

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CASSIANA DUARTE DO AMARAL ALBUQUERQUE

PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DA VISA/MAFRA

RIO NEGRO
2011

CASSIANA DUARTE DO AMARAL ALBUQUERQUE

PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DA VISA/MAFRA

Projeto Técnico apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Departamento de Administração Geral e Aplicada, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Ms. Rosele Paschoalick

RIO NEGRO
2011

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1: Área Rural e Urbana em km ²	20
Gráfico 1: População total de Mafra no período de 1980 a 2010	20
Tabela 2: Tipos de Estabelecimentos	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO GERAL.....	5
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	5
2 REVISÃO TEÓRICA	8
3 METODOLOGIA	18
4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA	19
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	19
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	19
4.2.1 Área urbana e Rural	19
4.2.2 População Total e Crescimento Populacional	20
4.2.3 Unidades de Saúde no Município.....	20
5 PROPOSTA	22
5.2 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA E PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	22
5.3 RECURSOS	22
5.4 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO- CORRETIVAS	22
6 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

Este projeto está sendo realizado na sede da Vigilância Sanitária (VISA) da cidade de Mafra que conta com uma população de 52.912 habitantes, situada no planalto norte de Santa Catarina - SC. As principais atividades econômicas no município são: a cultura agrícola, a indústria de transformação e o comércio. (IBGE, 2010).

Os serviços de saúde no município são oferecidos por 12 postos de saúde, um hospital, um maternidade, um pronto atendimento geral, dois centros de saúde e um centro de atenção psicossocial (CNESnet, 2011).

O departamento de VISA municipal de Mafra é um dos pioneiros no estado de SC, existe formalmente desde 1991. Seu código Sanitário foi instituído com a publicação da Lei Municipal nº 1860 de 28 de dezembro de 1992. Até então a VISA municipal trabalhava em conjunto com os servidores do Estado e somente a regulamentação de tal lei, através do decreto municipal nº 2310 de 27 de março de 1996 foi firmado com o estado o convênio nº 6577/96, que possibilitou ao município o recolhimento aos cofres municipais das taxas referentes às ações desenvolvidas.

A vigilância sanitária desenvolve suas atividades de acordo com prévia pactuação efetuada entre os governos Estadual e Federal. A pactuação é o acordo onde são definidas as responsabilidades de gestão nas 3 esferas de governo. A partir de 2008, para efetuar e formalizar o processo de pactuação, a VISA municipal necessitou elaborar um plano de ação descrevendo todas as atividades que pretendia realizar no período de um ano e comprovar a capacidade para tal.

O Plano de Ação Municipal de Vigilância Sanitária é uma ferramenta de programação e planejamento local, composta por dados, informações e documentos, elaborada pela equipe de Vigilância Sanitária, com a participação do Secretário de Saúde e representantes dos demais órgãos e setores da estrutura municipal, envolvidos técnica, operacional e financeiramente com a situação e atividades de VISA. Deve ser elaborado para um período de um ano, com ações programadas por trimestre. O planejamento no setor saúde é de extrema importância, visto que se apresenta como um relevante mecanismo de gestão que

visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. (WWW.VIGILANCIASANITARIA.SC.GOV.BR)

Este projeto técnico foi desenvolvido com a finalidade de investigar situações de vulnerabilidade e propor as mudanças necessárias para a Vigilância Sanitária, assim sugere a elaboração de um novo Plano de Ação para o setor.

1.2 OBJETIVO GERAL

Atualizar o Plano de Ação da Vigilância Sanitária do município de Mafra.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

A VISA deve desenvolver o seu trabalho de acordo com o previsto no Plano Municipal de Saúde e em sintonia com o Pacto pela Saúde e com o Plano Diretor de VISA, o PDVISA. O primeiro estabelece as diretrizes norteadoras para a gestão da VISA pelas três instâncias de governo.

O pacto pela saúde define “O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Considerando a orientação feita pela Diretoria Estadual de VISA – DIVS, para a gestão e pactuação da VISA pelos municípios, exposta no detalhamento das ações de VISA, o qual enfatiza:

A gestão e execução das ações de VISA pelas instâncias municipais devem ser assumidas mediante prévio planejamento, programação, conhecimento e ordenação das responsabilidades, tanto na regulação, controle, avaliação e auditoria, quanto na gestão do trabalho, na educação em saúde e na participação e controle social. (www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br)

Segundo relato do responsável pelo setor, as ações da Vigilância municipal ainda baseiam-se no plano de ação elaborado em 2008, pois nenhum outro plano foi elaborado após este.

Assim, a atualização do plano de ação se faz necessária, devido às características esperadas da Vigilância, tais como: submeter-se a avaliações freqüentes, de forma que possa se adequar às peculiaridades do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em cada momento; pela necessidade de haver um

acompanhamento contínuo de específicos eventos adversos à saúde, para então estabelecer as bases técnicas, bem como as normas para elaboração e implementação dos respectivos programas de controle e principalmente, porque os sistemas de vigilância devem ser adequados, periodicamente, às condições da estrutura e grau de desenvolvimento e complexidade tecnológica do SNS (WALDMAN; ROSA, 1998).

O Plano de Ação em Vigilância Sanitária deve conter todas as ações que a VISA pretende fazer durante um ano, retratar a realidade local regional, assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações. Funciona como um facilitador da pactuação que ocorre entre municípios e estados para a definição das ações a serem realizadas por cada ente. É também uma ferramenta que deve ser monitorada e avaliada, pois seu conteúdo pode ser utilizado quando da elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS e do próprio Plano de Ação do ano seguinte (ANVISA, 2007).

Cabe ressaltar que os sistemas de vigilância variam em metodologia, abrangência e objetivos, não obedecendo a uma única versão aplicável em todos os casos. Devem variar adequando-se às características dos serviços de saúde existentes, ou seja, aos recursos humanos e financeiros, bem como ao grau de complexidade das tecnologias disponíveis (WALDMAN; ROSA, 1998).

Os dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Destacam-se, por exemplo, os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, etc.), as informações sócio-econômicas (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), as questões ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os indicadores de saúde e estrutura dos serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente) (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001, p. 188).

A estrutura epidemiológica se apresenta de forma dinâmica, modificando-se continuamente no tempo e no espaço e definindo o que pode ser considerado ocorrência “normal” ou “anormal” da doença em uma determinada população, em determinado tempo e espaço. (BRASIL, 1998).

É importante lembrar que à medida que as cidades crescem as inter-relações entre o meio físico e os aspectos biológicos, psicológicos e sociais tornam-se cada vez mais complexas. Em decorrência da acelerada urbanização e expansão da malha urbana, os problemas do ambiente urbano que geralmente estão ligados população, estão diretamente relacionados à habitação, à gestão dos resíduos gerados, a contaminação da água e à poluição atmosférica. Se tais problemas não forem corrigidos de maneira eficaz, torna-se mais comum a proliferação de doenças e de seus vetores. Dessa forma, a utilização de indicadores atualizados é de extrema importância para a saúde coletiva. (GALLO; MORATO).

A resolutividade das ações de VISA, tendo em vista a proteção da saúde, deve incluir um sistema de informação estruturado que permita o monitoramento, com indicadores específicos e capazes de fazer a mediação com os problemas de saúde.

Para que se caminhe em busca da maior eficácia da ação reguladora em Vigilância Sanitária é necessário, além do controle dos riscos advindos do desenvolvimento tecnológico, a inclusão dos riscos relacionados aos grandes problemas sanitários – elencados no próprio Plano Nacional de Saúde – dada a expressão do perfil epidemiológico brasileiro, no qual se superpõem problemas da modernidade aos antigos problemas de saúde, típicos do atraso econômico e cultural e da desigualdade de acesso (ANVISA, 2007).

2 REVISÃO TEÓRICA

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político institucional. No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde. (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

Nessa mesma época, começa o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

O capítulo dedicado à saúde na Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas

décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III) (EDUARDO; MIRANDA, 1998, p.14).

No âmbito do SUS, a vigilância sanitária representa um poderoso mecanismo para articular poderes e níveis de governo e para impulsionar ações e movimentos de participação social. Suas ações se estruturaram nos séculos XVIII e XIX, com a finalidade de evitar a propagação de doenças nos agrupamentos urbanos que estavam surgindo. Tal atividade era tarefa exclusiva do Estado, por meio da polícia sanitária. No final do século XIX houve uma reestruturação da vigilância sanitária, incentivada pelas descobertas no campo bacteriológico e terapêutico (EDUARDO; MIRANDA, 1998; VASCONCELLOS, 2009).

A partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político afeiçoaram a visão atual da vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (LIMA, 2011).

A concepção de Vigilância Sanitária foi sendo ampliada no decorrer do tempo, de forma que abrangesse a multiplicidade de objetos e instrumentos cada vez mais complexos para a realização de seus objetivos. Assim, Vigilância Sanitária pode ser compreendida, hoje, como um conjunto integrado de ações legais, técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização, que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando a proteção e a promoção da saúde da população (PIOVESAN, 2002, p. 22).

De acordo com Langmuir (1963) *apud* Waldman; Rosa (1998, p. 91):

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros

dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

A portaria GM 3.252, publicada em 22 de dezembro de 2009 pelo Ministério da Saúde (MS), define os componentes da vigilância em saúde como sendo: vigilância epidemiológica, promoção da saúde, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

A vigilância epidemiológica é responsável por acompanhar o desenvolvimento das doenças na sociedade, bem como reunir informações a fim de conhecer, detectar ou prever mudanças nos fatores condicionantes do processo saúde-doença. A vigilância em saúde ambiental é definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.” Já a saúde do trabalhador envolve um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária. (SETA; REIS; DELAMARQUE, 2010).

A vigilância em saúde se utiliza de uma associação de tecnologias, para enfrentar problemas e determinantes da saúde. A vigilância em saúde tem sido reconhecida como um modelo de atenção, como uma forma tecnológica de intervenção em saúde ou como via para a construção e implementação do princípio da integralidade do SUS. (PAIM; ALMEIDA 2000 *apud* MONKEN; BATISTELLA).

A vigilância sanitária detém poder de polícia administrativa no âmbito da saúde. Tal poder incide sobre pessoas jurídicas e não sobre pessoas físicas, através de atividades de inspeção e fiscalização sanitária (SETA; REIS; DELAMARQUE, 2010).

Segundo Eduardo; Miranda (1998, p. 6), destacam-se quatro dimensões inerentes à prática de vigilância sanitária:

- a. A *dimensão política*: como uma prática de saúde coletiva, de vigilância da saúde, instrumento de defesa do cidadão, no bojo do Estado e voltada para responder por problemas, situa-se em campo de conflito de interesses, pois prevenir ou eliminar riscos significa interferir no modo de produção econômico-social. Essa é sua dimensão política, relacionada ao propósito de transformação ou mudança desses processos em benefício, *a priori*, da população. Contudo, os entraves serão maiores ou menores dependendo, de um lado, do grau de desenvolvimento tecnológico dos setores produtores e prestadores, de suas consciências sanitárias ou

mercantilistas, e, de outro, da concreta atuação e consciência dos consumidores.

b. A *dimensão ideológica*, que significa que a vigilância deve responder às necessidades determinadas pela população, mas enfrenta os atores sociais com diferentes projetos e interesses.

c. A *dimensão tecnológica*, referente à necessidade de suporte de várias áreas do conhecimento científico, métodos, técnicas, que requerem uma clara fundamentação epidemiológica para seu exercício. Nessa dimensão está incluída sua função de avaliadora de processos, de situações, de eventos ou agravos, expressa através de julgamentos a partir da observação ou cumprimento de normas e padrões técnicos e de uma conseqüente tomada de decisão.

d. A *dimensão jurídica*, que a distingue das demais práticas coletivas de saúde, conferindo-lhe importantes prerrogativas expressas pelo seu papel de polícia e pela sua função normatizadora. A atuação da Vigilância Sanitária tem implicações legais na proteção à saúde da população, desde sua ação educativa e normativa, estabelecendo obrigatoriedades ou recomendações, até seu papel de polícia, na aplicação de medidas que podem representar algum tipo de punição. Assentada no Direito Sanitário, sua atuação se faz no plano do jurídico, o que significa que qualquer tomada de decisão afeta esse plano. Para isso suas ações devem estar corretamente embasadas em leis. Torna-se imprescindível para aquele que exerce a ação o conhecimento dos instrumentos processuais, das atribuições legais e responsabilidades.

A Vigilância Sanitária está definida e regulamentada na lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º, parágrafo 1º:

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

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

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.”

Essa definição amplia seu campo de atuação, pois ao ganhar a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se uma prática com poder de interferir em toda a reprodução das condições econômico-sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo “saúde-doença”.

O conteúdo da legislação permite que se perceba e analise a vigilância sanitária como um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade de atuar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário e os ambientes às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a

coletividade, assim como às necessidades do sistema de saúde. A estruturação da vigilância sanitária é requisito fundamental para a implantação do SUS, em especial devido ao seu poder normativo e fiscalizador dos serviços contratados e da qualidade dos insumos terapêuticos consumidos pelos serviços (VASCONCELLOS, 2009).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde está diretamente relacionada com as formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. O conceito de saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento. (RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Apesar da regulamentação sanitária apresentar origens remotas, a vigilância sanitária se instituiu paralelamente à revolução industrial e assume diferentes configurações em cada lugar, em função de valores culturais, políticos e econômicos, relacionados com a divisão internacional do trabalho, pois o grau de desenvolvimento tecnológico da produção determina funções diferenciadas para a regulação nessa área. (LUCCHESI, 2001).

A reestruturação na área de vigilância sanitária caracterizou-se, no plano federal, pela reformulação do modelo institucional e criação de uma autarquia especial – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que incorporou as competências da secretaria ministerial que lhe precedeu e outras funções anteriormente situadas nas competências do Ministério da Saúde. A partir da estruturação da ANVISA vêm-se estabelecendo pactos com os Estados e se definiram novas bases de financiamento, que têm significado um rico processo de dinamização da área com avanços na direção da estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (TEIXEIRA; COSTA, 2001, p. 10).

Após a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (I CONAVISA), em novembro de 2001, surgiu a necessidade de elaboração de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária nas três esferas de governo, a partir de ampla discussão, a fim de garantir a participação de setores e segmentos da sociedade, conselhos de saúde, setor regulado e trabalhadores do SUS. Um plano que considerasse o perfil epidemiológico da população e a diversidade dos problemas existentes no território. Após discussão de quase um ano e meio, envolvendo uma grande quantidade de pessoas e instituições, foi elaborado o PDVISA, publicado no Diário Oficial da União do dia 08 de maio de 2007 sob a forma de uma Portaria GM/MS Nº 1.052. (RIOS, 2009).

O PDVISA é um instrumento de eleição de prioridades que busca reconhecer a diversidade do país e respeitar a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locais. Seu objetivo é orientar mecanismos de planejamento e integração, permitindo a definição de responsabilidades e contemplando os instrumentos de pactuação do Sistema Único de Saúde. Apresenta cinco eixos de discussão, buscando contemplar as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. São eles: Organização e Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS; Ação Regulatória: Vigilância de Produtos, de Serviços e de Ambientes; A vigilância Sanitária no Contexto da Atenção Integral à Saúde; Produção do Conhecimento, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico; Construção da Consciência Sanitária: Mobilização, Participação e Controle Social. (BRASIL, 2007).

Apesar das modificações havidas nos enfoques conceituais ao longo dos últimos dois séculos e da ampliação do campo de atuação mais recentemente, a prática de vigilância sanitária parece manter suas características mais antigas, especialmente as atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, na observação do fato, no licenciamento de estabelecimentos, no julgamento de irregularidades e na aplicação de penalidades, funções decorrentes do seu poder de polícia. Essas são suas características mais conhecidas pela população ainda nos dias de hoje. Suas outras características, normativa e educativa, representam um importante passo na evolução de uma consciência sanitária e em sua finalidade de defesa do direito do consumidor e da cidadania. (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

As novas tecnologias e o impacto causado por elas, assim como, a disseminação das informações têm proporcionado aos usuários e aos fornecedores de produtos e serviços de saúde e de interesse da saúde, o conhecimento dos seus direitos, exigindo cada vez mais, a intervenção das atividades de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2007).

Um novo modelo de atenção à saúde somente ocorrerá com o compromisso e a participação de gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Dessa forma, são necessárias mudanças tanto na cultura organizacional, quanto nas relações de trabalho e, principalmente, nos valores e modos de vida da população. As mudanças institucionais pressupõem a prática e o aperfeiçoamento da gestão participativa, com valorização dos profissionais, redirecionamento da lógica de organização dos serviços para o usuário e mudanças subjetivas que implicam no auto-cuidado e na

melhoria da qualidade de vida. É preciso aceitar a diversidade e celebrar as particularidades, implantando um processo de monitoramento que envolva gestores, prestadores de serviço, trabalhadores e usuários, no sentido de buscar soluções criativas e inovadoras. (CONASEMS, 2006).

Tendo em vista a natureza do objeto da vigilância sanitária – proteção e defesa da saúde com abrangência à esfera da promoção e a repartição interinstitucional de competências sobre seus objetos de cuidado (saúde, trabalho, meio ambiente, etc.) – a efetividade das ações requer um esforço de articulação e integração intrasetorial e o uso concomitante de vários instrumentos. (CAMPOS; WERNECK; TONOM, 2001).

A partir da publicação do Pacto pela Saúde, os gestores das três esferas de governo firmaram um pacto onde assumiram a responsabilidade sanitária pela população. Esse momento gerou significativas mudanças no que diz respeito ao financiamento, com a integração das várias formas de repasse e ao processo de planejamento, considerando a unificação dos vários pactos até então existentes. A edição da portaria que trata do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) considera que é fundamental aprimorar o controle e avaliação e, conseqüentemente, o monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento (BRASIL, 2007).

O PlanejaSUS prevê 3 instrumentos: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RG). Assim, o Plano de Ação em VISA está inserido no planejamento da saúde e tem relação com esses instrumentos, seja se utilizando deles para a sua construção, seja fornecendo informações para seu acompanhamento e avaliação. (SUVISA, 2007).

O processo de pactuação das ações de vigilância sanitária é um dos setores que se adaptou ao novo modelo de concepção sistêmica proposto pelo Pacto pela Saúde e suas dimensões. Seu financiamento foi totalmente reestruturado e passou a fazer parte do bloco da Vigilância em Saúde, o qual deve ser utilizado para fomentar as ações priorizadas no Plano de Ação em VISA, em associação às contrapartidas de cada ente. A Portaria GM/MS nº. 204, de 29/01/2007, regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, divididos em cinco blocos de financiamento, entre eles a Vigilância em Saúde, que possui dois componentes: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, o qual configura o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS); e Vigilância Sanitária, o qual configura o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

(TFVISA). Os recursos federais repassados mediante esse bloco devem ser utilizados conforme a Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP-VS) e a Programação Anual de Saúde. (ANVISA, 2007).

A ANVISA define o TFVISA como “o conjunto de recursos que a ANVISA repassa a estados e municípios para que esses entes realizem as atividades de Vigilância Sanitária.” Ele divide-se em: Teto Financeiro de Vigilância sanitária de cada Estado; do Distrito Federal e de cada município.

O TFVISA de cada município é definido mediante o Piso Estruturante e o Piso Estratégico, que é calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante por ano, desde que os municípios estejam pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O município interessado em receber o piso estratégico deve formular o seu plano de Ação, contendo todas as ações de vigilância sanitária que pretende realizar. Após isso, deverá encaminhá-lo para aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Uma vez aprovado no Conselho, o Plano deve ser discutido com o estado e enviado para a CIB para homologação da pactuação realizada. Somente após a chegada desse documento, o município pactuado irá começar a receber o valor correspondente ao piso estratégico. Não é necessário aguardar que todos os municípios pactuem para enviar a homologação da CIB. (ANVISA, 2007).

A gestão pública, assim como as empresas privadas e organizações do terceiro setor, se utilizam de técnicas de planejamento, objetivando a sua consolidação à curto, médio ou longo prazo. Planejamento é um processo gerencial que diz respeito à formulação de objetivos para seleção de programas de ação e para sua execução, levando-se em conta as condições internas e externas à organização e sua evolução esperada. Também considera premissas básicas que a organização deve respeitar para que todo o processo tenha coerência e sustentação. Como parte das políticas governamentais de saúde a serem desenvolvidas pelo Estado, a vigilância sanitária não poderia ficar fora dos processos de planejamento. Dessa forma, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária se configura como instrumento de reafirmação da vigilância sanitária no campo da Saúde Pública, devendo ser trabalhado em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. O PDVISA trouxe com ele a necessidade de formulação de Planos de Ação como componentes eficientes do processo de planejamento. (RIOS, 2009)

As vigilâncias sanitárias municipais deverão pactuar as ações com as Vigilâncias Sanitárias estaduais e estas com a ANVISA/MS, tendo como base um elenco norteador. Tais ações serão planejadas e programadas nos Planos de Ação de Vigilância Sanitária, inseridos nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. Os Planos de Ação deverão ser aprovados nos Conselhos de Saúde, homologadas em CIB's e acompanhados e avaliados periodicamente pelos gestores municipais, estaduais e federais (ANVISA, 2007).

O Plano de Ação em VISA é uma ferramenta de planejamento, em que estão descritas todas as ações que a vigilância sanitária pretende realizar durante um exercício (um ano), assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações. Nesse sentido, ele busca dar concretude ao PDVISA e incorpora a lógica sistêmica do PlanejaSUS (ANVISA, 2007, p. 4).

Para a elaboração do Plano de ação deve-se considerar: as diretrizes, prioridades e iniciativas do Pacto pela Saúde, o PDVISA e o Plano de Saúde do município, que deve conter: análise de riscos sanitários, da situação de saúde e necessidades sociais; análise de recursos físicos, humanos e financeiros necessários a execução das ações de vigilância sanitária e a definição de prioridades loco regionais. É importante ressaltar que o Plano de Ação em VISA está previsto no Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e na PAP-VS (SUVISA, 2007).

Assim, a estruturação e a operacionalização das ações de Vigilância Sanitária no município, devem partir da elaboração do Plano de Ação de Vigilância Sanitária, constituído do diagnóstico de situação, que contemple o conhecimento dos problemas sanitários, do universo dos estabelecimentos ou áreas a serem fiscalizadas (Cadastramento dos estabelecimentos), do grau de risco potencial ou inerente das atividades desenvolvidas nos estabelecimentos, do dimensionamento da infra-estrutura existente e necessária, da definição de prioridades e das ações programáticas a serem assumidas, definindo os objetivos, as metas, os programas e a estratégia de implantação ou de implementação das ações (ANVISA, 2007).

A garantia de que os recursos repassados à Vigilância Sanitária sejam bem utilizados pressupõe um planejamento bem feito. Dessa forma, além do Plano de Saúde e da Programação Anual de Saúde, o Plano de Ação em Visa constitui papel fundamental para a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de vigilância sanitária. A efetividade das ações nas vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, parte de um planejamento adequado, capaz de evidenciar e

acompanhar a previsão, alocação, utilização e avaliação dos recursos financeiros que dão suporte às ações. O Plano de Ação em VISA subsidiará a negociação que os municípios farão com os respectivos estados, no que diz respeito à definição das ações de Vigilância Sanitária que cada ente executará e ao fluxo de repasses financeiros. Essa negociação acontecerá de acordo com a organização administrativa e a dinâmica estabelecida no âmbito de cada estado, devendo, por fim, ser pactuada na CIB, inclusive no que compete a normatizações complementares que se façam necessárias para a formalização dos pactos estabelecidos. (ANVISA, 2007).

3 METODOLOGIA

A atualização do Plano de Ação da Vigilância Sanitária do município de Mafra-SC prevê as etapas de diagnóstico ou identificação das vulnerabilidades do setor. Nesta fase foi utilizada a base de dados do Sistema de Saúde do município. Também foi realizada uma revisão bibliográfica com base na legislação, de forma a respaldar a elaboração do Plano de Ação VISA/MAFRA – 2012.

A etapa seguinte do processo de diagnóstico situacional foram as reuniões com o diretor e uma das fiscais da VISA municipal. Onde obtive as informações referentes à estrutura dos serviços. Na fase de proposição entrei em contato com o diretor para obter autorização para atualização do Plano de Ação utilizado, bem como para ter acesso a dados e informações que facilitem o trabalho de revisão.

A revisão do plano será desenvolvida da seguinte forma: análise situacional do município, elaboração de metas, detalhamento das atividades a serem desenvolvidas e resultados esperados.

Como previsão para a apresentação dessa nova versão agendarei reuniões com os gestores, onde apresentarei as etapas imprescindíveis para a atualização do Plano já existente, assim como a continuidade necessária para que a VISA municipal receba os recursos financeiros da ANVISA a partir do Plano de Ação.

4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

A Vigilância Sanitária no município de Mafra iniciou suas atividades após a criação do código sanitário municipal em dezembro de 1992, sendo considerada uma das pioneiras no estado de Santa Catarina.

Desenvolve suas atividades de acordo com prévia pactuação entre os governos Estadual e Federal, onde são definidas as responsabilidades de gestão nas três esferas de governo. A partir de 2008, para efetuar e formalizar o processo de pactuação, a VISA municipal necessitou elaborar um plano de ação descrevendo todas as atividades que pretendia desenvolver no período de um ano e comprovar a capacidade para tal. As ações da Vigilância municipal ainda baseiam-se neste plano de ação, pois nenhum outro plano de ação foi elaborado após este.

A agência da VISA na cidade de Mafra é composta por 10 funcionários, divididos entre: sete fiscais sanitários, um diretor, um auxiliar administrativo e um motorista.

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A situação problema encontrada foi a utilização de um Plano de ação elaborado no ano de 2008. Cabe ressaltar as modificações no município ocorridas até hoje e a importância das ações da VISA se adequarem periodicamente ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde. Assim, se faz necessária uma atualização de todos os indicadores do município. Na seqüência estão alguns dos principais a serem revistos, relacionados ao crescimento populacional e aos serviços de saúde.

4.2.1 Área urbana e Rural

O município de Mafra possui uma grande extensão de territorial na zona rural (1.318,32 km²), representando 93,74% da área total do município, que é de 1.406,32 m².

Perímetro Urbano	Zona Rural	Área Total
88,00	1.318,32	1.406,32

TABELA 1: Área Rural e Urbana em km²

FONTE: Perfil Sócio Econômico do Município de Mafra – 2006

4.2.2 População Total e Crescimento Populacional

A cidade de Mafra conta com uma população de 52.912 habitantes, apresentou um aumento de 6% na população entre o censo de 2000 e 2010, sendo a 25ª cidade catarinense no ranking populacional. O gráfico 1 demonstra o crescimento populacional nos dez últimos anos.

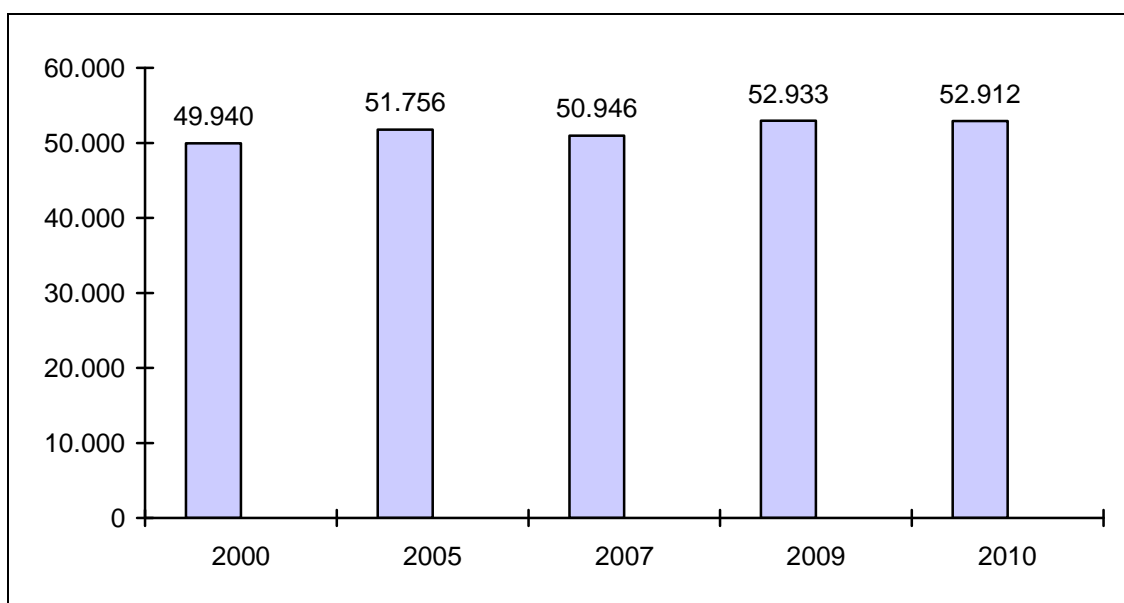


GRÁFICO 1: População total de Mafra no período de 1980 a 2010

FONTE: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia.

4.2.3 Unidades de Saúde no Município

Descrição	Total
Postos de Saúde	12
Centro de Saúde/Unidade Básica	2
Policlínica	1
Hospital Geral	1
Hospital Especializado (maternidade)	1
Pronto Socorro Geral	1
Consultório Isolado	34

Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade	14
Unidade de Apoio, Diagnose e Terapia	7
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar	1
Hospital Dia/Isolado	1
Secretaria de Saúde	2
Centro de Atenção Psicossocial	1

TABELA 2: Tipos de Estabelecimentos**FONTE:** <http://cnes.datasus.gov.br>

Em relação à morbidade, conforme dados do IBGE, no ano de 2007 houve 161 óbitos hospitalares, sendo 93 homens e 68 mulheres. No ano de 2010 esse número cresceu para 204, sendo 115 homens e 89 mulheres.

5 PROPOSTA

Atualizar o Plano de Ação da Vigilância Sanitária do município de Mafra no prazo de 6 meses, envolvendo os profissionais da Vigilância Sanitária e da Secretaria de Saúde Municipais a partir da revisão do plano existente, da revisão dos indicadores municipais e à luz da legislação.

5.2 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA E PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Para atualização do Plano de Ação se faz necessária inicialmente, a análise situacional da VISA/MAFRA, pois é a partir desse diagnóstico que serão definidas as ações que o setor pretende realizar durante o ano. Em seguida, deve-se estabelecer relação com os eixos e diretrizes do PDVISA, descrevendo: as ações e áreas temáticas nas quais se inserem; metas, resultados esperados e seus meios de verificação; responsáveis e parcerias e os recursos humanos e materiais necessários.

O Plano deve ser elaborado por uma comissão constituída por integrantes da Vigilância Sanitária Municipal, bem como da Secretaria Municipal de Saúde.

O Plano de Ação deverá ser encaminhado para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde. Uma vez aprovado, deve ser discutido com o estado de Santa Catarina e enviado para a Comissão Intergestores Bipartite para homologação da pactuação realizada. Devendo ser acompanhado e avaliado periodicamente pelos gestores municipais, estaduais e federais.

5.3 RECURSOS

O Plano de Ação deverá ser revisto por uma comissão constituída de funcionários da VISA municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, não sendo necessário ampliar os recursos humanos, materiais ou equipamentos já existentes.

5.4 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Não se aplica.

6 CONCLUSÃO

Neste projeto técnico, buscou-se demonstrar a importância da atualização do Plano de Ação da Vigilância Sanitária, instrumento este fundamental para que a VISA municipal obtenha os recursos repassados pela ANVISA e os aplique de maneira adequada.

Por meio do Plano de Ação é possível realizar uma gestão eficaz, chegar aos resultados esperados, visando o constante aperfeiçoamento e crescimento do setor e conseqüentemente de seus funcionários. Além de valorizar a pluralidade de atribuições da Vigilância Sanitária, com a inclusão de políticas públicas que dêem suporte e estruturação adequada ao órgão regulador frente à dinâmica do setor regulado.

Destaca-se ainda a importância da constante atualização em VISA, para estimular a informação e educação sanitárias, instrumentos importantes para a criação de uma consciência sanitária - imprescindível à qualidade de vida- e de instrumentação para o controle social da Vigilância Sanitária e das empresas produtoras de bens e serviços relacionados com a saúde.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Protocolo das ações de Vigilância Sanitária**. Brasília, 2007

_____. **Guia de Orientações para Elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária – Planejamento, Programação, Pactuação e Monitoramento das ações de VISA**. Brasília, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária (PDVISA)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 1.ed. – Brasília : Anvisa, 2007.

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 1998.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; TONON, Lidia Maria. **Vigilância Sanitária (Cadernos de Saúde)**. vol. 4. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

Conasens: teses e plano de ação 2006 – 2007. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/teses_conasems_menor.pdf> Acesso em: 20/09/2011.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; MIRANDA, Isaura Cristina Soares de. **Vigilância Sanitária (Série Saúde e Cidadania)**. vol. 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 1998.

GALLO, Guilherme Otávio; MORATO, Rúbia Gomes. **Sistema de Saúde e Expansão Urbana: Análise e Mapeamento do Município de Leme/SP**. Disponível em: < <http://www.unifal-mg.edu.br/geografia/sites/default/> > Acesso em: 06/09/2011.

LIMA, Andréa Gilbert. **Vigilância Sanitária e Temas Polêmicos – História da Vigilância Sanitária no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://amis.org.br/downloads/gondola/g144/juridico.pdf>.> Acesso em 12 set. 2011.

LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS – Uma construção coletiva**. Cadernos de Planejamento. vol. 2. Brasília, 2009.

MONKEN, Maurício; BATISTELA, Carlos. **Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>> Acesso em: 19/09/2011.

PIOVESAN, Márcia Franke. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Tese (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Plano Municipal de Ação da Vigilância Sanitária – Guia de Orientação. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br>> Acesso em: 30/08/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAFRA. **Perfil Sócio-Econômico do Município de Mafra-SC.** 1ª ed. Disponível em: <<http://www.mafra.sc.gov.br>> Acesso em: 01/09/2011.

Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 27/09/2011.

RIOS, Ullannes Passos. **Aspectos da Gestão em Vigilância Sanitária a partir de um Plano de Ação.** Palmas, 2009.

SETA, Marismary, Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; DELAMARQUE, Elizabete. **Gestão da Vigilância à Saúde.** Especialização em Gestão em Saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília, 2010.

SOARES, Darli Antonio; ANDRADE, Selma M. de; CAMPOS, J. J.B. de. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 10, p. 183-210.

SUVISA. **Guia para Implantação da Vigilância Sanitária Municipal,** 2007. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br> > Acesso em: 20/09/2011.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; COSTA, Ediná Alves. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas.** Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf>. Acesso em: 15/08/2011.

VASCONCELLOS, Gisele Cristina Alves Moreira, 2009. **Um breve histórico da Vigilância Sanitária no Brasil.** Disponível em: <http://www.deputadoadelmo.com.br/wp/wp.../HISTORICO_VS_BRASIL.doc> Acesso em: 15/08/2001.

WALDMAN, Eliseu Alves; ROSA Tereza Etsuko da Costa. **Vigilância em saúde Pública (Série Saúde e Cidadania).** vol. 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 1998.

<<http://www.cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 15/09/2011.

<<http://www.ibge.com.br>> Acesso em: 23/08/2011.

<<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br>> Acesso em: 08/08/2011.