabalho por permitirem o entendimento de que os planos elaborados pelos agentes de VISA não podem estar desconectados da realidade e devem representar o posicionamento dos diversos interesses. Contribui para entender que determinados problemas somente poderão ser objeto de intervenção se estiverem dentro dos limites da capacidade de agir dos atores envolvidos. Por estes motivos o presente trabalho de pesquisa adota tais conceitos. Portanto,

O PPLS é considerado um instrumento importante para organizar as ações de Vigilância em Saúde no nível local do SUS, por se tratar de uma proposta metodológica que permite a negociação entre os diversos participantes interessados, com a capacidade de agir em uma determinada situação de saúde sobre os problemas e ações de promoção, prevenção e recuperação dirigidas para a sua redução e controle (Vilasbôas, 2004p. 22).

OPPLS propõe momentos que sistematizam o processo de planejamento. Estes momentos não são estanques, podendo ser constantemente alvo de revisões e ajustes, de acordo com as necessidades dos atores que planejam. São eles: análise da situação de saúde (momento explicativo); definição de objetivos (momento normativo); definições de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias (momento estratégico); elaboração da programação operativa, e seu acompanhamento e avaliação (momento tático-operacional).

Para efeito de sistematização destes momentos são utilizadas planilhas que facilitam as discussões.

No primeiro momento, da análise situacional, são realizadas a identificação, a formulação, a priorização e a explicação dos problemas de saúde. Para tanto, o PPLS propõe oficinas de trabalho com a participação dos atores sociais envolvidos. Tais oficinas têm a finalidade de oportunizar o debate sobre os temas propostos e obtenção de consenso através de uma visão compartilhada.

Os problemas de saúde priorizados devem estar pautados nas necessidades da população e quando formulados, deve ser observado a definição do que (problema), do quando, do onde e de quem está afetado. Podem ser dissociados em duas tipologias: problemas de saúde da população e problemas do sistema dos serviços de saúde.

Na identificação dos problemas pode-se lançar mão de indicadores demográficos, sociais e epidemiológicos. Quanto à priorização dos problemas de saúde da população, recomenda-se a utilização de critérios objetivos ou de acordo com as preferências subjetivas dos atores sociais.

Aconselha-se a utilização dos critérios de Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos. Os problemas do sistema de serviços de saúde deverão ser priorizados segundo os critérios de Urgência, Relevância, Factibilidade e Viabilidade.

Para o desenvolvimento da fase explicativa cada problema é analisado em matriz ou diagrama construindo uma “árvore de problemas”. Na matriz analisam-se os condicionantes históricos e os determinantes que explicam a existência do problema e a seguir as suas consequências.

Para finalizar este momento da análise situacional, é apresentado em reunião específica o produto da construção coletiva, objetivando transparecer o trabalho em equipe e legitimar os resultados alcançados (Teixeira, 2010; Vilasbôas, 2004).

O segundo momento, de definição dos objetivos, é feito a partir da árvore de problemas, transformando-se as causas mais relevantes do problema identificadas em objetivos específicos e a expressão positiva do problema como objetivo geral. Daí é importante uma análise situacional bem feita para que se construam objetivos consistentes.

O terceiro momento, de desenho de estratégias de ação e análise de viabilidade e representa a definição do que é preciso fazer para se atingir os objetivos. Para tanto, são identificados os recursos econômicos, técnicos e políticos disponíveis. A análise de viabilidade pode ser feita com a listagem das dificuldades e oportunidades,

facilidades e ameaças, e eventualmente, pode conduzir à reformulação dos objetivos. A seguir, define-se o que fazer para potencializar as facilidades e as oportunidades e superar as dificuldades e as ameaças de cada problema priorizado.

O quarto momento, da programação operativa, identifica as atividades necessárias para a execução das ações, os responsáveis e prazos para cumprimento das atividades.

O acompanhamento e a avaliação da programação operativa devem ser adotados, até por conta da constante mudança da realidade. Para o seu seguimento, recomenda-se o emprego de indicadores que auxiliarão na avaliação do cumprimento das ações e objetivos.

Para finalizar este capítulo, pode-se assinalar que o PPLS tem características que favorecem a promoção de um processo de planejamento participativo, estratégico e situacional. Participativo, porque estimula a interação com diferentes atores sociais; estratégico, porque parte de uma análise de viabilidade das condições que permeiam todo o processo; e situacional por envolver atores que vivenciam a situação problema, permitindo que expressem os seus diferentes pontos de vista e as possíveis soluções para os problemas (Vilasbôas, 2004).

4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem qualitativa de dados primários, obtidos nos planos de ação de VISA elaborados pelos onze municípios da 24ª Regional de Saúde do estado da Bahia, no período de 2007, após a aprovação do PDVISA, a 2011.

Inicialmente, foi feita a identificação dos municípios que elaboraram os planos de ação no período do estudo. Para tanto, foram solicitadas dos municípios, através da 24ª Dires, cópias dos referidos planos. Dos onze municípios, apenas um não disponibilizou nenhum por não os ter elaborados ou por não ter conservado cópias.

No total, foram localizados 24 planos. O quadro abaixo apresenta a distribuição dos planos por município e por ano.

Quadro 1: Identificação dos municípios que elaboraram planos de ação de VISA.

Municípios	2007 e 2008	2009	2010	2011	Total
Caculé	X	X	X	X	04
Caetité	X			X	02
Ibiassucê	X	X	X		03
Igaporã	X				01
Jacaraci	X	X	X	X	04
Lagoa Real	X				01
Licínio de Almeida	X				01
Mortugaba		X e 2008	X		02
Riacho de Santana	X	X	X	X	04
Rio do Antônio	X		X		02
Tanque Novo					0
Total	09	05	06	4	24

Fonte: 24ª Regional de Saúde

Para atender ao objetivo específico de verificar a consistência do Guia, procedeu-se uma aproximação com as proposições do PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde). Realizou-se a leitura detalhada do Guia, atentando para as suas semelhanças e suas diferenças em relação às proposições metodológicas do PPLS, tanto quanto às orientações processuais da programação, quanto à estrutura recomendada das matrizes ou planilhas.

Para atender ao objetivo específico de verificar se os planos de ação dos municípios utilizaram o Guia de Orientações do PDVISA como instrumento norteador, foi realizada leitura dos documentos-planos e, com o auxílio de planilha (apêndice B), compararam-se os itens sugeridos pelo Guia de Orientações com os constantes dos planos elaborados. Estes itens incluem a análise situacional da Visa local; a definição das áreas temáticas; as ações, as atividades e as metas propostas; os meios de verificação; os responsáveis; as parcerias e os recursos financeiros necessários.

Visando a analisar a coerência internados planos, foi feita uma releitura e apreciada a relação lógica formal entre os seguintes aspectos dos planos:

- a) Análise situacional X problemas priorizados
- b) Problemas priorizados X ações propostas
- c) Ações propostas X atividades previstas
- d) Ações propostas X metas/resultados esperados
- e) Ações propostas X competência dos responsáveis
- f) Previsão de recursos financeiros.

Finalmente, para alcançar o quarto objetivo específico, que trata de analisar a consistência técnica dos documentos, foram consideradas, em detalhes, as três partes centrais dos planos: a análise situacional, ações estruturantes e as ações estratégicas (apêndice D).

A primeira parte foi analisada, verificando-se: (a) a caracterização da situação de saúde da população (b) a identificação ou a não-identificação explícita dos riscos sanitários e (c) a caracterização da Visa local, com descrição ou não dos recursos humanos e materiais existentes e com especificação ou a falta de especificação dos estabelecimentos cadastrados.

Para analisar a parte das ações estruturantes considerou-se a presença ou a ausência nos planos-documentos de descrições de: (a) estrutura legal; (b) estrutura física e recursos materiais; (c) estrutura administrativa e operacional; (d) mecanismos de gestão de pessoas e (e) ações de fortalecimento da gestão.

Por fim, para analisar a parte das ações estratégicas ou de intervenção, considerou-se a presença ou a ausência nos planos de descrições de: (a) intervenções em produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde; (b) atividades de educação e comunicação em saúde para a população; (c) ações integrais de saúde (ações conjuntas com a vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador e assistência); (d) ações intersetoriais e (e) ações laboratoriais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise dos dados são apresentados, a seguir, em cinco tópicos: a descrição do Guia de Orientações, consistência do Guia de Orientações do PDVISA, utilização do Guia pelos municípios, coerência interna dos planos de ação e consistência técnica dos documentos-planos.

5.1. Descrição do Guia de Orientações

O PDVISA é um instrumento de orientação para os estados e os municípios elaborarem seus planos de ação e contempla um Guia de Orientações. Este Guia prescreve que os planos contenham uma análise situacional da Visa e organizem as ações em duas áreas temáticas: uma de estruturação e outra de intervenção. Além das ações, nos planos, devem constar atividades, metas/resultados esperados e seus meios de verificação, responsáveis, parceiros e recursos financeiros necessários (BRASIL, 2007).

O Guia define como análise situacional da Visa a identificação e priorização de problemas de uma determinada realidade. Como áreas temáticas de estruturação e de intervenção, o Guia define as ações para a estruturação e o fortalecimento da gestão bem como estratégias para o gerenciamento do risco sanitário.

As ações de estruturação estão relacionadas com as condições estruturais da equipe como a estrutura legal (instrumentos legais de criação da Visa), estrutura física e recursos materiais, estrutura administrativa e operacional (composição da equipe com definição de atribuições e competências), gestão de pessoas e ações para o fortalecimento da gestão. Ainda estão incluídos os planos de capacitações da equipe, o estímulo à participação em instâncias de negociação e qualificação.

As ações de intervenção se voltam para produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde, educação e comunicação em saúde para a população, ações integrais de saúde (ações conjuntas com a vigilância epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador, participação de processos educativos voltados às equipes da atenção

básica), ações intersetoriais (ações conjuntas com as secretarias de agricultura, educação, meio ambiente dentre outras) e ações laboratoriais (ações de monitoramento de produtos) (BRASIL, 2007).

Esta análise da estrutura dos planos proposta pelo Guia merece uma reflexão sobre a sua capacidade de atender às necessidades do planejamento e programação da Visa.

5.2. Consistência do Guia de Orientações do PDVISA

O Guia de Orientações produzido pela assessoria de planejamento da ANVISA não é extenso e tem linguagem de fácil entendimento. Sua estrutura é composta por itens que respondem a perguntas relativas ao conceito de planos de ação, seus objetivos, fundamentos, conteúdo, equipe de elaboração, interface entre o plano de ação e instrumentos do PlanejaSUS, bem como os blocos de financiamento do SUS. Traz textos anexos com sugestões de modelos de planos de ação, estruturados em planilhas e um elenco norteador de ações de Visa.

A apresentação do Guia contextualiza o momento de mudanças no processo de organização do sistema de saúde, resultante da publicação do Pacto pela Saúde e seus desdobramentos. Situa o PlanejaSUS e seus instrumentos (Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) neste contexto, enfatizando a importância de seu controle, sua avaliação e seu monitoramento. Relata que, nesta mesma conjuntura, publicou-se a Portaria GM/MS de 1.052, de 08/05/2007, que define o PDVISA como instrumento de planejamento das ações de Visa, fruto de intensa discussão nas instâncias consultivas e deliberativas do SUS. Expõe, então, o objetivo do PDVISA que é orientar a gestão estadual e municipal para a construção dos Planos de Ação de Visa.

Após estes preâmbulos, o PDVISA identifica a sua interface com o Plano de Saúde (quadrienal), a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, destacando que, em determinados momentos, o plano de ação utiliza-se destes instrumentos e, em outros, fornece informações para a sua elaboração e seu monitoramento.

Mais adiante, enfatiza a importância dos planos quando faz referência à reestruturação do financiamento em blocos e a inserção da Visa no Bloco de Vigilância em Saúde. Diz que este bloco de financiamento é dividido em dois componentes (Visa e Vigilância Epidemiológica), tendo a gestão a liberdade de utilizar os recursos de um componente em ações de outro componente. E reforça a importância do planejamento bem feito para que se possa priorizar a alocação de recursos para a Visa.

Nas recomendações sobre a análise situacional da Visa e a definição das áreas temáticas, sugere que, na primeira, utilize-se de informações já contidas no Plano de Saúde, fazendo um recorte dos elementos nele contidos que servirão como fundamentos para o planejamento da Visa. A partir do que foi levantado na análise situacional é que são definidas as ações da Visa, desdobradas em atividades, metas, meios de verificação, responsáveis, parcerias e recursos financeiros necessários. A elaboração do plano será finalizada pela equipe da Visa, servindo como subsídio para a elaboração da Programação Anual de Saúde e, posteriormente, do Relatório Anual de Gestão.

O Guia dá ênfase às negociações que os municípios devem fazer na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no que diz respeito à definição das responsabilizações de Visa dos âmbitos estadual e municipal, como também quanto ao fluxo de descentralização dos recursos financeiros para incentivo às ações da vigilância em saúde. Também se refere à necessidade de integração do planejamento com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Vale notar que o Guia se respalda em instrumentos já consolidados e amplamente utilizados na área de planejamento na gestão do SUS. No entanto, seu enfoque não parece ser participativo, deixando uma lacuna nas recomendações quanto aos encaminhamentos necessários à construção dos planos. Somente dizer da interface com os instrumentos do PlanejaSUS não é suficiente para promover uma abordagem participativa.

O Guia não aborda, nas suas recomendações para a construção da análise situacional, a discussão de problemas no âmbito dos serviços, a interação com a

vigilância epidemiológica, a atenção básica e outros setores do sistema de saúde público ou privado. Ao recomendar um *recorte* de elementos na análise situacional contida no Plano de Saúde e aplicá-las na elaboração do plano de ação em Visa, dá espaço para uma interpretação de construção de cunho apenas formal, de modo a não permitir espaço para discussão sobre os riscos sanitários ou os problemas que poderão ser objeto da intervenção da Visa. Tal interpretação pode comprometer a consistência dos planos de ação de Visa, mesmo porque não é comum que as análises situacionais contidas nos Planos de Saúde abordem problemas específicos relacionados à Vigilância Sanitária. Em geral, constam os indicadores de morbimortalidade ligados a problemas do estado de saúde da população, gerados pelos sistemas de informações já existentes, muito mais próximos de ações voltadas à assistência individual à saúde ou de ações de vigilância epidemiológica.

Também não recomenda que, antes de fazer o recorte, se faça uma revisão do Plano de Saúde, buscando atualizá-lo, já que as realidades mudam constantemente.

No momento operacional, o Guia propõe uma matriz onde devem ser descritos os eixos e as diretrizes do PDVISA, relacionados com a ação que está sendo proposta para cada problema identificado. As ações, por sua vez, devem guardar concordância com as áreas de estruturação ou de intervenção conforme estejam voltadas para o fortalecimento da gestão ou para o gerenciamento do risco sanitário.

O Guia propõe ainda uma categorização das áreas de estruturação e de intervenção, classificando-as quanto à sua natureza. Para a área de estruturação, propõe as categorias: estrutura legal, estrutura física e recursos materiais, estrutura administrativa e operacional, gestão de pessoas e fortalecimento da gestão. Para a intervenção: produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde, educação e comunicação em saúde para a população, ações integrais de saúde, ações intersetoriais e ações laboratoriais.

Preenchida a matriz, finaliza-se a elaboração do plano de ação que deve ser submetido à CIB e estar em constante monitoramento e avaliação. O Guia não dá maiores detalhes quanto à programação das atividades, propondo planilhas bastante simplificadas para esta fase do planejamento.

A categorização em área de estruturação e de intervenção é bastante elucidativa e permite um direcionamento e agrupamento de áreas afins. No entanto, chama a atenção a ausência de recomendação para a apreciação e o monitoramento do plano de ação pelo Conselho Estadual ou Municipal de Saúde. Assim sendo, perde-se oportunidade de dar visibilidade das ações de Visa e de incluí-las no contexto do controle social.

5.2.1. As recomendações do Guia comparadas às proposições do PPLS

Para este paralelo, faz-se uma comparação entre os diferentes momentos do processo de planejamento propostos pelo Guia e os do PPLS.

Como o PPLS tem por fundamento o enfoque estratégico-situacional, os momentos são organizados operativamente em explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

A análise situacional corresponde ao momento explicativo, em que é feita a identificação, a formulação, a priorização e a explicação de problemas de saúde da população (VILASBÔAS, 2004). O Guia recomenda que a análise situacional da Visa local seja construída com base nas informações contidas nos Planos de Saúde. Para Teixeira (1999), comumente, se tem utilizado do “enfoque epidemiológico” como recurso para a elaboração de análises de situação de saúde. Também o avanço tecnológico nos Sistemas de Informações em Saúde tem contribuído para o processo de planejamento das ações de vigilância de saúde e avaliação dos sistemas locais de saúde.

Na prática, observam-se fragilidades na análise das ações da Visa e faltam, inclusive, dados sobre as atividades de controle de bens de consumo e serviços relacionados à saúde. Nem todos os estados brasileiros possuem implantado o sistema de informação específico em Visa, o Sinavisa (Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária), tendo como consequência a deficiência do banco de dados de informações. Associado a esta situação, a maioria dos municípios, principalmente os de pequeno porte, ainda não dispõe de qualquer banco de dados consistente com que venha a subsidiar o registro e a avaliação das

atividades da Visa. Provavelmente por esses motivos, as análises situacionais contidas nos Planos de Saúde não são suficientes para respaldar o diagnóstico e a análise das ações de Visa que devem estar contidas nos planos de ação.

Neste sentido, parecem bastante pertinentes as proposições do PPLS de realização de oficinas de trabalho com a participação dos atores sociais para a construção da análise situacional. Aplicadas à Visa, poderiam enriquecer a discussão dos problemas enfrentados neste campo específico da Vigilância à Saúde e a elaboração de proposições, provocando a “construção de uma visão compartilhada entre os sujeitos que participam do processo” (Teixeira, 2010).

Nesta perspectiva, ao se fazer a análise dos problemas voltados para a Visa, deve-se envolver não somente a equipe diretamente responsável pela elaboração do plano, mas também outros departamentos da Secretaria de Saúde e ainda os membros do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde, de modo a fomentar uma intensa discussão com o objetivo de dar visibilidade aos problemas enfrentados pela Visa e ajudar a apontar as soluções pertinentes. Esta proposição abre espaço para a ideia de processo de construção compartilhada, o que pode conferir legitimidade à análise da situação.

O PPLS propõe a realização de Oficinas de Análise da Situação com o propósito de promover discussões para a identificação e priorização de problemas, através de “critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos” (Teixeira, 2010). Ao oportunizar estes espaços de debate, permite o acesso à informação aos sujeitos envolvidos no processo.

No PPLS, trabalha-se com os problemas de estado de saúde e com os do sistema de saúde. Fazendo a analogia coma Visa, trabalhar-se-ia com os problemas estratégicos e estruturantes, objetivando identificar seus condicionantes e determinantes e assim nortear a definição dos objetivos e das prioridades de ação. No caso dos problemas estruturantes, o foco das ações estaria centrado na rede organizacional, na infraestrutura dos serviços e na gestão.

Segundo o PPLS, concluída a análise da situação, passa-se ao momento normativo, que se refere à definição de objetivos. De acordo com o Guia, a segunda parte do plano se concretiza na construção da matriz com definição de áreas temáticas e seu detalhamento em ações, atividades, metas/resultados, meios de verificação, responsáveis, parcerias e recursos financeiros necessários. Trata-se de um modelo de planilha para programação das ações estruturantes e outro para as de intervenção.

Na perspectiva do PPLS, o momento normativo consiste o ponto inicial do processo de formulação das propostas de intervenção a partir da definição dos objetivos geral e específicos (Teixeira, 2010). Neste momento, são formulados os resultados que se almeja obter ou as ações e os serviços a serem oferecidos à população ou ainda as transformações que se quer empreender no processo de prestação dos serviços de saúde. Embora haja menção a este aspecto no capítulo “o que deve conter no plano de ação?”, onde fala da realização do recorte das informações do plano de saúde, dentre elas os objetivos, o Guia não aborda a definição de objetivos na planilha, deixando uma lacuna para a construção dos planos.

O terceiro momento do PPLS, o chamado momento estratégico, consiste na definição de ações e atividades e na análise de viabilidade. Sobre a definição as ações, o PPLS destaca que não se trata de um simples preenchimento de planilhas, mas que neste procedimento se fomente a criatividade dos participantes na formulação de estratégias para o alcance dos objetivos definidos. Através da análise de viabilidade, calculam-se as dificuldades e as facilidades que possivelmente serão encontradas durante o desenvolvimento das ações previstas, podendo-se utilizar o método DAFO de identificação de dificuldades, ameaças, facilidades e oportunidades.

A análise de viabilidade permite o dimensionamento da disponibilidade de recursos humanos e materiais e da vontade política dos atores envolvidos nas ações. Neste sentido, refere-se também à identificação das preferências de gestores, profissionais, usuários e todos os atores sociais abrangidos no processo de planejamento (Teixeira, 2010). Ainda a análise de viabilidade permite visualizar os aspectos relacionados a questões fora do âmbito institucional que, a depender da

posição de quem os avalie, podem contribuir positivamente ou negativamente para o alcance dos objetivos propostos, abrindo possibilidade até mesmo para o seu redimensionamento.

O Guia não explicita este momento. A descrição das ações está inserida na única matriz recomendada, não havendo, portanto destaque para esse momento. Também não menciona a realização da análise de viabilidade. Como consequência, não leva em consideração os fatores que podem dificultar ou facilitar as ações e atividades propostas no contexto em que está inserido a Visa e que permeiam conflitos das mais variadas espécies, tendo em vista a especificidade do campo.

Por fim, o quarto e último momento - o tático-operacional -, consiste na programação e orçamentação das ações. Este detalhamento possibilita a verificação das condições concretas de trabalho, a responsabilização dos atores por cada tarefa, selando o compromisso individual e coletivo para a efetivação das proposições.

O momento tático-operacional contempla também o monitoramento do plano, prevendo indicadores de acompanhamento e avaliação, inclusive do impacto das ações. No caso da Visa, destaca-se a importância de indicadores que permitam avaliar a articulação intra ou intersetorial, devido à natureza de seus objetos de intervenção. O Guia propõe fazer o monitoramento das ações de Visa de maneira integrada com os demais instrumentos do PlanejaSUS, e que os insumos do plano de ação de Visa servirão para finalizar a Programação Anual de Saúde – PAS que deve conter as metas anuais e indicadores propostas. Na matriz proposta, indica apenas o estabelecimento de metas e os resultados esperados, não fazendo alusão aos indicadores específicos da Visa.

O plano de ação deve incluir a previsão dos recursos financeiros que serão necessários para a sua realização. Esta etapa é de extrema importância e vai determinar a viabilidade econômica do plano. Deve ser elaborada em conformidade com o orçamento previsto para o órgão responsável, no período proposto (Teixeira, 2010). Neste aspecto, o Guia diz que deve haver um monitoramento dos aspectos físicos e financeiros pelos âmbitos estadual e federal que possa auxiliar o planejamento articulado com os processos de prestação de contas governamentais

de estados e municípios. Os recursos orçamentários da PAS devem ser orientados pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA).

Assim, através desta análise, verifica-se que as duas propostas de planejamento – o Guia de Orientações do PDVISA e o PPLS – em determinados aspectos se assemelham, mas em outros são bem distintos.

Por um lado, distinguem-se no caso do foco participativo enfatizado pelo PPLS e negligenciado pelo Guia. Distinguem-se também pelo fato do PPLS adotar uma abordagem estratégica-situacional de análise permanente da situação, avaliando a cada momento as condições efetivas de trabalho, e, conseqüentemente, de readequação de suas estratégias. O Guia não propõe este enfoque estratégico para a elaboração do plano de ação de Visa. Na verdade, não entra em detalhes quanto ao processo de construção do plano. Tampouco o Guia apresenta uma proposta de condução e acompanhamento das intervenções.

O PPLS é uma proposta de planejamento interativo, que, através da democratização das informações e das decisões, empodera os atores envolvidos. Este empoderamento é estimulado pela escuta e pelo diálogo entre os diferentes saberes e experiências participantes. O Guia, ainda que pareça fortalecer a racionalidade técnica do planejamento, não contribui para um empoderamento que envolve os diversos atores, em tese, interessados nas ações de Visa.

Por outro lado, assemelham-se por ambas possibilitarem efetivamente as programações locais na vigilância sanitária, tomando como base instrumentos já validados na área do planejamento em saúde.

Ambas as propostas se utilizam de planilhas para a sua sistematização, ainda que o Guia sintetize todos os momentos em uma única matriz e o PPLS faça um detalhamento das planilhas pelos momentos que compõem o processo do planejamento.

Neste sentido, pode-se concluir que, diante das limitações apontadas, quando comparado ao PPLS, o Guia é parcialmente consistente. De fato, constitui-se como

M	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
N	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Q	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
R	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
S	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
T	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
U	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
V	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
W	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
X	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Planos de ação de Visa, 24ª Dires

Detendo-se sobre a observação da estrutura dos documentos, pode-se observar que todos os planos apresentavam todos os itens recomendados pelo Guia, com exceção de seis planos, que não continham a análise situacional da Visa local. Estas informações constataam que a maioria dos planos utilizou integralmente e todos utilizaram quase integralmente o Guia de Orientações do PDVISA como instrumento norteador.

5.4. Coerência interna dos Planos de Ação

5.4.1. Relação lógica entre análise situacional e problemas priorizados

Para analisar a relação lógica entre a análise situacional e os problemas priorizados nas planilhas de programação, adotou-se como critério o conceito do Guia de Orientações que diz que a análise situacional refere-se à parte do plano de ação que identifica, formula e prioriza problemas a partir de uma determinada realidade (BRASIL, 2007).

A partir deste conceito, tomou-se como parâmetro para julgamento da coerência ou da incoerência do plano a presença ou a ausência nas planilhas de programação dos problemas mencionados na análise situacional. Portanto, caso, os problemas

presentes nas planilhas sejam aqueles identificados na análise da situação, o plano é considerado coerente. Caso contrário, não.

Quadro 3– Relação de coerência da díade análise situacional X problemas priorizados nos Planos de Ação da Visa dos municípios da 24ª DIRES – Caetité / Bahia – 2007 a 2011.

Plano	O plano contém análise situacional	Os problemas identificados na análise situacional estão elencados na planilha	Evidências	Observação
A	Não	Não	-	Não verificável
B	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam da análise situacional	Coerente
C	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam da análise situacional	Coerente
D	Sim	Parcialmente	Foram descritos sete problemas na análise, porém destes apenas três são elencados na planilha. Ademais, a planilha elenca um problema que não consta da análise.	Incoerente
E	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
F	Não	Não	-	Não verificável
G	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
H	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
I	Sim	Parcialmente	Foram descritos seis problemas na análise e oito são elencados nas planilhas.	Incoerente
J	Não	Não	-	Não verificável
K	Não	Não	-	Não verificável
L	Não	Não	Fez a programação partindo da descrição das ações.	Não verificável
M	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente

N	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
O	Sim	Parcialmente	Foram descritos oito problemas na análise e sete foram elencados nas planilhas, sendo que dois problemas das planilhas não foram descritos na análise e também três problemas constam da análise, mas não da planilha.	Incoerente
P	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
Q	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
R	Sim	Não	Fez a análise situacional, porém não foram elencados problemas nas planilhas. Fez a programação partindo da descrição das ações.	Não verificável
S	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
T	Sim	Parcialmente	Foram descritos quatro problemas na análise e oito foram elencados nas planilhas, sendo que cinco problemas das planilhas não foram descritos na análise e também um problema que consta da análise e não consta da planilha	Incoerente
U	Não	Não	-	Não verificável
V	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
W	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente
X	Sim	Sim	Todos os problemas elencados nas planilhas constam na análise situacional	Coerente

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª Dires

Analisando o conjunto dos documentos, pode-se constatar que, dos vinte e quatro planos, treze foram considerados coerentes e quatro incoerentes em relação à díade análise situacional e problemas priorizados. Em sete planos, não foi possível verificar a coerência devido à inexistência de análise situacional ou de problemas elencados na planilha (planos A, F, J, L, K, R e U). Em um deles, não foram descritos problemas nem na análise situacional, nem na planilha de programação (plano L).

Não foi observada relação entre a proporção de planos coerentes com os anos mais recentes, isto é, com a possível experiência acumulada dos municípios na elaboração de tais documentos (a disposição dos planos nos quadros obedeceu à ordem cronológica).

Apesar do número de planos julgados coerentes nesta díade ser superior ao dos incoerentes, fica clara a fragilidade de tais documentos, pois a soma dos incoerentes (quatro) com os que não disponibilizam informações que possibilitem esta análise (sete) totaliza quase metade dos planos.

É importante analisar a relação lógica entre estas duas partes do plano, porque é a partir da análise situacional que deve ser feito o levantamento dos problemas objetos da intervenção e a definição das ações a serem executadas durante o ano de vigência do plano (BRASIL, 2007). No caso da Visa, a análise da situação de saúde deve levar em consideração as especificidades locais, o estado de saúde da população, o sistema de serviços de saúde e o potencial de risco inerente aos objetos da vigilância (Plano... 2010).

Os problemas podem ser levantados mediante consulta aos sistemas de informação oficiais, entrevistas com profissionais de saúde e ausculta da população do território. Os problemas do estado de saúde abordam os riscos à saúde da população, as causas mais freqüentes de doenças e mortes. Os relativos ao sistema de saúde estão associados à estrutura de recursos materiais e humanos existentes ou necessários para o desenvolvimento efetivo das ações (Vilasbôas, 2004).

5.4.2. Relação lógica entre problemas priorizados e ações propostas

Para analisar a relação lógica entre problemas priorizados e ações propostas, foi estabelecido como critério que todas as ações devam guardar coerência com os problemas priorizados. Assim, caso seja identificada pelo menos uma ação que não preencha este critério, o plano é julgado incoerente. No quadro 4, está descrita a relação lógica (coerente ou incoerente) evidenciada em cada documento entre os

problemas priorizados e a ação proposta, o número e a proporção de díades incoerentes e seus tipos quanto ao elenco norteador (ações estruturantes ou estratégicas).

Quadro 4 – Relação lógica entre problemas priorizados e ações propostas, proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes nos Planos Municipais de Ação em Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANO	TOTAL DE DÍADES	RELAÇÃO LÓGICA	NÚMERO E PROPORÇÃO DE DÍADES INCOERENTES	TIPO DAS AÇÕES INCOERENTES QUANTO AO ELENCO NORTEADOR	
				ESTRUTURANTES	ESTRATÉGIAS
A	7	Coerente	0	-	-
B	12	Coerente	0	-	-
C	11	Coerente	0	-	-
D	4	Incoerente	2 (50%)	0%	2 (100%)
E	5	Coerente	0	-	-
F	7	Coerente	0	-	-
G	2	Coerente	0	-	-
H	7	Coerente	0	-	-
I	7	Coerente	0	-	-
J	6	Coerente	0	-	-
K	8	Coerente	0	-	-
L*		-			
M	12	Coerente	0	-	-
N	7	Coerente	0	-	-
O	7	Coerente	0	-	-
P	9	Coerente	0	-	-
Q	9	Coerente	0	-	-
R*		-			

S	4	Incoerente	1 (25%)	0 %	1 (100%)
T	8	Coerente	0	-	-
U	9	Coerente	0	-	-
V	16	Coerente	0	-	-
W	9	Coerente	0	-	-
X	4	Incoerente	1 (25%)	0%	1 (100%)

* Não foi possível analisar a coerência, devido a não descrição dos problemas nas planilhas de programação.

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª Dires

Do total de vinte e quatro planos analisados, dezenove foram considerados coerentes, três incoerentes e em dois não foi possível verificar a relação lógica devido à ausência da descrição dos problemas nas planilhas de programação.

As incoerências encontradas foram as seguintes:

No plano D, estava assim descrito:

*Problema: Desinformação da população sobre as atribuições da VISAM.
Ação: Montar plano de capacitação para equipe da VISAM*

No plano S, foi identificada a díade:

*Problema: Estabelecimento em funcionamento com alvará sanitário vencido.
Ação: retirar criadouros (pocilgas do perímetro urbano)*

E no plano X:

*Problema: Estabelecimentos em funcionamento com alvará sanitário vencido.
Ação: Assegurar condições de higiene e segurança e conforto aos consumidores.*

Nestes três exemplos, a discrepância está claramente evidenciada, pois a ação não se refere ao problema. Vale notar que as três díades incoerentes estavam relacionadas a ações estratégicas não tendo sido encontrada nenhuma razão explícita para esta predominância. No geral, houve predomínio de planos com ações coerentes, pois somando o número de planos incoerentes (3) com o dos que não foi possível analisar a coerência (2) totaliza-se apenas cinco (21%) em 24 documentos analisados.

A importância da averiguação de coerência entre problemas priorizados e ações propostas reside no fato da demarcação coerente e clara das ações ser necessária para dar o norteamento adequado ao plano e assim permitir o enfrentamento dos problemas selecionados.

5.4.3. Relação lógica entre ações propostas e atividades

As atividades representam o detalhamento e a desagregação das ações. Portanto, uma ação desdobra-se em várias atividades. Tomou-se então como díade cada ação com as suas respectivas atividades. Foi considerada coerente aquela díade que tinha todas as atividades coerentes com a ação. E o plano foi considerado incoerente se contivesse uma ou mais díades incoerentes.

No quadro 5, são apresentadas as relações lógicas evidenciadas em cada documento entre as ações propostas e as atividades, o número e a proporção de díades incoerentes e seus tipos quanto ao elenco norteador (ações estruturantes ou estratégicas).

Quadro 5 - Relação lógica entre ações propostas e atividades, proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador nos Planos de Ação em Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANO	TOTAL DE DÍADES	RELAÇÃO LÓGICA	NÚMERO E PROPORÇÃO DE DÍADES INCOERENTES	TIPOS DAS AÇÕES NA DÍADE INCOERENTES QUANTO AO ELENCO NORTEADOR	
				ESTRUTURANTES	ESTRATÉGICAS
A	7	Coerente	0	-	-
B	12	Coerente	0	-	-
C	11	Coerente	0	-	-
D	4	Incoerente	1 (25%)	-	1 (100 %)

E	5	Coerente	0	-	-
F	7	Coerente	0	-	-
G	2	Coerente	0	-	-
H	7	Coerente	0	-	-
I	7	Coerente	0	-	-
J	6	Coerente	0	-	-
K	8	Coerente	0	-	-
L	11	Coerente	0	-	-
M	12	Coerente	0	-	-
N	7	Coerente	0	-	-
O	7	Coerente	0	-	-
P	9	Coerente	0	-	-
Q	9	Coerente	0	-	-
R	11	Coerente	0	-	-
S	4	Coerente	0	-	-
T	8	Coerente	0	-	-
U	09	Coerente	0	-	-
V	16	Coerente	0	-	-

W	9	Coerente	0	-	-
X	4	Coerente	0	-	-

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª DORES

Do conjunto dos planos, vinte e três foram classificados como coerentes sendo, portanto, apenas um incoerente. A incoerência identificada no plano D está relacionada à ação estratégica abaixo transcrita:

“Ação: Promoção de oficinas com manipuladores de alimentos, visando a uma melhor qualidade dos serviços prestados.”

“Atividades: Cobrar da ADAB e EBDA mais ações de VISA.”

A incoerência está em “cobrar” dos órgãos da Secretaria da Agricultura uma ação própria de vigilância sanitária, âmbito de atuação da Secretaria da Saúde.

A coerência entre as ações propostas e as atividades é necessária, pois a descrição das atividades, detalhando as ações, permitirá a estimativa do volume requerido de trabalho referente a cada ação, isto é, a extensão do esforço ou articulação necessária a cada intento (Teixeira, 2010).

5.4.4. Relação lógica entre as ações propostas e as metas ou os resultados esperados

Segundo Teixeira (2010), meta refere-se ao objetivo quantificado, denotando que se deve buscar tornar facilmente mensurável o alcance de cada objetivo.

Foi adotado como critério de avaliação que todas as metas estabelecidas ou todos os resultados esperados do plano devam guardar coerência lógica com as ações propostas. Assim sendo, caso exista alguma meta ou algum resultado que não obedeçam a este critério, o plano é considerado incoerente.

Quadro 6 - Relação lógica entre ações propostas e metas ou resultados esperados, proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador nos Planos de Ação em Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANO	TOTAL DE DÍADES	RELAÇÃO LÓGICA	NÚMERO E PROPORÇÃO DE DÍADES INCOERENTES	TIPOS DAS AÇÕES NA DÍADE INCOERENTES QUANTO AO ELENCO NORTEADOR	
				ESTRUTURANTES	ESTRATÉGICAS
A	7	Incoerente	4 (57,14%)	2(50%)	2(50%)
B	12	Coerente	0	-	-
C	11	Incoerente	1 (9,09%)	1 (100%)	0
D	4	Incoerente	3 (75%)	0	3 (100%)
E	5	Coerente	0	-	-
F	7	Coerente	0	-	-
G	2	Coerente	0	-	-
H	7	Coerente	0	-	-
I	7	Incoerente	1 (14,28%)	-	1 (100%)
J	6	Incoerente	5 (83,33%)	1 (20%)	4 (80%)
K	8	Coerente	0	-	-
L	11	Coerente	0	-	-
M	12	Coerente	0	-	-
N	7	Incoerente	1 (14,28%)	1 (100%)	0
O	7	Incoerente	5 (71,42%)	1 (20%)	4 (80%)
P	9	Coerente	0	-	-
Q	9	Coerente	0	-	-
R	11	Coerente	0	-	-
S	4	Coerente	0	-	-
T	8	Incoerente	2 (25%)	1 (50%)	1 (50%)
U	09	Incoerente	6 (6,66%)	2 (33,33%)	4 (66,67%)
V	16	Coerente	0	-	-
W	9	Coerente	0	-	-
X	4	Incoerente	1 (25%)	0	1 (100%)

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª DIRES

Em relação às metas, deparou-se com os seguintes resultados: dos 24 planos analisados, dez continham alguma incoerência. Do total de díades incoerentes (29), percebe-se o predomínio nas ações estratégicas, com um total de 20 (69%). Não foi observada nenhuma relação entre o número de díades coerentes com os planos mais recentes, mostrando uma permanência de planos incoerentes mesmo após os municípios elaborarem este documento por um período de tempo de quatro anos.

Tais discrepâncias, em quatro planos, estavam relacionadas à definição de prazos no lugar de estabelecimento das metas (planos A, J, O e U):

“Ação: Realizar em 100% as coletas de amostras de água”.

“Meta/resultado esperado: 12 meses”.

Estes quatro planos foram elaborados pelo mesmo município ao longo do período estudado, revelando que não houve uma melhora da qualidade do documento pelo menos no que diz respeito a esta díade analisada, pois repetiu-se, ao longo do período, a mesma incoerência. O prazo descrito acima está relacionado ao período de vigência dos planos. Note-se que a ação, neste caso, já traz escrita a meta a ser alcançada.

Nos planos C e N, também elaborados por um mesmo município, a mesma incoerência repetiu-se em dois anos seguidos:

“Ação: Disponibilizar o veículo para realizar as ações de monitoramento da área.”

“Meta: Realizar 100% do monitoramento das amostras de água coletada”.

O plano D apresentou a seguinte incoerência:

“Ação: Promover ações educativas com os donos de estabelecimentos comerciais para sensibilizar em relação às ações de Visa.

Meta/resultado esperado: 50% da participação da equipe”.

No plano I, estava escrito:

“Ação: Fiscalizar e apreender mercadorias vencidas”

“Meta ou resultado esperado: Conscientizar o maior nº possíveis de pessoas, divulgação em meio de comunicação em massa.”

No Plano X:

“Ação: Assegurar as condições de higiene, segurança e conforto aos consumidores; Meta ou resultado esperado: inspecionar 100% dos estabelecimentos cadastrados e cadastrar novos estabelecimentos”.

E, finalmente, no plano T, foi encontrado:

“Ação: Elaboração do Código de Postura Municipal.

Meta ou resultado esperado: Eliminar 100% dos esgotos em vias públicas.”

Nestes últimos quatro exemplos, a incoerência está claramente evidenciada devido ao desvio do foco no objeto da ação.

A definição das metas é necessária para se mensurar o cumprimento dos objetivos, através da avaliação e do monitoramento das ações. Para tanto, deve-se levar em conta as condições disponíveis que possibilitarão a execução dos compromissos firmados.

5.4.5. Relação lógica entre ações propostas e competência dos responsáveis

Tomou-se como base para esta análise a recomendação do Guia de Orientações que diz que a elaboração do Plano de Ação em Visa deve ser realizada pela equipe de Vigilância Sanitária ou conforme a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, devendo estar articulada com o setor de planejamento e demais atores implicados no processo. Considerou-se que o sujeito que planeja deve ser a equipe da Visa em conjunto com equipe da Secretaria de Saúde.

Para a análise da relação lógica entre as ações propostas e a competência dos responsáveis, foi adotado como critério que todas as ações propostas devam guardar coerência com a competência dos responsáveis. Assim sendo, caso exista alguma díade ação-competência que não obedeça este critério, o plano é considerado incoerente.

Ressalte-se que, no caso das ações intersetoriais, haverá coerência quando a Visa fica responsável pela articulação com quem tem governabilidade para realizar a ação.

Abaixo, o Quadro 7 elenca as relações lógicas encontradas nos documentos, o número e a proporção de díades incoerentes, bem como os tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador.

Quadro 7 - Relação lógica entre ações propostas e competência dos responsáveis, número e proporção de díades incoerentes e tipos das ações incoerentes quanto ao elenco norteador nos Planos de Ação em Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANO	TOTAL DE DÍADES	RELAÇÃO LÓGICA	NÚMERO E PROPORÇÃO DE DÍADES INCOERENTES	TIPOS DAS AÇÕES NA DÍADE INCOERENTES QUANTO AO ELENCO NORTEADOR	
				ESTRUTURANTES	ESTRATÉGICAS
A	7	Incoerente	1(14,28%)	0	1 (100%)
B	12	Incoerente	0	-	-
C	11	Coerente	0	0	0
D	4	Coerente	0	-	-
E	5	Coerente	0	-	-
F	7	Incoerente	1(14,28%)	0	1 (100%)
G	2	Coerente	0	-	-
H	7	Coerente	0	-	-
I	7	Incoerente	3 (85,71%)	0	3 (100%)
J	6	Incoerente	1 (16,66%)	0	1 (100%)
K	8	Coerente	0	-	-
L	11	Coerente	0	-	-

M	12	Coerente	0	-	-
N	7	Coerente	0	0	0
O	7	Coerente	0	-	-
P	9	Coerente	0	-	-
Q	9	Coerente	0	-	-
R	11	Coerente	0	-	-
S	4	Coerente	0	-	-
T	8	Coerente	0	-	-
U	9	Incoerente	1 (44,44%)	0	1 (100%)
V	16	Coerente	0	-	-
W	9	Coerente	0	-	-
X	4	Coerente	0	-	-

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª DORES

Observa-se que, dos 24 planos analisados, 18(75%) guardam coerência entre as ações propostas e a competência dos responsáveis.

Num total de sete díades incoerentes, nenhuma estava relacionada a ações de estruturação. Não foi observada associação entre a proporção de díades incoerentes com os anos mais recentes.

Como exemplos, das incoerências identificadas podem-se citar os seguintes.

Nos plano A e J, ambos elaborados pelo mesmo município:

“Ação: Capacitar os profissionais de salões de beleza”

Responsável: Secretaria de Assistência Social.

No Plano I:

“Ação: Construir rede de esgoto.”

Responsável: Secretaria de Infraestrutura.

No Plano U:

“Ação: Reformar o mercado municipal de carnes...”

Responsável: Secretaria de Infraestrutura.

E no plano F:

“Ação: Adequar a coleta e destino final dos resíduos sólidos.”

Responsável: Secretaria do Meio Ambiente.

Caso as proposições fossem redigidas como, por exemplo, *realizar contato com setores da administração municipal a fim de promover capacitação de profissionais de salões de beleza, promover discussões com a gestão e a comunidade sobre a importância e a necessidade de saneamento básico, mostrar aos gestores a necessidade de reforma do mercado municipal de venda de carnes* ou *solicitar aos gestores que realizem a adequação da coleta e destino final dos resíduos*, estariam denotadas ações de competência da equipe da Visa em conjunto com outros profissionais da Secretaria de Saúde, atores que fizeram os Planos. Contudo, da maneira como foram escritas, constituem-se como ações incoerentes, pois os responsáveis indicados não são atores desses Planos.

A definição dos responsáveis para o cumprimento de cada ação é de extrema relevância, pois compromete cada um dos membros da equipe com o Plano e identifica quem será cobrado no momento de avaliação do Plano.

5.4.6. Previsão de recursos financeiros

A estimativa dos recursos financeiros é uma etapa muito importante na elaboração do plano, pois é através dela que se vai viabilizar a execução das ações programadas para se alcançar as metas estabelecidas. A análise da coerência deve ser feita, comparando-se a previsão dos recursos necessários com a estimativa dos recursos verdadeiramente disponíveis ou possíveis de serem captados (Teixeira, 2010).

Para apoiar a execução das ações da Vigilância Sanitária, o Ministério da Saúde repassa aos municípios um incentivo financeiro (Piso Estruturante), através do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária, definido pelo valor de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos de reais) por habitante/ano ou pelo Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00/ano, para municípios cujo valor *per capita* seja inferior.

O Ministério da Saúde repassa também o Piso Estratégico, calculado à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos de reais) por habitante/ano, se pactuadas as ações estratégicas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme critérios que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de VISA (Portaria Nº 204/GM/MS e Portaria Nº 1.106, de 12 de maio de 2010).

Para financiar as ações de Visa, o município certamente terá que adicionar a estes incentivos recursos próprios, devendo prever estes recursos financeiros no Plano Plurianual - PPA e na Lei Orçamentária Anual – LOA.

Teixeira, (2010) sugerem realizar a estimativa de volume de recursos disponíveis para a execução das ações previstas nos planos através de projeções das tendências das receitas e despesas dos anos anteriores. Como estes dados não estão disponíveis nos planos analisados neste estudo, a análise da coerência da estimativa de recursos financeiros limitou-se a ao fato de existir ou não previsão de recursos financeiros para o conjunto das ações de cada.

Assim, para a análise da coerência dos recursos financeiros estimados em cada plano, foram adotados dois critérios. O plano é considerado coerente se:

1º) Faz a previsão dos recursos financeiros, tomando como base os montantes transferidos do TFVISA e os recursos próprios do município alocados para o conjunto de ações previstas no plano; e

2º) Faz a estimativa de recursos necessários, tomando como base os custos das ações propostas.

Quadro 8 – Previsão dos recursos financeiros nos Planos de Ação em Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANO	RECURSOS PREVISTOS	CUSTOS ESTIMADOS	RELAÇÃO LÓGICA
A	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
B	TFVISA e contrapartida municipal	Estimou custos	Coerente
C	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
D	TFVISA e contrapartida municipal	Estimou custos	Coerente
E	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
F	TFVISA	-	Incoerente
G	TFVISA e contrapartida municipal	Estimou custos	Coerente
H	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
I	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
J	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
K	TFVISA e contrapartida municipal	Estimou custos	Coerente
L	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
M	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
N	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
O	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
P	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
Q	TFVISA	-	Incoerente

R	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
S	TFVISA	-	Incoerente
T	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
U	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente
V	TFVISA e contrapartida municipal	Estimou custos	Coerente
W	TFVISA	-	Incoerente
X	TFVISA e contrapartida municipal	-	Incoerente

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª Dires

Dos planos analisados, cinco foram considerados coerentes e 19 incoerentes. Na análise da previsão de recursos financeiros, portanto houve predomínio de planos incoerentes.

5.4.7. Síntese da análise de coerência dos planos

Com vistas a oferecer uma visão geral da coerência dos planos municipais de Visa da 24ª Dires da Bahia, o Quadro 9 expõe de modo sintético os resultados das díades analisadas. Observa-se que, dos 24 documentos, apenas dois (8,34%) apresentaram coerência interna em todos os itens avaliados.

Contudo observando a soma das colunas que representam separadamente os itens dos planos verifica-se uma maior proporção nas díades Ações propostas/atividades (95,84%) seguidas de Problemas priorizados/ações propostas (79,16%). A de menor coerência foi a díade Previsão de recursos financeiros (2,08%).

Considerando todos os itens avaliados dos planos, apenas 8,34% são completamente coerentes, entretanto ponderando separadamente os itens dos planos, a maioria (no mínimo, 13 ou 54,16%) é coerente. Este resultado revela que os planos não são ótimos, mas que não são totalmente ruins tendo em visto os resultados apontados.

Quadro 9 – Síntese da análise de coerência das díades estudadas nos Planos de Ação de Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANOS	Análise situacional / problemas prioritizados	Problemas prioritizados / ações propostas	Ações propostas / atividades previstas	Ações propostas / metas/resultados esperados	Ações propostas / competência dos responsáveis	Previsão de recursos financeiros	Total díades coerentes	Coerência geral do plano
A	Não verificável	Coerente	Coerente	Incoerente	Incoerente	Incoerente	02	Incoerente
B	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Coerente	05	Incoerente
C	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Coerente	Incoerente	04	Incoerente
D	Incoerente	Incoerente	Incoerente	Incoerente	Coerente	Coerente	02	Incoerente
E	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	05	Incoerente
F	Não verificável	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Incoerente	03	Incoerente
G	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	06	Coerente
H	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	05	Incoerente
I	Incoerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Incoerente	Incoerente	02	Incoerente
J	Não verificável	Coerente	Coerente	Incoerente	Incoerente	Incoerente	02	Incoerente
K	Não verificável	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	05	Incoerente
L	Não verificável	-	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	03	Incoerente
M	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	05	Incoerente
N	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Coerente	Incoerente	04	Incoerente
O	Incoerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Coerente	Incoerente	03	Incoerente
P	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	05	Incoerente
Q	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	05	Incoerente
R	Não verificável	-	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	03	Incoerente
S	Coerente	Incoerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	04	Incoerente
T	Incoerente	Coerente	Coerente	Incoerente	Coerente	Incoerente	03	Incoerente

U	Não verificável	Coerente	Coerente	Incoerente	Incoerente	Incoerente	02	Incoerente
V	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	06	Coerente
W	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Coerente	Incoerente	05	Incoerente
X	Coerente	Incoerente	Coerente	Incoerente	Coerente	Incoerente	03	Incoerente
24 PLANOS	13 (54,16%) COERENTES	19 (79,16%) COERENTES	23 (95,83%) COERENTES	14 (58,33%) COERENTES	18 (75%) COERENTES	05 (2,08%) COERENTES	92	02 COERENTES EM GERAL

Fonte: Planos de ação de Vigilância Sanitária, municípios da 24ª DIRES

5.5. Consistência técnica dos documentos-planos

5.5.1. Análise situacional

A análise situacional constitui a parte inicial do plano, momento em que se explica a realidade. Para a sua construção, pode-se lançar mão das informações disponíveis nos bancos de dados oficiais, bem como realizar oficinas com profissionais de saúde e representantes da comunidade de modo a conhecer a realidade a partir de diversos olhares, identificando diferentes problemas ou obtendo várias explicações para os mesmos problemas.

Neste trabalho, considerou-se que o plano seria consistente se apresentasse uma análise da situação da Vila municipal, onde constasse, ao menos, a caracterização da situação de saúde da população, com a identificação de problemas de saúde e de riscos sanitários presentes nos municípios, e a caracterização da Vila local, com a especificação da quantidade de pessoal, da estrutura física, dos serviços de apoio e do número de estabelecimentos cadastrados. Conforme já demonstrado nos Quadros 2 e 3, do total dos 24 planos analisados, 18 apresentaram análise situacional, representando um percentual de 75%.

Após a análise dos documentos, observou-se que, quanto à caracterização da situação de saúde da população, apenas dois planos (D e G) descreveram problemas do estado de saúde diretamente relacionados aos objetos de atuação da

Vigilância Sanitária (Quadro 13). Esses planos abordaram problemas especificamente ligados ao consumo de carne bovina sem controle sanitário (aftosa, brucelose, verminose) e decorrentes da falta de saneamento e condições de moradia (doença de Chagas).

Já quanto aos riscos sanitários, do total de 24 planos, 18 os identificaram (Quadro 13). Desses, todos relacionavam a “*falta de saneamento básico*”. O Quadro 10 mostra quais os riscos sanitários identificados nos documentos com suas respectivas frequências.

Quadro 10: Riscos sanitários identificados nos planos de ação de Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

Riscos sanitários	Frequência (nº e %)
Falta de saneamento básico	18 (75%)
Abate de animais e comércio de carnes inadequados	08 (33,33%)
Falta de capacitação do setor regulado	04 (16,66%)
Inadequação na estrutura física de alguns estabelecimentos	03 (12,5%)
Venda de produtos vencidos por parte de comerciantes de má fé	03 (12,5%)
Criação de animais em perímetro urbano	02 (8,33%)
Prática de charlatanice	02 (8,33%)
Dificuldade de abastecimento de água	01 (4,16%)
Comércio sem alvará sanitário	01 (4,16%)

Fonte: Planos de Ação de Visa, 24ª DIRES

Quanto à caracterização da Visa local, 21 (87,5%) do total de 24 planos apresentaram informações sobre recursos humanos e materiais e 19 (79,2%) especificaram o número de estabelecimentos cadastrados (Quadro 13). O dimensionamento dos recursos humanos e materiais são importantes, pois permite identificar o potencial e o limite de atuação da equipe. Já o número de estabelecimentos cadastrados permite o conhecimento do universo de atuação da equipe bem como a definição do perfil de profissionais para a sua composição.

Em síntese, a maior inconsistência na análise situacional nos planos de Visa dos municípios da 24ª Dires da Bahia refere-se ao fato de 22 dos 24 planos não fazerem a identificação dos problemas de saúde. Ao contrário, quanto à identificação dos principais riscos sanitários e à caracterização da Visa local, os planos, em sua maioria, apresentaram tais descrições. Considerando, contudo, o critério de análise, pode-se concluir que, quanto à análise situacional, os planos estudados são considerados inconsistentes.

5.5.2. Caracterização das ações estruturantes

Para serem consistentes no que tange às ações estruturantes os planos-documentos deveriam conter descrições de: (a) estrutura legal da Visa; (b) estrutura física e recursos materiais; (c) estrutura administrativa e operacional (ações voltadas a cadastros de estabelecimentos sujeitos à Visa, sistema de informação e normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais) ; (d) mecanismos de gestão de pessoas e (e) ações de fortalecimento da gestão.

Dos 24 planos, 16 (66%) continham ações estruturantes (Quadro 13). Vale destacar, contudo, que planos elaborados pelo mesmo município mantiveram a programação das mesmas ações estruturantes - relacionadas à composição da equipe mínima e aquisição de veículo para a Visa - ao longo de todo o período estudado (Planos A, J, O e U; Planos B e V; Planos C, K e P), o que parece indicar baixa execução das ações previstas. Apenas dois municípios progrediram favoravelmente e não programaram as mesmas ações estruturantes nos dois planos mais recentes (Planos E, M, Q e W e Planos H, N, S e X).

Seis planos relacionam ações referentes à estrutura legal da Visa, sendo que cinco mencionam a elaboração do Código Sanitário Municipal e um, a necessidade de complementar a lei municipal com penalidades e infrações. Ações relativas à estrutura física e recursos materiais são apresentadas em 19 planos, a maioria referente à aquisição de veículos. Quanto às ações concernentes à estrutura administrativa e operacional nove mencionam ações de cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa e 11 relacionam ações voltadas para alimentar o sistema de informação voltado para o monitoramento da água para consumo

humano (SISÁGUA). Dez planos propõem ações relativas à gestão de pessoas e 16 apresentam ações para o fortalecimento da gestão. O Quadro 11 apresenta as frequências das ações estruturantes que aparecem nos planos.

Quadro 11: Frequência da citação de ações estruturantes nos planos

Objetos das ações estruturantes	Evidências	Frequência
Estrutura legal	Elaborar Código Sanitário Municipal	05
	Complementar a Lei municipal com penalidades e infrações	01
Estrutura física e recursos materiais	Solicitar ao gestor municipal veículo para a Visa	11
	Adquirir recursos materiais (fax, impressora, máquina fotográfica)	07
	Estruturação física	01
Estrutura administrativa e operacional	Cadastrar estabelecimentos sujeitos à Visa	09
	Alimentar o Sistema de Informação SISÁGUA	11
Gestão de pessoas	Prover capacitações técnicas para a equipe da Visa	10
Fortalecimento da gestão	Compor a equipe mínima	12
	Acompanhar a execução das ações, consolidando, analisando e divulgando as informações	02
	Alimentar instrumento de consolidado das ações de Visa	01
	Construir indicadores	01

Fonte: Planos de Ação de Visa, 24ª DIRES

Constata-se o predomínio de ações voltadas à: (a) composição da equipe mínima, citada em 12 planos, (b) aquisição de veículo e alimentação do sistema de informação SISÁGUA, ambos em 11 planos e (c) necessidade de capacitação dos profissionais, em 10 planos, o que revela as precárias condições estruturais das Visas municipais. Logo após, em ordem decrescente de frequência, são propostas ações de Cadastramento de estabelecimentos sujeitos à Visa (nove planos), para aquisição de recursos materiais (sete planos) e para a reelaboração do Código Sanitário Municipal (cinco planos). As ações de avaliação e monitoramento têm pouca frequência na programação. Tudo isso revela a necessidade de investimento na estruturação das Visas locais tanto no que se refere aos recursos materiais e aos recursos humanos (composição e capacitação da equipe).

Enfim, em relação à consistência dos planos no que toca às ações estruturantes e considerando-se que: (a) oito dos planos não contemplam absolutamente nenhuma ação para fortalecimento da gestão, (b) apenas seis planos se referem à estrutura legal e (c) o máximo alcançado, entre os itens que compõem as ações estruturantes, são doze menções à necessidade de compor a equipe de Visa; pode-se concluir que prevalece a inconsistência dos planos de Visa dos municípios da 24ª Dires Baiana.

5.5.3. Caracterização das ações de intervenção (ações estratégicas)

Para analisar a consistência neste item, considerou-se a presença ou a ausência nos planos de descrições de: (a) intervenções em produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde, (b) atividades de educação e comunicação em saúde para a população, (c) ações integrais de saúde (ações conjuntas com a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência), (d) ações intersetoriais e (e) ações laboratoriais.

Na totalidade dos planos, é contemplada a ação de “Fiscalizar, inspecionar e atualizar alvarás”, com grande parte das intervenções em produtos, serviços e da área de alimentos (66,67%). A ação de “informar sobre as atribuições da Visa”, referente à educação e comunicação em saúde para a população, é citada em 14 (58,34%) dos planos. “Solicitar ao gestor a adequação do destino do lixo das unidades de saúde e dos domicílios” é uma ação intersetorial citada dez vezes. Quanto às ações laboratoriais são mencionadas 13 vezes (destas duas estão relacionadas ao envio de amostras de alimentos em casos de surtos de intoxicação alimentar e 11 relacionadas com o monitoramento da água para o consumo humano). Já as ações dirigidas à integralidade da assistência à saúde são raramente parte do elenco das ações de programação da Visa.

Abaixo o Quadro 12 mostra a frequência das ações estratégicas encontradas.

Quadro 12: Frequência da citação de ações estratégicas nos planos.

Caracterização das ações estratégicas	Evidências	Frequência
Intervenção em produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde	Fiscalizar, inspecionar estabelecimentos e atualizar alvarás	24
	Adequar às condições higiênicas sanitárias da venda de carne e monitorar a adequação dos boxes no mercado municipal	16
	Inspeção de restaurantes e similares (barracas de feiras livres, serviços ambulantes, festas populares)	11
	Realização vigilância da água para consumo humano	11
	Atender 100% das denúncias	5
	Inspeccionar escolas e creches	3
	Inspeccionar o hospital municipal	2
Educação e comunicação em saúde para a população	Informar a população e equipe de saúde sobre as atribuições da Visa	14
	Informar comerciantes de alimentos sobre boas práticas de manipulação de alimentos	09
	Desenvolver ações educativas (pocilgas)	05
	Capacitar cabeleireiros	05
	Realizar ações educativas sobre dengue para a população	03
Ações que visem a integralidade da assistência da saúde	Prover interação da Visam com a sociedade, secretarias e Equipes de saúde da família	03
	Investigação de surtos de intoxicação alimentar	02
	Monitorar população exposta a solo contaminado	02
	Ação educativa junto à vigilância epidemiológica em Instituição de Longa Permanência de Idosos – ILPI	01
Ações intersetoriais	Solicitar ao gestor a adequação do destino do lixo das unidades de saúde e domiciliar	10
	Retirar pocilgas	06
	Sensibilizar gestor para reforma da estrutura física de serviços públicos municipais	02
	Retirar animais soltos nas ruas	02
Ações laboratoriais	Coleta e análise de amostras de produtos com suspeita de desvios de qualidade	13

Fonte: Planos de Ação de Visa, 24ª DIRES

Assim como no caso das ações estruturantes, muitas das ações de intervenção programadas se repetem nos anos subseqüentes. Neste caso, excluindo-se as ações de rotina, que devem ser trabalhadas permanentemente, como, por exemplo, a atualização do cadastro dos estabelecimentos, inspeções, liberações de licença sanitária, a repetição das demais ações suscitam o questionamento. Com efeito, não parece adequado que ações como: “*compor a equipe mínima*”, “*informar a equipe de saúde sobre as atribuições da Visa*”, “*impedir a comercialização de carnes que não atende a legislação vigente*”, “*impedir a criação de animais no perímetro urbano*” apareçam nos planos do mesmo município, ao longo de todos os anos do período estudado.

Destaque-se, entretanto, que foi observada uma boa evolução na elaboração dos documentos em dois municípios, em que houve predomínio das ações de intervenção sobre as de estruturação nos anos mais recentes, dando a impressão de melhoria das condições organizativas da Visa e melhor elaboração dos planos. Para sustentar esta afirmativa, pode-se observar que os planos B e V são do mesmo município e foram elaborados nos anos 2007 e 2011. Foi observado no plano B que, das 12 ações programadas, quatro foram de estruturação e oito, de intervenção. Já no plano V, das 15 ações programadas, apenas uma foi de estruturação e 14, de intervenção.

Também os planos E, M, Q e W, elaborados pelo mesmo município nos anos de 2007, 2009, 2010 e 2011, respectivamente, revelam uma melhoria na atuação da Visa. Nota-se que, no primeiro plano, elaborado em 2007, constavam cinco ações programadas, sendo uma estrutural e quatro de intervenção. Já em 2011, todas as nove ações programadas foram de intervenção. Isso pode ser um indício de um processo efetivo de planejamento.

Enfim, assim como no caso das ações estruturantes, no que se refere às ações de intervenção, há pouca consistência nos planos analisados (apenas um foi totalmente consistente neste aspecto – Quadro 13), considerando o conjunto das ações. Contudo, há que se notar que todos os planos previram a realização de intervenções em produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde e 14 (58,3%) anteviram a

execução de atividades de educação e comunicação em saúde para a população e 13 (54,16%) programaram ações laboratoriais. Foram as ações integrais e intersetoriais as menos contempladas nos planos municipais de Visa.

5.5.4. Síntese da análise de consistência dos planos

Para apurar a consistência geral dos planos – na análise da situação, nas ações estruturantes e nas ações de intervenção – elaborou-se a matriz abaixo, resumindo os resultados encontrados.

Quadro 13 – Síntese da análise de consistência nos Planos de Ação de Visa, 24ª DIRES, 2007 a 2011.

PLANOS	Consistência da análise situacional				Consistência das ações estruturantes	Consistênci a das ações de intervenção	Total de partes consistentes	Consistência geral do plano
	Situação de saúde da população	Riscos sanitários	Caracterização da Visa local					
			RH e RM	Est. Cada st				
A	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	03	Inconsistente
B	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	01	Inconsistente
C	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	04	Inconsistente
D	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	03	Inconsistente
E	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	04	Inconsistente
F	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0	Inconsistente
G	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	03	Inconsistente
H	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	04	Inconsistente
I	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	02	Inconsistente
J	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	03	Inconsistente
K	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	03	Inconsistente
L	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0	Inconsistente
M	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	Inconsistente
N	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	Inconsistente
O	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	Inconsistente
P	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	Inconsistente
Q	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	Inconsistente
R	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	4	Inconsistente
S	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	3	Inconsistente
T	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	Inconsistente
U	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	3	Inconsistente

V	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	3	Inconsistente
W	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	3	Inconsistente
X	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	3	Inconsistente
24 PLANOS	2	18	21	19	12 (50%) Consistentes ações estruturantes	01(4,16%) Consistente ação estratégica	73	Nenhum plano totalmente consistente
	Nenhum totalmente consistente na análise situacional							

Fonte: Planos de Ação de Visa, 24ª DIRES

Conforme Quadro 13, levando em consideração o conjunto das partes estudadas, nenhum plano é totalmente consistente. Analisando-os separadamente, metade (50%) apresentou consistência na programação das ações estruturantes. Apenas um documento foi considerado consistente no que se refere às ações estratégicas e nenhum plano foi considerado totalmente consistente na elaboração da análise situacional. Isto significa que predomina pouca consistência nos documentos analisados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais achados desse estudo podem ser resumidos da seguinte forma.

O estudo revelou que, diante das suas limitações, o Guia de Orientações do PDVISA é parcialmente consistente e proporcionou direcionalidade ao planejamento local, contribuindo para o avanço do planejamento da Visa nas realidades estudadas.

Quanto à estrutura dos planos municipais, verificou-se que a maioria dos planos seguiu o Guia de Orientações, organizando o documento nos seguintes itens: análise situacional da Visa local, definição das áreas temáticas, ações, atividades, metas propostas, meios de verificação, responsáveis, parceiros e recursos financeiros necessários. Em termos do número de municípios, 18(75%) seguiram as orientações do PDVISA, significando que houve uma boa adesão ao instrumento norteador.

Quanto à coerência interna, apenas dois (8,34%) dos 24 planos são completamente coerentes, ou seja, há coerência entre a análise situacional, os problemas priorizados, as ações propostas, as atividades previstas, as metas ou os resultados esperados, as competências dos responsáveis e a previsão de recursos financeiros. Tal achado, por si só, é revelador da incipiente qualidade dos planos municipais.

Considerando-se separadamente os diversos itens dos planos, observou-se maior frequência de planos coerentes quando analisadas as ações propostas e as atividades previstas (95,84%) seguidas de problemas priorizados/ações propostas (79,16%). A menor frequência por sua vez, foi observada na previsão de recursos financeiros dos diversos planos (2,08%). Note-se, portanto, que, em todos os itens, a maioria dos planos tem coerência, o que indica que, mesmo se a qualidade é incipiente, não pode ser considerada totalmente ruim.

No que diz respeito à análise situacional não houve planos consistentes. A maior inconsistência nos planos de Visa dos municípios da 24ª Dires da Bahia refere-se ao fato de 22 dos 24 planos não fazerem a identificação dos problemas de saúde na análise situacional. O oposto, quanto à identificação dos principais riscos sanitários e

à caracterização da Visa local, os planos, em sua maioria, apresentaram tais descrições.

Ao analisar as ações estruturantes, prevalece a inconsistência, pois oito dos planos não contemplam ações para fortalecimento da gestão, somente seis planos se referem à estrutura legal e o máximo alcançado, entre os itens que compõem as ações estruturantes, são doze alusões à necessidade de compor a equipe de Visa.

Quanto às ações estratégicas, há pouca consistência nos planos analisados (apenas um foi totalmente consistente). Contudo, há que se notar que todos os planos previram a realização de intervenções em produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde, 14 (58,3%) contemplaram a execução de atividades de educação e comunicação em saúde para a população e 13 (54,16%) programaram ações laboratoriais. Foram as ações integrais e intersetoriais as menos contempladas nos planos municipais de Visa.

O estudo revelou que no decorrer dos anos, os mesmos problemas estruturais são objeto de programação. Também foram observados planos com características bastante semelhantes no mesmo município e mesmo entre municípios diferentes. Destas constatações nascem questões que suscitam novos estudos: o planejamento não está conseguindo transformar a realidade das Visas dos municípios da 24ª DIRES? O planejamento tem sido realizado de forma cartorial, apenas cumprindo exigências formais? Os determinantes dos riscos sanitários identificados são por demais complexos e exigem grande articulação intersetorial que as ações planejadas pela Visa não tem conseguido alcançar?

De todo modo, aponta para a necessidade de promoção de processos de planejamento participativo que possibilitem a construção de instrumentos politicamente legítimos e tecnicamente consistentes que expressem as reais necessidades de fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com a adequada estruturação dos serviços locais de Visa.

Com vista à superação destes resultados, vê-se a necessidade que a DIRES em conjunto com a DIVISA, promova espaços que possibilitem a reflexão deste contexto

com a participação dos diversos atores sociais responsáveis pelo planejamento da vigilância sanitária a fim de apresentar proposições com o escopo de promover o fortalecimento do processo de planejamento das ações de vigilância sanitária não somente da região estudada, mas também de outras regionais.

Embora este trabalho tenha retratado planos de ação de Vigilância Sanitária de uma região do estado da Bahia, é possível que os resultados encontrados reflitam as realidades de municípios de outras regiões do estado ou mesmo de estados diferentes, abrindo perspectivas para novos estudos.

Vilasbôas relata que “o plano bem feito não é garantia de sua execução e transformação da realidade, porém é fundamental para a reflexão da realidade e saber aonde se quer chegar”.

Enfim, os planos estudados são frágeis, tanto no que se refere à coerência e à consistência. Ainda que se reconheça um avanço no sentido de que, antes do PDVISA, não havia plano nenhum, é preciso admitir que os planos estejam longe de atender à necessidade de ações de Vigilância Sanitárias bem estruturadas.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L. e FREIRE, T. Consistência interna dos itens. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Escola de Engenharia. Disponível em <<http://e-repository.tecminho.uminho.pt/poaw/MIEP60web/>>. Acesso em 03/08/2012.
2. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 disponíveis em<http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt_25%20_201_decreto_7508.pdf>acesso em 24/10/2011
3. BRASIL, 2007. Guia de orientações para a elaboração do plano de ação em vigilância sanitária. PDVISA Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Planejamento, Programação, Pactuação e Monitoramento das ações de Visa. Versão 1.2. 2007; disponível em http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/guia_plano_acao.pdf acesso em 28/09/2011;
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. .Plano Diretor de Vigilância Sanitária / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1. ed.– Brasília : Anvisa, 2007.56 p. disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_livro.pdf> acesso em 28/09/2011
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos – 2. ed. – Brasília, 2009.56 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2)
6. BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.34 p. disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf> acesso em 24/10/2011;
7. BRASIL. ANVISA. Portaria GM/MS nº. 1.052, de 08/05/2007. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/portaria_1052.pdf> acesso em 24/10/2011;
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º95, de 26 de janeiro de 2001. Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília, 2001.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar -2. ed. revista e atualizada. – Brasília, 2002.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS– Brasília, 2006. (68 p.) (Serie B – Textos Básicos de Saúde).
11. COSTA, E.A. Saúde e cidadania in Vigilância Sanitária/Org Francisco Eduardo de Campos, Gustavo Azeredo Furquim Werneck., Lidia Maria Tonon. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 129p. (Cadernos de Saúde; 4);
12. COSTA, E.A. Vigilância Sanitária. Proteção e Defesa da Saúde. Segunda Edição aumentada/São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 496 p.
13. Centro Pan-americano de Planificação em Saúde. Formulacion de políticas de salud, 1975, 35 p. (s.n.t.);
14. EDUARDO, M. B. de P. Vigilância Sanitária, volume 8 – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. Série Saúde e Cidadania.
15. JESUS W. L.Z, Teixeira CF. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2383-2393, 2010.
16. LEITE, H.J.D; NAVARRO, M.V.T. Risco potencial: um conceito de risco operativo para vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (org) Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: Edufba, 2009, p. 61-82.
17. LUCCHESI, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Org.). Cadernos de Textos da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2001, v. , p. -.
18. MACHADO, P.H.B., LEANDRO, J.A., MICHALISZYN, M.S. (Organizadores) Saúde Coletiva: Um campo em construção. Curitiba. IBPEX, 2006. 344 p.
19. MARANGON, M.S., Silva, M e Costa, E. A. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005) **Revista de Administração Pública RAP** — Rio de Janeiro 43(2):457-79, MAR./ABR. 2009;
20. MATUS, C. **O plano como aposta**. São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991.

21. MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2 ed Tomo I. Brasília: IPEA, 1993. 293 p;
22. MATUS, C. Política, planejamento e governo. Tomo I e Tomo II. Série 143 Brasília: IPEA; 1993.
23. MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 1995.
24. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. – São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.;
25. PAIM, J.S. e TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública. 2006: 40 (N Esp) 73-8;
26. PAIM, J.S. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W. (org) ET AL. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro HUCITEC/ABRASCO, 2006 p. 767-782.
27. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. ANVISA. Versão 2.0. Brasília, 14 de dezembro de 2006. Disponível em <www.anvisa.gov.br> acesso em 03/08/2012.
28. Plano de Ação de Vigilância Sanitária e Ambiental, Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2010;
29. PIOVESAN M. F.et al.Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira Epidemiologia** 2005; 8(1): 83-95
30. Regiões de Assistência em Saúde, disponível em <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/Resultado.asp?DIRES=24+-+CAETIT%C9&Button1=Ok> acesso em 20/11/2011
31. TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):287-303, 1999
32. TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador. : EDUFBA, 2010 161 p.
33. TEIXEIRA, A. P. C. P. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária: uma proposta para avaliar sua implantação da saúde**. Dissertação de Mestrado. ISC/UFBA, 2009. 117 p.
34. TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde**. Editora HUCITEC ABRASCO São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

35. TESTA, M. **Pensar em salud**. 3ª Ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004, p. 85-125;
36. VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009;
37. VIGILÂNCIA SANITÁRIA/Org Francisco Eduardo de Campos, Gustavo Azeredo Furquim Werneck., Lidia Maria Tonon. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.129p. (Cadernos de Saúde; 4)
38. VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/EPJU/PROFORMAR, 2004. 68p.
39. VILASBÔAS, A. L. Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006, 129p.

APÊNDICE A

Identificação dos municípios que elaboraram os planos de ação de Visa

MUNICÍPIOS	ANOS									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Caculé										
Caetité										
Ibiassuçê										
Igaporã										
Jacaraci										
Lagoa Real										
Licínio de Almeida										
Mortugaba										
Riacho de Santana										
Rio do Antônio										
Tanque Novo										
Total de planos										

LEGENDA

S = municípios que elaboraram planos de ação

N= municípios que não elaboraram planos de ação

APÊNDICE B

Formulário para coleta de dados primários para comparação com o Guia de Orientações

MUNICÍPIO:

ANO DE ELABORAÇÃO DO PLANO:

Itens encontrados nos planos Itens previstos no Guia	SIM	NÃO
Análise situacional da Visa local		
Definição das áreas temáticas		
Ações		
Atividades		
Metas propostas		
Meios de verificação		
Responsáveis		
Parceiros		
Recursos financeiros necessários		

APÊNDICE C

Análise de coerência das ações

Município _____ Ano _____

CRITÉRIOS	EVIDÊNCIAS
Análise situacional X problemas priorizados	
Problemas priorizados X ações propostas	
Ações propostas X atividades	
Ações propostas X metas / resultados esperados	
Ações propostas X competência dos responsáveis	
Previsão de recursos financeiros	

APÊNDICE D

Análise da consistência técnica dos planos de ação

Município _____ Ano _____

	Categorias		Evidências
Análise situacional	Indicadores de saúde		
	Identificação de riscos sanitários		
	Caracterização da Visa local	Descrição de recursos humanos e materiais	
		Especificação de estabelecimentos cadastrados	
Caracterização das ações estruturantes	Estrutura legal		
	Estrutura física e recursos materiais		
	Estrutura administrativa e operacional		
	Gestão de pessoas		
	Fortalecimento da gestão		
Caracterização das ações estratégicas	Intervenção em produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde		
	Educação e comunicação em saúde para a população		
	Ações que visem à integralidade da assistência da saúde		
	Ações intersetoriais		
	Ações laboratoriais		