

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENGENHARIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

Marcelo Battesini

**Método multidimensional para avaliação de desempenho da  
Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal**

Tese Doutorado

Porto Alegre

2008

Marcelo Battesini

**Método multidimensional para avaliação de desempenho da  
Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Engenharia, na área de concentração em Sistemas de Qualidade.

Orientador: Professora Dra. Carla S. ten Caten

Porto Alegre

2008

Marcelo Battesini

**Método multidimensional para avaliação de desempenho da  
Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal**

Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do título de Doutor em Engenharia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora designada pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

---

**Prof. Orientadora Dra. Carla S. ten Caten**

Orientadora PPGE/UFGRS

---

**Prof. Flávio Sanson Fogliatto, *Ph.D.***

Coordenador PPGE/UFGRS

**Banca Examinadora:**

Professor José Luis Duarte Ribeiro, Dr. (PPGE/UFGRS)

Professor Paulo Antônio Barros de Oliveira, Dr. (PPG Epidemiologia/UFGRS)

Professora Zulmira Maria de Araújo Hartz, Dra. (ENSP/FIOCRUZ)

## ***D***edicatória

***T***ese, um delicioso mergulho na erudição enquanto, ao mesmo tempo, é forjado um manto de sabedoria.  
***P***eríodo de transição entre o que fostes e o que serás: humildemente, mais erudito e sábio.  
***E***scolha que a poucos se apresenta, empreitada que a muitos envolve.

***D***edico esta tese aos que me acompanharam nesta empreitada:

***D***aniel e a ***L***orena, meus amados filhos,  
***V***aldir, ***I***ris e ***E***ugenio, apoiadores incansáveis,  
***A***driane, observadora atenta, e  
***S***imone, bela, forte e inquieta mulher.

***A***mo a todos, de formas diferentes.

## **A G R A D E C I M E N T O S**

Aos meus colegas e chefes do Centro Estadual de Vigilância em Saúde e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, pela compreensão e incentivo.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter viabilizado minha proveitosa e decisiva estada em Montreal, através do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE).

Aos colegas de doutorado e, em especial, aos fundadores do GAMA, companheiros de mestrado e doutorado com os quais compartilhei mais intensamente meus anseios, minhas dificuldades e nossas vitórias.

A minha orientadora, pelo incentivo no início desta jornada, pelo apoio, pelo conhecimento transmitido, pela dedicação dispensada, pela compreensão nos momentos difíceis, pela paciência e confiança nos períodos de maturação intelectual e, em especial, pelo carinho e amizade.

A Deus, pela saúde e determinação necessários à conclusão desta tese.

## RESUMO

A Vigilância Sanitária (VISA) compõe, contemporânea e institucionalmente, o campo de ação da Saúde Coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde denominado de Vigilância em Saúde. As ações de VISA são conduzidas pelo Sistema Nacional de VISA, onde coexiste uma multiplicidade de formas de implementá-las, resultando em uma heterogênea capacidade de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde, bem como de intervir em problemas sanitários. Essas variações indicam a necessidade de um processo de avaliação sistemático e abrangente para a VISA, apontando diferenças e desigualdades nas formas de implementar suas ações e superando as fragilidades presentes na avaliação vigente. Esta tese propõe um método para a avaliação da VISA, tendo como principais características: avaliar a implantação da VISA com um propósito formativo; incorporar as diretrizes e subdiretrizes propostas pelo Plano Diretor de VISA; basear-se em um modelo sociológico inter-relacionado e multidimensional, composto pelas dimensões Adaptação (A), Alcance de Metas (M), Processos de Trabalho (P) e manutenção da Cultura e Valores (CV); investigar medidas de desempenho e sua dinâmica; caracterizar metas de VISA, distinguindo-as de seus processos de trabalho; propor a avaliação da Segurança em Cadeias de Risco; produzir e integrar informações sobre a VISA em nível operacional, gerencial e estratégica; caracterizar qualitativamente as relações entre dimensões a partir de um modelo explicativo, que permite a proposição de ações de melhoria em uma perspectiva estratégica; permitir investigar e incorporar as posições de diferentes grupos avaliativos. O método foi aplicado em um estudo de caso em nível municipal, permitindo avaliar a implantação da VISA em relação ao entendimento de técnicos de VISA, gestores e de conselheiros de saúde. A avaliação conduzida indicou um desempenho Global regular ( $M_{Global}=5,4$ ) da VISA no município A, conformada a partir de desempenhos também regulares nas quatro dimensões que compõem o modelo, indicando a necessidade de adequações nas ações de VISA, o que contrasta com a adequada avaliação institucional vigente, reforçando a fragilidade desta em avaliar a VISA.

**Palavras-chave:** Vigilância Sanitária, Avaliação em Saúde, Avaliação de Desempenho e Avaliação Institucional.

## ABSTRACT

The Sanitary Surveillance (VISA) composes, contemporary and institutionally the Public Health action field, in the Brazilian Health System ambit denominated Health Surveillance. VISA actions are driven by a National System, where coexists a multiplicity of ways of implementing it, resulting in a heterogeneous capacity to eliminate, to decrease and to prevent health risks, as well as intervening in sanitary problems. Those variations indicate the need of a systematic and including evaluation process to VISA, showing differences and inequalities in the why of implementing its actions and overcoming difficulties in present evaluation. This thesis proposes a method for the VISA evaluation, having as main characteristics: to evaluate the implantation with a formative purpose; to incorporate the guidelines and sub guidelines proposals for the VISA's Director Plan; to be based in an interrelated and multidimensional sociological model, composed by Adaptation (A), Goals reach (M), Work Processes (P) and Culture and Values maintenance (CV) dimensions; to investigate performance measures and its dynamic; to characterize VISA's goals, distinguishing them of its work processes; to propose the Security evaluation in Risk Chains; to produce and to integrate information about VISA in operational, managerial and strategic level; to characterize relationships among dimensions in a qualitative way, starting from an explanatory model, that allows the proposition of improvement actions in a strategic perspective; allow to investigate and to incorporate different evaluative groups positions. The method was applied in a case study at municipal level, what allowed evaluating VISA implantation in relation to VISA technicians, managers and health counselors understanding. The driven evaluation indicated a regulate VISA Global performance ( $M_{Global}=5,4$ ) in A municipal district, conformed from also regular performances in the four dimensions that compose the model, indicating the need of adaptations in VISA actions, what contrasts with the appropriate effective institutional evaluation, reinforcing its fragility in VISA's evaluation.

**Key-words:** Sanitary Surveillance, Health Evaluation, Performance Evaluation and Institutional Evaluation.

## SUMÁRIO

Capítulo 1.....	13
1.1 TEMA .....	14
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	16
1.4 OBJETIVOS .....	19
1.5 JUSTIFICATIVA DOS OBJETIVOS .....	19
1.6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....	22
1.7 DELIMITAÇÕES.....	25
1.8 ESTRUTURA .....	27
Capítulo 2.....	28
2.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA .....	28
2.1.1 FINALIDADES DA VISA.....	30
2.1.2 ATORES DA VISA, SEUS VALORES, INTERESSES E PRÁTICAS.....	45
2.1.3 PROCESSOS DE AÇÃO EM VISA.....	56
2.1.4 ESTRUTURA DELIMITANDO ESPAÇO SOCIAL DA VISA.....	59
2.1.5 CONTEXTO DE AÇÃO DA VISA.....	71
2.2 AVALIAÇÃO .....	75
2.2.1 DEFINIÇÕES DE AVALIAÇÃO.....	79
2.2.2 O PROCESSO AVALIATIVO .....	82
2.2.3 AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS.....	97
Capítulo 3.....	107
3.1 MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA VISA .....	108
3.1.1 DEFINIÇÃO DO OBJETO E OBJETIVOS DO PROCESSO AVALIATIVO.....	109
3.1.2 DEFINIÇÃO DO MODELO E DA ABORDAGEM.....	112
3.1.3 DEFINIÇÃO MEDIDAS DE DESEMPENHO E INSTRUMENTO DE COLETA.....	114
3.1.4 DEFINIÇÕES QUANTO À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA.....	133
3.1.5 INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	136
Capítulo 4.....	138
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA VISA NO MUNICÍPIO A.....	139
4.2 AVALIAÇÃO DA VISA NO MUNICÍPIO A .....	141
4.2.1 MEDIDAS DE DESEMPENHO OPERACIONAL .....	144
4.2.2 MEDIDAS DE PERFORMANCE GERENCIAL.....	157
4.2.3 PERSPECTIVA ESTRATÉGICA.....	163
Capítulo 5.....	169
5.1 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....	173

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1..	Eixos temáticos dos Simpósios Brasileiros de VISA .....	45
Figura 2..	Relacionamentos chave do poder de cidadãos .....	47
Figura 3..	Lógicas de ação, atores sociais e atores em VISA .....	48
Figura 4..	Tipologia de agências em VISA .....	51
Figura 5..	Equação do processo de trabalho humano .....	58
Figura 6..	Estrutura de um sistema de vigilância .....	65
Figura 7..	Objetivos sistemas de vigilância em relação aos objetos da VISA .....	65
Figura 8..	Modelo causal do SUS seu impacto na saúde .....	70
Figura 9..	Árvore da Teoria da avaliação revisitada .....	76
Figura 10..	Pesquisa, avaliação e a tomada de decisão.....	78
Figura 11..	Ciclo administrativo e a Avaliação .....	83
Figura 12..	Hierarquia da avaliação .....	86
Figura 13..	Combinação hierárquica entre um programa e uma avaliação .....	87
Figura 14..	Modelo de processos de ação em saúde .....	87
Figura 15..	Eficiência de um sistema de saúde .....	88
Figura 16..	Avaliação de uma intervenção .....	89
Figura 17..	Critérios e questões avaliativas .....	90
Figura 18..	Modelo lógico de uma intervenção .....	95
Figura 19..	Modelo Lógico de planejamento e avaliação Promoção da Saúde .....	97
Figura 20..	Estrutura para análise organizacional .....	101
Figura 21..	Efetividade na Estrutura de Valores competitivos .....	102
Figura 22..	Zonas positivas e negativas de efetividade .....	103
Figura 23..	Modelo avaliação da performance de sistemas de saúde (EGIPSS) .....	104
Figura 24..	Modelo Multidimensional desempenho VISA (MMD VISA) .....	113
Figura 25..	Sistematização das diretrizes e subdiretrizes do PD VISA .....	118
Figura 26..	Comparação entre subdimensões de avaliação .....	119
Figura 27..	Número de questões avaliativas por dimensão e subdimensão .....	124
Figura 28..	Composição Cadeias de Risco investigadas na aplicação método ...	127
Figura 29..	Cadeias de risco em Produtos e Serviços sujeitos à VISA .....	127
Figura 30..	Dinâmica de funcionamento dimensões meio: A e CV .....	132
Figura 31..	Dinâmica de funcionamento dimensões fim: M e P .....	133
Figura 32..	Níveis e interfaces do SN VISA .....	135
Figura 33..	Parâmetros do Município A em relação ao Estado do RS .....	140
Figura 34..	Percentual de cobertura com inspeções em Cadeias de Risco .....	150
Figura 35..	Avaliações das Subdimensões por grupo de investigação .....	162
Figura 36..	Dinâmica de funcionamento: falta de Alcance de Metas .....	165

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos servidores e recursos de VISA no Município A ....	141
Tabela 2.	Avaliações e performances na dimensão A .....	146
Tabela 3.	Avaliações e performances na dimensão M .....	148
Tabela 4.	Avaliações e performances na dimensão P .....	151
Tabela 5.	Avaliações e performances na dimensão CV .....	155
Tabela 6.	Performances nas Subdimensões e Dimensões .....	158

## LISTA DE ABREVIATURAS

A.....	Dimensão Adaptação no Modelo avaliação desempenho da VISA
A1.....	Subdimensão Integração
A2.....	Subdimensão Inovação
A3.....	Subdimensão Obtenção Recursos
ANVISA.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
$A_Q^t$ , $A_Q^g$ e $A_Q^c$ .....	Amplitudes entre avaliações dos respondentes, por questão avaliativa, para técnicos, gestores e conselheiros
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CV.....	Dimensão manutenção da Cultura e Valores no Modelo de avaliação do desempenho da VISA
CV1.....	Subdimensão Assunção de princípios
CV2.....	Subdimensão Valorização e Aperfeiçoamento Profissional
CV3.....	Subdimensão Produção de Conhecimento
DeCS.....	Descritores em Ciências da Saúde
EGIPSS.....	Modelo de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde
M.....	Dimensão Alcance de Metas no Modelo de avaliação do desempenho da VISA
M1.....	Subdimensão Percepção de Atores
M2.....	Subdimensão Acúmulo Social em VISA
M3.....	Subdimensão Segurança em VISA
$M_D$ .....	Médias Geométricas entre as nove $M_{SD}^t$ , $M_{SD}^g$ e $M_{SD}^c$ que compõem cada Dimensão
$M_{Global}$ .....	Média Geométrica Global de todos $M_{SD}^t$ , $M_{SD}^g$ e $M_{SD}^c$
$M_Q^t$ , $M_Q^g$ e $M_Q^c$ .....	Médias aritméticas das avaliações dos respondentes, por questão avaliativa, para técnicos, gestores e conselheiros
MS.....	Ministério da Saúde
$M_{SD}$ .....	Médias Geométricas entre as três $M_{SD}^t$ , $M_{SD}^g$ e $M_{SD}^c$ , para cada Subdimensão
$M_{SD}^t$ , $M_{SD}^g$ , $M_{SD}^c$ ....	Médias aritméticas dos desempenhos nas questões avaliativas, por subdimensão, para técnicos, gestores e conselheiros
P.....	Dimensão Processos de Trabalho no Modelo de avaliação do desempenho da VISA
P1.....	Subdimensão Coordenação
P2.....	Subdimensão Promoção em VISA
P3.....	Subdimensão Prevenção em VISA

PAB-VISA .....	Piso da Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária
PAF .....	Portos, Aeroportos e Fronteiras
PAP .....	Programação de Ações Prioritárias
PAVS .....	Programação de Ações de Vigilância em Saúde
PD VISA.....	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PPI .....	Programação Pactuada Integrada
RDC .....	Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA
SIMBRAVISA .....	Simpósio Nacional de Vigilância Sanitária
SN VISA.....	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TAM.....	Termo de Ajustes e Metas
VA .....	Vigilância Ambiental
VdS .....	Vigilância da Saúde
VE .....	Vigilância Epidemiológica
VISA.....	Vigilância Sanitária
VS .....	Vigilância em Saúde
VST .....	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## Capítulo 1

A dúvida metodológica caracteriza e move a ciência. A certeza adquirida através das ciências possui sempre uma ressonância cartesiana, resultado de um método crítico, diferindo assim daquela pretensiosa e imediata, que possui valores e os fins no âmbito da vida. Assim, uma ciência metódica põe em dúvida tudo o que se possa duvidar para poder chegar à certeza de seus conhecimentos (GADAMER e FRUCHON 1998, p. 35).

### INTRODUÇÃO

As questões e discussões propostas nesta tese foram elaboradas, em grande parte, a partir de uma trajetória profissional, atuando como autônomo, empresário, professor e como funcionário público. O contato com o serviço público, no nível Estadual da Vigilância Sanitária (VISA) do Estado do Rio Grande do Sul, coincidiu com a conformação contemporânea do Sistema Nacional de VISA (SN VISA), a partir de junho de 2000, pós-constituição de 1988 e pós-criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O aprendizado prático instigou a busca por elementos teóricos que aprofundassem e embasassem as ações diárias, na busca de superação das corriqueiras situações contingenciais, usualmente denominadas de “apagar fogueira” pelos vigilantes sanitários.

A rotina de trabalho na VISA permitiu perceber a existência de diferenças relevantes na implementação de suas ações, nos diferentes níveis do SN VISA. Essa diversidade é influenciada por variações na capacidade de gestão e

execução das ações de VISA, pela multiplicidade de formas de implantá-lo e pelos diferenciados estágios de maturidade social, para demandar ações de VISA. Esses fatores caracterizam o ambiente da VISA e interferem na priorização de suas ações em relação aos diferentes modelos de atenção à saúde adotados, conscientemente ou não, pelos trabalhadores de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a prática diária como vigilante sanitário, se constituiu em um excelente laboratório, expondo problemas repetitivos de gestão, conflitos de interesses entre diferentes atores sociais e, muitas vezes, a fragilidade organizacional e insuficiência da estrutura institucional para resolvê-los. Essas dificuldades reforçaram uma convicção quanto à importância da avaliação, como função essencial na gestão do SUS, normalmente subjugadas a um segundo plano no âmbito da VISA, onde, historicamente, a preocupação principal se relaciona à condução de ações e atividades técnicas.

## 1.1 TEMA

O tema desta tese de doutorado é a Vigilância Sanitária (VISA). A VISA compõe o campo de ação da Saúde Coletiva, mais especificamente a área contemporânea e institucionalmente denominada de Vigilância em Saúde, estando, assim, inserida na área de conhecimento das Ciências da Saúde.

A natureza promotora e preventiva das ações de VISA frente a riscos presentes em produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde incorpora, intrinsecamente, um conceito positivo de saúde. A conformação e delimitação contemporânea da VISA, pode ser melhor visualizada a partir do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cristalizado na Constituição Federal de 1988, no qual o movimento da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde tiveram um importante papel.

O movimento de Reforma Sanitária trouxe reflexões novas para a saúde, avançando ao incorporar propostas que caracterizariam a singularidade ao sistema de saúde brasileiro (CONASS, 2007). A Reforma Sanitária teve seus primórdios no Brasil dos anos 70, a partir das idéias do *welfare state*, conceito europeu das décadas de 30 e 40, que preconizava que todos habitantes do país

teriam direito a acesso universal, integral e gratuito a modalidades terapêuticas e tecnológicas de assistência à saúde (FIOCRUZ, 1998, v. 1).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, coroada por uma grande manifestação popular, simbolizou o desejo de mudança no sistema de saúde até então vigente, instrumentalizou o texto constitucional brasileiro com seu relatório final e materializou uma conquista social na área da saúde. Uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição Federal de 1988, de acordo com Finkelman (2002, p. 248-250), é o conceito de seguridade social, que impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro, ao reconhecer a saúde como direito social e ao definir um novo paradigma para a ação do Estado, delineando os contornos de um novo modelo de atenção regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Segundo o autor, esses elementos de natureza doutrinária apontam à construção de um sistema de saúde que busca reverter a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a Vigilância à Saúde.

A ampliação constitucional da noção de saúde alinha os princípios e diretrizes do SUS ao entendimento dado no plano internacional, criando uma nova e diferente forma de ofertar atenção à saúde no país. Essa nova forma de atenção à saúde teve inspiração na definição positiva da saúde dada pela Organização Mundial de Saúde, onde a saúde é vista como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença, o que amplia a definição de saúde, incorporando sua determinação social. Segundo FIOCRUZ (1998, v. 1), embora possam existir influências de outras naturezas<sup>1</sup>, o modo do homem viver, adoecer e morrer depende de fatores variados, o que caracteriza a saúde como um processo socialmente determinado, dependente da capacidade de geração de riqueza, da forma como as relações sociais se estabelecem e do modo como se institui o controle e a regulação dessas relações.

---

<sup>1</sup>. O texto refere às influências genéticas, imunológicas, agressões por parasitas, acidentes, etc.

Nesse contexto, o dever do Estado de garantir e prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde<sup>2</sup>, se estabelece como direito fundamental no Brasil. Para implementação desse direito, o texto constitucional define que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Inseridas no âmbito do SUS, as ações de VISA se organizam em torno de um sistema, ou subsistema, de VISA, que comunga dos mesmos valores, princípios e diretrizes de seu sistema mãe.

Segundo Dallari (2006), o Sistema Nacional de VISA (SN VISA) foi instituído como uma consequência lógica da obrigação do Estado prestar ações de VISA, bastante enfatizadas na Constituição Federal e na Lei 8080/90, onde estas aparecem na forma de ações de controle e fiscalização ou submissas à expressão Vigilância Sanitária. Destacando a necessidade de regulação e intervenção do Estado, e do SN VISA, CONASS (2007a, p. 121) descreve o setor saúde brasileiro como um “distorcido mercado de bens e serviços de cuidados de saúde”.

Nesse contexto, as ações de VISA podem ser caracterizadas: enquanto um direito dos cidadãos, constitucionalmente estabelecido; como uma política, responsável pela construção de acesso seguro a bens e serviços; como um conjunto de ações de promoção e prevenção de Saúde Coletiva dedicado a um objeto específico, que envolve um processo sistemático de identificação, gerenciamento e comunicação de riscos à saúde presentes em produtos e serviços; ou enquanto uma atividade de regulação de relações de consumo, típica de Estado e dotada de poder de polícia administrativa.

## 1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A partir da Constituição Federal, a VISA tem se organizado enquanto instituição e ganho credibilidade junto à população e ao SUS, o que representa uma mudança cultural e uma maior responsabilidade. De acordo com CONASS (2007, p.

---

<sup>2</sup>. Constitucionalmente, este dever consiste na formulação e execução sistemática de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde.

16), a necessidade de articulação de um amplo conjunto de conhecimentos, competências e habilidades em termos um projeto de intervenção que de fato possa proteger e promover a saúde da população, revela a complexidade das ações de VISA e estabelece um grande desafio aos gestores.

O desafio de implantar, implementar e efetivar<sup>3</sup> o SN VISA pode ser caracterizado com base nos princípios e diretrizes que condicionam este processo: estabelecer um sistema constituído pelos níveis Federal, Estadual e Municipal, todos dotados de autonomia de gestão, descentralizado, hierarquizado, integrado ao SUS, capaz de ofertar aos cidadãos brasileiros acesso universal e equânime a ações integrais e integradas de VISA, respaldadas pela participação da comunidade.

Apesar do grande progresso alcançado, esses princípios ainda são ideais a serem alcançados pelo SUS e, em especial, pelo SN VISA, mesmo vinte anos após o SUS haver sido estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

A efetivação do SN VISA envolve também enfrentar as legítimas e sistemáticas redefinições na organização do SUS (Normas Operacionais Básicas, Norma Operacional da Assistência à Saúde e Pacto Pela Saúde) e as variações nas prioridades de governo, estabelecidas a cada quatro anos, com base na autonomia administrativa das três esferas de gestão. Como consequência desses fatores, as ações de VISA são ainda incipientes em muitos dos 5564 Municípios do País<sup>4</sup>, como explicitado no relatório do Termo de Ajustes e Metas (TAM), de 2001, e na oficina de avaliação do TAM, de 2006 (ANVISA, 2001 e 2006).

O primeiro documento conclui que o desenvolvimento das ações de VISA nos Estados ficou muito aquém do esperado, atendendo apenas a demandas pontuais e não se constituindo em um processo institucional organizado, em cumprimento a um cronograma elaborado a partir de um planejamento estratégico, que contemple ações de curto, médio e longo prazo. Além disto, o documento identifica as limitações do processo de responsabilização pelas ações de VISA e prognostica que a consolidação do SN VISA deverá ser antecedida de “profundas mudanças nas relações entre os seus principais atores, que dependerão de

---

<sup>3</sup> Entendidos como: *implantar*, introduzir, inaugurar ou estabelecer; *implementar*, dar execução à, levar à prática; e *efetivar*, tornar efetivo, levar a efeito, realizar ou efetuar (FERREIRA, 1999).

<sup>4</sup> Dados do IBGE para o ano de 2007.

condicionantes políticos, administrativos e organizativos, sem as quais a implementação das diretrizes e estratégias organizacionais se tornará inócua”. O segundo documento, mesmo cinco anos após, revela uma tímida alteração nas dificuldades identificadas no primeiro documento, descrevendo entre outros problemas: a falta de recursos financeiros para investimento e custeio; a necessidade de alinhamento e integração do SN VISA frente às demais ações do SUS; e a ausência de uma estratégia para a descentralização e regionalização das ações de VISA.

Além disto, a efetivação das ações de VISA depende, grandemente, do adequado gerenciamento. Segundo De SETA e Da SILVA (2001), ainda hoje se identifica a necessidade de incrementar a aptidão na gestão de órgãos de VISA de Estados e Municípios, em especial, da capacidade de execução financeira dos recursos disponíveis. Os autores propõem que a responsabilidade dos gestores ultrapasse as intenções normativas e migre para o estabelecimento de metas de cobertura e definição de indicadores de desempenho permanentemente avaliados pelas demais instâncias gestoras e conselhos do SUS.

Com base nessas dificuldades intrínsecas à implementação do SN VISA, e sem opor à necessária flexibilidade na gestão do SN VISA, é coerente imaginar que exista no país uma multiplicidade de formas de implementar as ações de VISA, e que desta resulta uma heterogênea capacidade de eliminar, diminuir e prevenir agravos e riscos à saúde, bem como de intervir em problemas sanitários.

De modo a lidar com essa realidade, a partir de um diagnóstico que o SN VISA não estava suficientemente estruturado e atendendo a uma demanda da I Conferência Nacional de VISA, de 2001, foi construído em um processo participativo de âmbito nacional o Plano Diretor de VISA (PD VISA)<sup>5</sup>. O PD VISA se constitui em um instrumento direcionador das ações de VISA no país, a ser seguido pelos níveis Federal, Estadual e Municipal do SN VISA (ANVISA, 2007).

Frente a este contexto, é possível estabelecer alguns questionamentos direcionadores desta tese. Como avaliar o desempenho da VISA? Como o PD VISA pode auxiliar no processo de avaliação da VISA? Quais dimensões devem ser

---

<sup>5</sup> Aprovado pela Resolução 367 do Conselho Nacional de Saúde, em 14 de fevereiro de 2007, e homologado pela Portaria GM/MS 1052, em 08 de maio de 2007.

consideradas ao avaliar o desempenho da VISA? Que condições caracterizam um desempenho satisfatório da VISA? Em que grau as ações de VISA estão implantadas? Os diferentes atores interessados avaliam da mesma forma o desempenho da VISA? A forma de avaliação institucionalmente estabelecida é suficiente?

Essas questões estabelecem uma problemática avaliativa, cuja resposta pode auxiliar a dar conhecimento e instrumentalizar a sociedade quanto à implantação da VISA, uma vez que, de acordo com Patton (2002), existem poucas razões para esperar que um programa produza os resultados esperados, ao menos que se saiba que um programa está operando de acordo com o planejado.

#### **1.4 OBJETIVOS**

O objetivo desta tese é propor um método para a avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária. Esse objetivo envolve objetivos específicos, que auxiliam a construção de respostas aos questionamentos formulados na seção anterior:

- estabelecer um modelo multidimensional teoricamente embasado para a avaliação da Vigilância Sanitária em um contexto organizacional;
- desenvolver um instrumento de coleta para avaliar a Vigilância Sanitária que incorpore as diretrizes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e permita investigar seu grau de implantação;
- avaliar o desempenho da Vigilância Sanitária em nível municipal, incorporando a perspectiva de diferentes atores e confrontando os resultados obtidos com a avaliação vigente.

#### **1.5 JUSTIFICATIVA DOS OBJETIVOS**

A avaliação da VISA se caracteriza como uma demanda institucional estabelecida pelas Portarias 3085/GM/2006 e 204/GM/2007 reforçada no âmbito do SN VISA, pelo Plano Diretor de VISA (PD VISA).

No contexto desse arcabouço jurídico, é estabelecida uma avaliação normativa<sup>6</sup>, cujos objetivos são assegurar que o gasto de recursos públicos ocorra da forma legalmente preconizada e, em algum sentido, avaliar a segurança sanitária. Essa forma normativa de avaliação baseia-se em indicadores de processo, especialmente de produção de serviços, a partir dos quais é possível analisar o nível de atividade da VISA sobre um conjunto de estabelecimentos, a exemplo do percentual de inspeções em Instituições de Longa Permanência de Idosos, como proposto no Pacto pela Saúde. A investigação apenas de indicadores de produção de serviços (*outputs*) não é capaz de expressar o conjunto de ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela VISA, além de não permitir caracterizar seu grau de implantação ou expressar os resultados finais (*outcomes*), ou metas, do SN VISA.

Ao longo do tempo, a descentralização e a divisão do trabalho no âmbito do SN VISA têm utilizado instrumentos formais de pactuação e avaliação, a exemplo do Termo de Ajuste de Metas (TAM), Programação Pactuada Integrada (PPI), Programação de Ações Prioritárias (PAP) e, mais recentemente, a Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). Esses instrumentos se constituem, simultaneamente, em mecanismos de repasse de recursos financeiros, instrumentos de responsabilização sanitária e formas de avaliação normativa, interligando ações, recursos e avaliação.

Essa forma de avaliação está longe de alcançar seus objetivos. O TAM, conforme caracterizado na Resolução RDC 2473/03, tem como objetivos: a obtenção de informações para o monitoramento e avaliação; subsidiar o processo de tomada de decisão; e consolidar a análise de risco como base metodológica do planejamento do trabalho do SN VISA. Situação similar caracteriza a PPI, PAP e PAVS, dado: o caráter eminentemente normativo da avaliação proposta nessas programações, a forma vertical utilizada na definição de indicadores e a importância atribuída pelo nível federal aos processos de supervisão das ações de VISA, muitas vezes sequer citados na consolidação das avaliações produzidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

---

<sup>6</sup> Neste tipo de avaliação a adequação do desempenho é avaliada com base na performance alcançada em relação a parâmetros previamente definidos.

Dessa maneira, é possível afirmar que inexistem formas institucionais estruturadas para avaliar a implantação das ações de VISA, que avançassem em relação à utilização de indicadores de processo.

A ampliação da perspectiva de avaliação da VISA já era apontada por Eduardo e Miranda (1998), que destacam não ser possível pensar uma VISA que: deixe de fazer a avaliação sistemática dos resultados de sua atuação; que não defina os riscos potenciais, os objetivos, as metas e rotinas; não disponha de um diagnóstico da sua área baseado em perfis epidemiológicos; e não padronize inspeções. Em uma reflexão semelhante, Siqueira (2001) propõe desenvolver, padronizar e referenciar métodos, indicadores e procedimentos para diagnosticar a realidade e intervir nas orientações da política de VISA. Similarmente, em 2007, o PD VISA propõe o desenvolvimento de instrumentos de avaliação dos serviços e ações de VISA, tendo por objetivo a redução de riscos e agravos à saúde.

As fragilidades no processo de avaliação vigente indicam a necessidade de estabelecer um processo de avaliação sistemático e abrangente para VISA, capaz de mensurar diferenças e desigualdades nas formas de implementar suas ações, explicitando a cumulatividade de suas ações de promoção e prevenção, cujos resultados podem ser avaliados somente pela sua observação ao longo do tempo. A avaliação da VISA pode representar um mecanismo de retroalimentação de informação, essencial ao processo de planejamento e gestão, podendo, também, dar respostas quanto à adequação da relação causal entre a execução das ações de VISA e a eliminação, diminuição ou prevenção de riscos presentes em produtos e serviços objeto de VISA.

Neste sentido, é pertinente a proposta de um método de avaliação teoricamente embasado que possa suprir com informação o processo de gestão, subsidiando a tomada de decisão de modo a produzir um alinhamento entre as ações de VISA e o modelo de atenção proposto no âmbito do SUS, auxiliando a superar as fragilidades presentes na avaliação normativa vigente e as avaliações subjetivamente embasadas em discursos de governo, que tendem a expressar a realidade de modo ideológico.

Assumido o direito à diferença, o método proposto não busca a avaliação do que não é avaliável ou uma comparação *per se*, antes disso, busca a identificação e a descrição de dimensões, procedimentos e ações que contribuam

com o aperfeiçoamento das ações de VISA, subsidiando as ações de gestores e de colegas vigilantes sanitários.

## 1.6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

As opções metodológicas realizadas nesta tese delimitam uma preocupação com a avaliação da estrutura da VISA, assumindo a essencialidade de uma estrutura organizacional como premissa para a efetivação do SN VISA.

Neste sentido, não é possível imaginar uma desempenho satisfatória da VISA, em resposta à demanda social e constitucional, sem uma estrutura organizacional que lhe dê suporte ou, dito diversamente, não deve ser esperado que o SN VISA cumpra com seus objetivos sem que suas ações sejam adequadamente implantadas e implementadas, incorporando aspectos estruturalistas ao processo avaliativo proposto. O estruturalismo, segundo Giddens (1984, p. 1 e 2), enfatiza a supremacia do conjunto social sobre as partes individuais e a primazia da estrutura sobre a ação, sendo fortemente realçadas as qualidades restritivas da estrutura, ao invés da ênfase na ação humana presente na sociologia interpretativa.

Além dessa caracterização, as opções metodológicas realizadas nesta tese podem ser apresentadas em relação a diferentes aspectos.

Um primeiro aspecto refere-se à classificação do tipo de pesquisa desenvolvido. Jung (2004) distingue dois tipos de pesquisas em relação à sua natureza: pesquisa básica, que objetiva entender, descrever ou explicar fenômenos; e pesquisa aplicada, que objetiva a aplicação do conhecimento básico para gerar novas tecnologias e conhecimentos. Já Patton (2002), ao trabalhar diferentes perspectivas e tradições de pesquisas qualitativas<sup>7</sup>, amplia para cinco as possibilidades de categorização de pesquisas: (i) pesquisa básica, dirigida a contribuir com um conhecimento ou teoria fundamental; (ii) pesquisa aplicada, destinada a clarear uma preocupação social; (iii) avaliações somativas, que têm como objetivo determinar a efetividade de um programa; (iv) avaliações formativas,

---

<sup>7</sup> O autor distingue as pesquisas qualitativas a partir de suas questões fundamentais, em um continuum entre a teoria à ação, destacando entre outras, a Etnografia, Fenomenologia, Heurística, Hermenêutica, Psicologia Ecológica, Teoria de sistemas, e Teoria do Caos.

cujo objetivo é melhorar um programa; e (v) pesquisa ação, que se propõem a resolver um problema específico. A partir dessa categorização esta tese pode ser caracterizada como uma avaliação formativa, ao propor um método que investiga o grau de implantação da VISA, desvelando seu desempenho que representa a capacidade da VISA proteger cidadãos e a sociedade frente aos riscos presentes em seus objetos de ação.

Um segundo aspecto se relaciona à abordagem utilizada. Minayo e Sanches (1993) consideram, do ponto de vista metodológico, não haver contradição entre as abordagens investigativas quantitativas e qualitativas, sendo ambas científicas do ponto de vista epistemológico: enquanto a primeira atua em níveis da realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos, a segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, podendo qualquer uma delas gerar questões a serem aprofundadas pela outra e vice-versa. Na mesma linha, UNDP (2002a) descreve métodos quantitativos e qualitativos como complementares apesar de serem direcionados a objetivos diferentes e se valerem de instrumentos e metodologias diversos. O texto recomenda uma mistura desses na avaliação de situações e processos, em função das abordagens quantitativas serem mais recomendáveis para analisar causalidade e tirar conclusões, enquanto as abordagens qualitativas permitem estudos mais aprofundados e descrevem o contexto observado.

Nesse contexto, esta tese propõe um método de avaliação da VISA baseada em uma abordagem quali-quantitativa. A abordagem qualitativa é caracterizada a partir de um conjunto de elementos que busca atribuir sentido, descrever e explicar o objeto de avaliação, onde se destacam: a adoção de um modelo sociológico para a explicação do funcionamento da VISA enquanto um sistema formado por um conjunto de organizações atuando sinergicamente; a identificação de dimensões e subdimensões representativas do desempenho da VISA; a formulação de questões avaliativas, com base nas diretrizes e subdiretrizes estabelecidas para a VISA; a avaliação dos respondentes às questões propostas no Instrumento de Coleta; e a análise da dinâmica entre dimensões presentes no modelo proposto. A abordagem quantitativa é responsável por conferir materialidade mensurável ao processo avaliativo, sendo expressa em termos de um valor numérico, derivado de avaliações qualitativamente produzidas pelos respondentes

ao expressarem-se em uma escala contínua, utilizado na composição do desempenho da VISA

Um terceiro aspecto se refere às opções realizadas pelo pesquisador. Segundo Bourdieu et al. (2004, p. 55 e 60), não existem perguntas neutras, assim como não existe uma gravação perfeitamente neutra, sendo que até mesmo as operações, na aparência, mais elementares e automáticas do tratamento da informação, implicam em escolhas epistemológicas e mesmo em uma teoria do objeto. Nesse sentido, as escolhas realizadas nesta tese envolveram opções explicitadas nos Capítulos 3 e 4, em relação aos desafios conceituais e metodológicos presentes nas pesquisas avaliativas e descritos em Medina et al. (2005, p. 58 e 59): (i) o objeto da avaliação em saúde tem natureza social e histórica e se modifica em função do tempo, do contexto e por efeito do próprio processo de pesquisa; (ii) o processo de avaliação implica em uma dimensão subjetiva, que pode ser orientada a partir da perspectiva dos diversos atores, influenciando o juízo de valor realizado, as opções de recorte do objeto e objetivos, e o modelo teórico assumido; e (iii) a validade interna e externa da pesquisa, contexto no qual deve ser considerado o uso de concepções teóricas.

Neste sentido, o método proposto incorpora uma preocupação que Patton (2002) caracteriza como a questão fundamental da hermenêutica: a compreensão das condições sob as quais as ações ocorrem, de modo a possibilitar a interpretação de seus significados, a partir de um ponto de vista, uma prática e um contexto situacional, descrevendo a perspectiva das pessoas estudadas.

Um último aspecto está relacionado à abordagem utilizada na aplicação do método. O procedimento utilizado configura-se, em termos metodológicos, como um estudo de caso, conforme caracterizado em Yin (1989), ao propor uma avaliação da VISA em um município com base na investigação de dados institucionais e no entendimento de diferentes atores. A investigação tomou como unidade de análise o nível municipal do SN VISA, a partir da perspectiva de técnicos de VISA, gestores e de representantes do Conselho Municipal de saúde. Foi conduzido um estudo de caso único, assumindo a possibilidade de posterior replicação literal (lógica literal), entendendo que o modelo teórico proposto possa ser um instrumento de replicação, quando da sua aplicação a novos casos, não tendo sido adotada uma lógica amostral, onde é assumido que o conjunto amostral

represente a população.. Assim, a opção de investigar o nível municipal não busca uma generalização estatística e, sim, uma generalização analítica (YIN, 1989), na qual uma teoria previamente desenvolvida é utilizada como suporte à comparação dos resultados empíricos.

Dessa forma, a investigação apresentada no Capítulo 4 se caracteriza, conforme descrito em Yin (1989), como um Estudo de Caso Único, baseado em teoria (*theory-building*), apoiado pela técnica de análise *pattern-matching*, ao observar a realidade a partir de um modelo teórico previamente determinado em relação a um referencial ideal de desempenho previamente estabelecido.

## 1.7 DELIMITAÇÕES

Esta tese não questiona o modelo causal da VISA, social e legitimamente estabelecido, no qual se imputa que a consecução de suas ações resulta em segurança à saúde. Nesse sentido, é admitido que a melhora na oferta das ações e do SN VISA necessariamente implica em maior segurança na oferta de bens e serviços oferecidos à população, cabendo aos técnicos e gestores de VISA decidir, a partir de seu poder discricionário, quanto à ação a ser tomada no caso concreto: diminuir, prevenir, eliminar ou intervir sobre os diferentes riscos observados na condução diária das ações de VISA.

Uma delimitação estabelecida no método proposto para a avaliação do desempenho da VISA se relaciona ao objeto de ação, restrito, intencionalmente, a produtos e serviços sujeitos à VISA e aos ambientes onde esses circulam, são produzidos e ofertados, o que pode não corresponder à forma de organização do trabalho estabelecida nos diferentes níveis do SN VISA. Esta escolha metodológica teve como objetivo focar em ações consensualmente caracterizadas como de VISA, o que não inviabiliza a aplicação do método a situações diferentes, mas pode limitar as generalizações decorrentes de seu uso, dependendo do entendimento dado ao conjunto de ações objeto de VISA. Essa opção, antes de minimalista, delimita o escopo de ações a serem investigadas até que amadureça o debate acadêmico e institucional sobre o campo de ação da VISA.

Outra delimitação importante de ser destacada é que a opção de utilizar uma abordagem organizacional limita a capacidade de avaliar ações ou programas específicos de VISA, a exemplo de ações em alimentos, medicamentos, serviços, cosméticos, saneantes ou correlatos. Apesar dessa dificuldade, essa limitação pode ser atenuada a partir da investigação da Segurança em Cadeias de Risco, conforme proposto no Capítulo 3, enquanto indicador de segurança sanitária.

Além dessas, se constitui uma delimitação a opção por investigar a Segurança em Cadeias de Risco de produtos e serviços, sendo também importante o aprofundamento na noção de segurança em cadeias conformadas de formas diferentes, como a partir de prioridades propostas para o SUS ou de análises de situação de saúde. Outra delimitação está relacionada à investigação qualitativa das relações entre as dimensões do modelo, que poderiam ser exploradas quantitativamente com o uso de técnicas inferenciais, a exemplo da modelagem de Equações Estruturais (*Structural Modeling Equations*).

Pode caracterizar-se como uma limitação à aplicação do método, a não existência ou a fragilidade na implantação das ações de VISA nos diferentes níveis do SN VISA, dado à investigação depender de dados primários obtidos pela manifestação de atores sociais conscientes e que reconheçam a obrigação constitucional da oferta das ações de VISA, enquanto direito à saúde imanente ao SUS. Além dessa, pode se constituir em uma limitação a utilização de um período específico para a investigação (ano de 2007), o que não permitindo avaliar a estabilidade dos resultados obtidos ao longo do tempo.

Além disso, o fato do método não ter sido aplicado a municípios de menor porte e a outros níveis do SN VISA configura uma limitação. Da mesma forma, a aplicação em um caso único não permite a observação do comportamento do método quando aplicado a diferentes situações ou uma generalização analítica, conforme proposto por Yin (1989). Similarmente, a aplicação do método em um único município não permite a comparação dos resultados e do comportamento do método quando aplicado em um mesmo nível do SN VISA, a exemplo de municípios com o mesmo porte e ou grau de assunção de ações de VISA.

## 1.8 ESTRUTURA

Esta tese está estruturada em cinco capítulos. O Capítulo 1 apresenta o tema, a formulação do problema, os objetivos, a justificativa dos objetivos, as considerações metodológicas, as delimitações identificadas e a estrutura da tese.

O Capítulo 2 apresenta uma revisão do estado da arte nas áreas da Vigilância Sanitária e Avaliação. Na revisão sobre Vigilância Sanitária, ela é caracterizada como um sistema organizado de ação formado por cinco componentes, utilizados na estruturação da seção 2.1: finalidades da VISA; atores da área de VISA e seus valores, interesses e práticas; processos de ação em VISA; uma estrutura delimitando o espaço social da VISA; e o contexto de ação da VISA. A revisão sobre Avaliação buscou delimitar o campo a partir de suas diferentes definições, da marcha do processo avaliativo, para então caracterizar e identificar modelos de avaliação de organizações e sistemas, priorizando trabalhos sobre a avaliação em saúde.

O Capítulo 3 apresenta o método multidimensional para a avaliação da VISA em um contexto organizacional, sendo estruturado em cinco seções: definição do objeto e objetivos do processo avaliativo; definição do modelo e abordagem; definição de medidas de desempenho e do instrumento de coleta; definições quanto à aplicação do Instrumento de Coleta; e interpretação e apresentação dos resultados.

O Capítulo 4 apresenta a aplicação do método em um município do Estado do Rio Grande do Sul, sendo estruturado nos tópicos caracterização da VISA no município A e aplicação do instrumento de coleta.

O Capítulo 5 apresenta as considerações finais e sugestões para trabalhos futuros.

## **Capítulo 2**

O domínio da lei, não importa o quão restrito, é, ainda assim, infinitamente menos perigoso do que o domínio acima da lei ou sem ela (MARCUSE, 1982).

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre Vigilância Sanitária (VISA) e Avaliação. Na primeira seção (2.1), é revisado o estado da arte sobre a VISA com ênfase na literatura nacional, rica ao descrever o tema desta tese, tendo sido dada menor ênfase à literatura internacional que o aborda a partir de formas diferenciadas de conceituar, estruturar e organizar estas ações. Na segunda seção (2.2) a Avaliação é revisada com base na literatura nacional e internacional, caracterizando as diferentes definições, possibilidades de objetos, questões e objetivos avaliativos, bem como suas abordagens, métodos e finalidades e a avaliação de organizações e sistemas.

#### **2.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

As ações de VISA se caracterizam como um “fazer” em Saúde Pública, envolvendo assim sua institucionalização em uma estrutura típica de Estado. As organizações públicas que desenvolvem as ações de VISA coletivamente compõem o Sistema Nacional de VISA (SN VISA), formado pelos níveis Federal, Estadual e

Municipal. Genericamente uma organização se refere a um sistema onde pessoas colaboram e interagem para o atendimento de um objetivo comum (BERGERON, 1997). Nesta definição destacam-se a intencionalidade racional de sua existência, sua face social, expressa pela interação entre pessoas no desenvolvimento de atividades, e o foco na necessidade de atingir objetivos comuns.

Os objetivos são elementos importantes para caracterizar, delimitar e distinguir as organizações em relação ao contexto social no qual estão inseridas. Parsons (1956 e 1956a) refere-se às organizações como porções específicas da estrutura social que se distinguem das demais formas de organização da sociedade pela sua prioridade ao atendimento de determinados objetivos, correspondendo a um tipo amplo de coletividades ao qual o termo burocracia é freqüentemente utilizado, a exemplo de universidades, departamentos governamentais ou hospitais.

Neste contexto, o SN VISA pode ser entendido como um Sistema Organizado de Ação Social, multinível, composto por um conjunto de organizações públicas<sup>8</sup> que comungam o mesmo objetivo ao desenvolver práticas de VISA. Segundo Champagne et al. (2005), um Sistema Organizado de Ação Social<sup>9</sup> corresponde a um espaço social estruturado, em um contexto particular, onde atores mobilizam recursos, em um permanente jogo de competição e cooperação orientado pelas finalidades do sistema, podendo ser caracterizado por cinco componentes: (i) sua (s) finalidade (s); (ii) seus atores, valores, interesses e práticas; (iii) uma estrutura delimitando seu espaço social; (iv) seus processos de ação; e (v) o contexto no qual está inserido. Essa caracterização estrutura a revisão da VISA a seguir apresentada.

---

<sup>8</sup> Mintzberg (1996), ao discutir seu papel das organizações na sociedade atual, descreve quatro tipos de organizações: Privadas, de propriedade indivíduos ou grupos de indivíduos; Públicas, controladas pelo do Estado; Cooperativas, controladas pelos seus integrantes; e as Sem proprietários, ou Sem fins lucrativos, controladas por gestores auto-selecionados.

<sup>9</sup> Noção abstraída, segundo os autores, em parte a partir dos trabalhos de Parsons, Freidberg, Rocher, Bourdieu e Wacquant. Um sistema organizado de ação social, assim como uma organização, um programa, uma tecnologia ou um produto são possíveis formas assumidas pelo coletivo “intervenção”, que tem por objetivo a modificação do curso de uma situação problemática.

### 2.1.1 FINALIDADES DA VISA

A VISA pode ser caracterizada como um direito social, um dever do Estado ou como uma política pública estabelecida como resposta institucional frente à riscos associados a produtos e serviços objeto de sua atuação. A singularidade de seus objetos impõe a necessidade de ações trans-disciplinares, que interferem nas relações sociais nas quais o Estado exerce uma função protetora, apoiadas pelo uso do poder de polícia administrativa, expondo a natureza jurídica da VISA.

Segundo Souza (2007, p. 21 e 22), cabe ao setor saúde o papel operativo específico de proteção às pessoas e populações por meio de ações fundamentadas em bases normativas, jurídicas, técnicas e científicas, em relação a um objeto de ação que envolve não só a dimensão biológica, mas também a fatores e determinantes de risco e à interação das pessoas com produtos, serviços e ambientes na dinâmica social, como no caso das ações de VISA. Segundo a autora, o reconhecimento da VISA como ação pertencente ao campo de intervenção da política de saúde é dificultado devido a seus objetos de ação, tornado-a uma área de atuação em que o risco e seus efeitos nas pessoas são sucessivamente mais indeterminados, inter-relacionados e complexos.

O setor saúde no Brasil é um *mix* público-privado, que envolve prestadores de serviços e produtores de bens privados e públicos, regulação governamental, e a atuação de instituições filantrópicas e organizações não governamentais (CONASS, 2007). Segundo Eduardo e Miranda (1998, p. 250), o mercado brasileiro de bens e serviços de saúde, é cheio de falhas e distorções no campo dos cuidados de saúde possuindo relações mercantilistas associadas a elementos do mercado, o que demanda a regulação e intervenção do Estado, no sentido de proporcionar melhorias na eficiência e ampliação do acesso aos bens e serviços de saúde de maneira mais equânime.

Ao destacar sua importância na construção da cidadania no país, Luchese (2001, p. 45) concebe as ações de VISA como um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS, na busca da concretização do direito social à saúde ao desenvolver: ações regulatórias sobre produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde; ações normativas e fiscalizatórias sobre os serviços prestados; e permanente avaliação e prevenção do risco à saúde.

Para Piovesan (2002, p. 23), a VISA pode ser compreendida 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 à proteção e a promoção da saúde da população.

Costa (2003) caracteriza como competências da VISA a normatização e o controle sanitário sobre: (i) bens, produtos, tecnologias médicas, e substâncias de interesse à saúde, de suas matérias primas, equipamentos e etapas do ciclo produtivo; (ii) dos serviços de saúde direta ou indiretamente relacionados com a saúde; (iii) de portos aeroportos e fronteiras, incluindo meios de transporte de cargas e pessoas; e (iv) do meio ambiente, ambiente de trabalho e da saúde do trabalhador.

A concepção de VISA 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 (PIOVESAN, 2002, p. 23).

Apesar de estes autores diferenciarem-se no grau de especificação do objeto de atuação, pode-se abstrair destas concepções um conjunto de ações técnicas e legais desenvolvidas pela VISA: regulação, normatização, fiscalização, controle sanitário, avaliação, educação, informação e a pesquisa com o objetivo de promover e prevenir riscos à saúde da população. Contemporaneamente, pós-constituição de 1988, a VISA é fruto de um rico processo de construção social com conseqüências nos diferentes níveis do SN VISA, em termos da definição de seu objeto de ação e de suas estruturas institucionais.

Nesse contexto, a VISA se constitui em um instrumento de redução da morbi-mortalidade e da melhoria da qualidade de vida da população ao produzir um conjunto de ações de Vigilância em Saúde no campo da Saúde Coletiva, apoiada em variadas áreas do conhecimento técnico-científico e em bases jurídicas que lhe conferem o poder e o dever de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, assim como de intervir em problemas sanitários, com o objetivo de controlar e garantir a segurança de produtos e serviços capazes de afetar a saúde humana.

### 2.1.1.1 Um breve histórico da VISA

Segundo Eduardo e Miranda (1988), a VISA originou-se na Europa dos séculos XVII e XVIII com o surgimento da noção de “polícia sanitária”, posteriormente incorporada pelo Brasil, nos séculos XVIII e XIX. A VISA tinha então, o objetivo de vigiar o saneamento da cidade para evitar a propagação das doenças, exercendo as funções de regulamentar o exercício da profissão, combater o charlatanismo e de fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos. Segundo os autores, este entendimento apresentará significados diferentes no tempo, dependendo da concepção que se tem de dano ou doença das suas formas de ocorrência. Magalhães (2001) chama atenção para o fato de o primeiro uso legal da expressão “Vigilância Sanitária” ter ocorrido na década de 1920-1930, incorporada ao Regulamento Sanitário Federal, representando então, as atividades de controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de moléstias transmissíveis de estabelecimentos e locais.

Os múltiplos significados legais e institucionais atribuídos à VISA são apresentados por Costa (2001a) sob uma perspectiva histórica: (i) nos anos 20, a partir do Regulamento Sanitário Federal (1923), as ações associadas à concepção de polícia sanitária relacionavam-se indistintamente ao termo VISA, tanto em relação aos estabelecimentos e locais quanto ao controle sanitário de pessoas doentes ou com suspeitas de doenças transmissíveis; (ii) nas décadas de 30 e 40 a VISA se caracterizava pela regulação cartorial-burocrática de medicamentos e pela fiscalização da medicina, tendo sido estabelecido nos anos 50-60, o apoio laboratorial à análises de medicamentos e alimentos; (iii) no período de 1964-1988, após uma reformulação legal na Central de Medicamentos, seguiu-se uma reformulação institucional com a criação da Secretaria Nacional de VISA, que agrupou suas ações em relação à Portos Aeroportos e Fronteiras (PAF) e de fiscalização. Nesta época, a noção de VISA supera a concepção de polícia sanitária, sem deixar de incorporar a noção de fiscalização. Este período se caracterizou por intensa produção normativa nas áreas de alimentos, água para consumo humano, saneantes, cosméticos, produtos de higiene, correlatos, serviços e PAF; (iii) na década de 80, caracterizada pela redemocratização do país e pela afirmação constitucional de direitos sociais, a VISA ganha importância e se afirma como uma

ação de competência exclusiva do Estado, dado sua natureza interventora nas liberdades e particulares; (iv) na década de 90, em meio a um processo de globalização econômica, desmaterialização de direitos sociais, e crise na área da saúde, se revelam a fragilidade da VISA e a insustentabilidade do modelo burocrático-cartorial, face aos riscos presentes no mercado de consumo (morte de bebês em UTI's, de idosos em clínicas geriátricas e de pacientes de diálise). Frente a este quadro é rediscutido o modelo institucional, em nível federal, culminando com a criação da Agência Nacional de VISA (ANVISA), com a atribuição de coordenar o SN de VISA.

A relação entre a Vigilância Epidemiológica (VE) e a VISA é caracterizada em Magalhães (2001), onde é referido que já na discussão do Código Nacional de Saúde, em 1961, a VISA e a VE aparecem como áreas isoladas sem quaisquer inter-relações, tendo a expressão “Vigilância Sanitária” se consolidado institucionalmente em 1976, com a criação da Secretaria Nacional de VISA. Segundo a autora, essa instituição demonstrou ser incapaz de contrariar a lógica de reprodução econômica e social vigente, repetindo o modelo cartorial e clientelista, dependente do poder econômico, tendo a VISA, mais recentemente, passado a responder pelas ações relativas à vigilância do meio ambiente, sem que a mudança da legislação implica-se na mudança em seus processos de trabalho, que ainda mantiveram-se desarticulados das demais ações desenvolvidas pelas secretarias Estaduais e Municipais de saúde, particularmente no que se refere à VE.

Essa relação também é descrita em Teixeira et al. (2006), para quem a partir dos anos 70, ao mesmo tempo em que ocorria a institucionalização dos programas de controle e erradicação e a implantação da vigilância, se cristalizava a distinção entre a Vigilância Epidemiológica (VE), voltada para o controle de “casos” e “contatos”, e a VISA, voltada ao controle de “ambientes, produtos e serviços”.

Segundo Souza (2007, p. 73), no século XXI as práticas sanitárias ainda operavam na direção do controle do risco sanitário, tomando dimensões particulares e adequadas à complexidade da organização social contemporânea, tendo o campo do conhecimento da saúde pública sido fragmentado quando a epidemiologia, como ciência, não pôde sustentar um modelo de intervenção sobre a doença no âmbito coletivo. Neste período no Brasil, segundo a autora, a forma de organização do trabalho se fragmentou em vigilâncias adjetivadas: sanitária,

epidemiológica, ambiental, nutricional, da saúde, em saúde, da violência, e das condições de qualquer agravo que se torne objeto de acompanhamento da saúde pública.

Destaca-se nesta breve reconstituição histórica que a VISA, como hoje entendida, foi alvo de um processo de construção social, que iniciou com uma concepção de polícia sanitária e distinguiu-se institucionalmente da VE. Vale destacar que atualmente, busca-se resgatar a integração entre vigilâncias em torno da Vigilância em Saúde (VS), caracterizada em FIOCRUZ (1998, v. 3) como um novo paradigma da intervenção sanitária, representando a combinação de intervenções de promoção à saúde, prevenção de enfermidades e atenção curativa.

#### **2.1.1.2 O objeto da ação da VISA**

A delimitação das ações de VISA no âmbito do SUS, e da VS, tem suscitado diferentes entendimentos em relação ao seu objeto de ação nos planos Federal, Estadual e Municipal, o que se reflete nas variadas estruturas responsáveis pela sua implementação. Os diferentes entendimentos sobre o objeto de VISA interferem na conformação das estruturas institucionais, estabelecendo um elo entre o objeto da ação de VISA, apresentado nesta seção, e a estrutura estabelecida para sua condução, apresentada na seção 2.1.4.

Ao analisar as políticas de VISA no Brasil, Souto (2004, p. 39 e 40) considera importante à compreensão das variadas concepções que o termo VISA tem assumido no país, pelo fato de a VISA ter sido, sob o aspecto teórico-conceitual, objeto de estudo somente a partir da década de 90, e de o termo VISA ter surgido exclusivamente no Brasil, diferentemente da Vigilância Epidemiológica, resultando em pouca literatura internacional, apesar das práticas relacionadas ao campo da VISA existirem em outros países. Similarmente, para Souza (2007, p. 22) a expressão “Vigilância Sanitária”, no Brasil, revela uma singularidade relacionada à sua conformação histórica, sendo provável que os espaços organizacionais e os âmbitos em que operam as políticas de saúde pública em outros países não coincidam com os brasileiros podendo, porém, ser reconhecido neles às lógicas pelas quais desempenha a função de proteção aos riscos sanitários.

Em relação à área temática que compõe no Brasil, a VISA se configura em área pouco estudada em relação à Saúde Pública não possuindo entendimento único quanto a sua denominação, nem entre profissionais de saúde e sanitaristas, sendo, em função do projeto político de cada governo, alvo de atualizações na institucionalização de políticas de proteção e nas forças sociais capazes de reconhecer e influenciar as normas pelas quais opera (SOUZA, 2007, p. 20).

Os conceitos que permeiam as normas de vigilância nem sempre são claros, podendo ser indeterminados, demandando serem preenchidos ou estipulados, de modo a superar sua ambigüidade (COSTA, 2003). Segundo a autora, uma reflexão de corte epistemológico sobre proteção da saúde, segurança sanitária e vigilância ainda não está bem elaborada, sendo a segurança sanitária um conceito ainda em formação.

Um exemplo da multiplicidade de usos e adjetivações da palavra “sanitária” demonstra tal afirmação: A autoridade sanitária (de saúde) determinou à Vigilância Sanitária (instituição) a averiguação das condições sanitárias do local (higiênicas), bem como a segurança sanitária (ausência de risco) dos produtos ofertados à população, dado o surto de febre aftosa animal ocorrido e às possíveis fragilidades nas barreiras sanitárias (agricultura) em fronteiras estaduais e internacionais. Diante desta multiplicidade de possibilidades, e objetos, e do fato de todo risco em VISA ser um risco sanitário, é pertinente questionar se: Todo risco sanitário é um risco de VISA? A delimitação de subconjuntos específicos de riscos habilitaria uma melhor ação de Estado sobre eles?

De modo a contribuir com a reflexão sobre o subcampo de ação da VISA, e delimitá-la para fins deste trabalho, a seguir será conduzida uma discussão sobre a VISA nas perspectivas semântica, institucional e acadêmica.

É importante a caracterização da VISA em relação ao significado semântico do termo<sup>10</sup>, dado que este expressa seu entendimento vulgar e popular. Isoladamente, vigilância, do latim *vigilantia*, assume o sentido de ato de vigiar, precaução, prevenção, zelo, cuidado, atenção. A palavra sanitária, do francês *sanitaire*, representa aquilo que é relativo à saúde ou higiene. Conjuntamente,

---

<sup>10</sup>. Significados retirados do dicionário Aurélio: Ferreira (1999).

vigilância+sanitária significaria o ato de vigiar, prevenir, zelar a saúde ou higiene. Assim, sob a perspectiva semântica, normalmente adotada por cidadãos comuns, as ações de VISA assumem uma amplitude que se confunde com àquelas da Vigilância em Saúde, caracterizando um primeiro entendimento para as ações de VISA.

Na prática as ações de VISA, como institucionalmente entendidas no âmbito do SUS, o termo Vigilância Sanitária tem representado ações específicas sobre produtos e serviços. A VISA, como hoje entendida, se cristalizou no regramento nacional ao final da década de 80, com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080/90, que além de incumbir a VISA a realização de ações preconizadas para o SUS pela Constituição Federal<sup>11</sup>, em art. sexto, parágrafo primeiro, define e delimita contemporaneamente a VISA no país:

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

Em relação a essa consagrada definição, podem-se destacar: (i) a *natureza indelegável* das ações de VISA, enquanto ações exclusivas de Estado; (ii) o *caráter executivo* de suas ações, que demandam capacidade para atuar na proteção da coletividade social e interpor autoridade de Estado, nos casos onde o risco a saúde for identificado; (iii) a *forma de ação* sobre riscos, pela produção de ações de promoção e ou de prevenção em VISA; (iv) o *espectro de abordagens para ação em relação à riscos*, que permite à VISA atuar de modo antecipá-los, reduzi-los, e ou à não admiti-los; (v) a *especificidade* de suas práticas sobre produtos e serviços,

---

<sup>11</sup> A Constituição Federal, em seu artigo 200º, define como competências do SUS: (I) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e [...]; (II) executar as ações de VISA [...]; (VI) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, e as bebidas e águas para consumo humano; (VII) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; (VIII) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

que a distingue das demais ações de saúde no âmbito do SUS; e (vi) o *controle* por ela exercido, entendido como uma função do administrador público<sup>12</sup>.

Apesar de essa definição ampliar o campo de atuação em relação às práticas antigas de VISA<sup>13</sup> (EDUARDO e MIRANDA, 1998), verifica-se que o termo Vigilância Sanitária assume um segundo entendimento, com menor amplitude do que àquela dada em seu entendimento semântico.

Uma importante delimitação em relação à forma de olhar as práticas de VISA se relaciona às noções de risco e de qualidade. Frequentemente, atribui-se à VISA a responsabilidade pela qualidade de produtos e serviços, seja em trabalhos acadêmicos ou no aparato legal.

Em termos de trabalhos acadêmicos, a noção de qualidade aparece sob variadas formas: controle e fiscalização da qualidade de alimentos (CUNHA e SOLLA, 2001 p. 33), controle da qualidade de produtos (DVS Santo André, 2001, p. 85) ou de programas de VISA com o objetivo de controlar a qualidade de produtos e serviços (BRITO et. al., 2001 p.40).

Em termos legais, a noção de qualidade aparece na Portaria 1.565/94, que em seu artigo 3º, “inclui necessariamente nas ações de VISA controle de todas as etapas e processos, da produção ao uso de bens de capital e de consumo e de prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, com vista à garantia da sua qualidade”. Além disto, muitas vezes as ações de VISA são relacionadas a uma proteção ao consumidor com base na Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que estabelece a Política Nacional das Relações de Consumo com o objetivo de atender as necessidades dos consumidores<sup>14</sup>, apoiada, entre outros, no princípio da ação governamental “que estabeleça a garantia dos

---

<sup>12</sup> Para Chiavenato (2000) em Administração, a palavra controle pode significar uma função restritiva e coercitiva, um mecanismo automatizado de um sistema produtivo industrial, ou como uma função do administrador que envolve: definir padrões, monitorar desempenho, comparar padrões com desempenho e tomar medidas corretivas para assegurar resultados desejados.

<sup>13</sup> Fiscalização, observação do fato, licenciamento de estabelecimentos, julgamento de irregularidades e aplicação de penalidades, baseado nas funções decorrentes do seu poder de polícia.

<sup>14</sup> A Lei 8078/90, estabelece em seu: “Art. 6º, São direitos básicos do consumidor: I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos [...]”; e “Art. 10. O fornecedor não poderá colocar no mercado de consumo produto ou serviço que sabe ou deveria saber apresentar alto grau de nocividade ou periculosidade à saúde ou segurança”.

produtos e serviços com padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho”.

Neste sentido, cabe ressaltar que, apesar de próximo, o direito do consumidor se estabelece a partir da existência de uma relação de consumo, enquanto o direito à ação de VISA é inerente à cidadania, independentemente da existência objetiva de uma relação de consumo.

Aparentemente similares, as responsabilidades de identificar-gerenciar-comunicar riscos de VISA, assim como descritas em Lucchese (2001), guardam maior proximidade com a noção de segurança<sup>15</sup> do que com a de qualidade.

A qualidade, no sentido usualmente empregado em saúde, dado por Adevis Donabedian, está relacionada ao cuidado na assistência à saúde. De acordo com Donabedian (1988) a qualidade pode ser estimada normativamente<sup>16</sup>, pela análise da tríade estrutura, processo e resultados, em nível dos profissionais (técnica e inter-pessoal), das amenidades utilizadas na assistência, da implementação do tratamento (co-responsabilidade do provedor, pacientes e seus familiares) e da assistência recebida pela comunidade.

Já Parasuraman et al. (1994) propõem mensurar às diferentes características de qualidade que compõem um serviço, a partir das dimensões confiabilidade, empatia, garantia, presteza e tangibilidade, tanto em relação à qualidade desejada, que corresponde àquela que os consumidores acreditam que será ser provida, quanto em relação à qualidade adequada, que representaria o mínimo serviço que os consumidores estão dispostos a aceitar.

A literatura sobre qualidade amplia o uso do termo. Segundo Campos (1992), qualidade representa adequação de produtos e serviços ao seu uso, envolvendo emoção, recursos humanos e uma mudança cultural, sendo assim dependente de liderança, da mensuração e do acompanhamento de resultados. No

---

<sup>15</sup> Segundo Ferreira (1999) seguro é aquilo que é protegido, garantido, livre de perigo ou risco, ou ainda, aquilo que se tem certeza, confiança, convicção.

<sup>16</sup> Segundo o autor, a estimação da qualidade é um dispositivo administrativo utilizado para monitorar se a performance permanece dentro de limites aceitáveis, sendo, quase sempre, conduzida sem os controles rigorosos que a ciência requer, não podendo assim ser caracterizada como pesquisa clínica ou análise tecnológica. Nesta abordagem é assumida uma forte relação causal entre os três componentes da tríade, na qual se presume que uma adequada estrutura aumenta a probabilidade de um processo adequado, que por sua vez resulta no alcance dos resultados esperados.

entendimento dado pela ASQ (2006), em termos técnicos, a qualidade pode ser entendida como um conjunto de características de um produto ou serviço responsáveis pela sua habilidade de satisfazer determinadas necessidades, ou também como produtos e serviços sem defeitos.

Em função de a qualidade envolver um amplo espectro de características associadas a diferentes bens, é especialmente importante distinguir produtos e serviços<sup>17</sup>. De acordo com a Lei 8.078/90, Art. 3º, parágrafos 1º e 2º, um Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial; enquanto um Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Assim, o olhar da qualidade de produtos e serviços pode desdobrar-se em um número exponencialmente crescente de características de qualidade, que podem incluir: custo, condições de pagamento, prazo de entrega, simpatia e presteza no atendimento, conforto, praticidade, beleza, design, status, rendimento, sabor, segurança, durabilidade, efetividade, usabilidade, cor, resistência ou leveza.

Este conjunto de características inerentes à noção de qualidade ajuda a compreender as implicações de imputar à VISA a função de assegurar a qualidade de produtos e serviços objetos de suas ações. A partir do entendimento que as práticas de VISA ocorrem sobre a dimensão risco, seria uma extrapolação de suas atribuições legais imputarem-lhe a responsabilidade pelo conjunto de características que compõem a qualidade.

Por outro lado, a qualidade, quando entendida em sua completude, incorpora as características de qualidade que são objeto da ação de VISA, evidenciando uma relação entre segurança sanitária e qualidade, uma vez que, a inexistência de risco naturalmente incrementa a qualidade. Apesar disto, a constatação de que produtos e serviços possuem segurança sanitária não é

---

<sup>17</sup>. Segundo Ferreira (1997, p.27): *serviços são intangíveis* e perecíveis, são disponibilizados a partir de um sistema produtivo aberto, tem grande contato com os consumidores, possuem um processamento simples, e apresentam sistemas produtivos dedicados a servir mercados locais, cuja localização depende dos fluxos de consumidores; enquanto *produtos são tangíveis*, têm os mercados atendidos por sistemas produtivos regionais, nacionais ou internacionais, podendo ser produzidos para estoque, com contato mínimo com o consumidor final, processamento complexo e inter-relacionado, podendo se beneficiar de economias de escala.

suficiente para afirmar que estes são dotados de outras características de qualidade não consideradas pela VISA, a exemplo de um produto sanitariamente seguro, porém caro, feio, pago apenas à vista, com prazo de entrega longo, design antiquado, não resistente, pesado ou com opções de sabores e cores insuficientes.

Neste sentido, garantir a qualidade caberia àqueles que ofertam os produtos e serviços à população, entendimento este alinhado com o de Cavalheiro (2001): “A rigor, independentemente do setor produtivo em questão, quem deve garantir a qualidade são os produtores, através de um rigoroso controle de qualidade”, e também com àquele de Pepe et al. (2006, p.275), para quem: “Não cabe a VISA ‘garantir a qualidade’, responsabilidade que lhe é erroneamente imputada, geralmente quando já houve ocorrência de dano à saúde. É de sua responsabilidade ‘monitorar’ e ‘avaliar’ as condições, adequadas ou não, em que está sendo realizado o processo produtivo, para intervir, caso necessário, antes da ocorrência de agravos ou danos à saúde”.

É importante destacar que o objetivo desta discussão não é a comparação, ou a definição de graus de importância, entre as noções de qualidade e de risco, antes disto, ela busca a delimitação do objeto de ação da VISA, sem extrapolar suas funções e competência legal ao imputar-lhe uma atribuição que está sob a gestão e gerência das empresas que produzem e ofertam os serviços.

Ao serem incorporados pela VISA, termos como risco, segurança e qualidade deveriam ser precisados, como preconizado por Costa (2004)<sup>18</sup>. Assim, o termo “Qualidade”, ao se referir àquelas características de qualidade observadas em produtos e serviços pela VISA, não deveria ser utilizado sozinho e sim em sua forma adjetivada “Qualidade Sanitária”<sup>19</sup>, e precisa, como em “Qualidade Sanitária de Produtos” ou “Qualidade Sanitária de Serviços”. Apesar dessas formas contribuírem para o entendimento da função das ações de VISA, em oposição a noção de “Risco” ou “Risco Sanitário”, utilizado na descrição legal das ações de VISA, seria preferível

---

<sup>18</sup> Segundo Costa (2000), em países desenvolvidos o conceito de segurança sanitária vem adquirindo consistência, com um entendimento amplo, incluindo a segurança presente e futura da coletividade.

<sup>19</sup> O Art. 16, inciso VIII, da LOS utiliza o termo “qualidade sanitária” ao definir as competências da União no âmbito do SUS “estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano”.

o termo “Segurança”, sua forma adjetivada “Segurança Sanitária” e precisa como em “Segurança Sanitária de Produtos” e “Segurança Sanitária de Serviços”.

Apesar disto, o que justificaria a associação entre qualidade e a Segurança Sanitária de Produtos e Serviços?

Uma possível explicação está relacionada à função normativa da VISA que impõe ações de controle em resoluções, regulamentos, portarias, onde são definidos parâmetros, condições e a padronização dos processos de trabalho, com vistas à segurança sanitária de produtos e serviços. Essa função em muito se assemelha à forma preconizada em movimentos de certificação e acreditação<sup>20</sup>, adotados pelas empresas, sejam elas reguladas pela VISA ou não.

Ao discutir a responsabilidade pela avaliação de serviços de saúde em uma proposta de treinamento de técnicos de VISA, em avaliação de serviços, licenciamento sanitário e acreditação, Murahovschi et al. (2004) exploram a relação entre as ações de VISA e de qualidade<sup>21</sup>, propondo a substituição do paradigma do controle pelo da responsabilidade social<sup>22</sup>, baseado em olhares internos (auto-avaliação, auditorias internas ou a auto-inspeção) e externos. Os olhares externos poderiam ser diretos, como as inspeções realizadas pela VISA que exigem contato entre o sujeito e o objeto do conhecimento (medições, observações, entrevistas) ou indiretos (mediados por indicadores). Os autores afirmam ainda que “Nos serviços de saúde onde não há qualidade o risco é elevado. A relação inversamente proporcional entre estas duas noções encerra definitivamente a discussão sobre a pertinência dos conceitos de qualidade no contexto da Vigilância Sanitária”, além de “o controle de risco e qualidade são inseparáveis, e a diminuição da qualidade da assistência prestada leva ao aumento do risco para usuários e trabalhadores”.

---

<sup>20</sup> Enquanto a certificação está associada ao atendimento de Normas Brasileiras Reguladoras (NBR), como àquelas da série ISO, a acreditação está associada ao atendimento de Manuais de Acreditação por prestadoras de serviços hospitalares, Serviços de Hemoterapia, Laboratórios Clínicos ou de Terapia Renal Substitutiva. Vale ressaltar que estes manuais têm sido construídos em parceria entre a ANVISA e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), o que sinaliza a anuência do nível federal do SN VISA à proposta de acreditação.

<sup>21</sup> Os autores preconizam como semelhanças entre a acreditação e a VISA a melhora dos cuidados prestados ao paciente, a garantia da qualidade da assistência e a garantia da segurança de clientes internos, externos e da comunidade.

<sup>22</sup> Os autores defendem um maior grau de autonomia e de responsabilidade dos estabelecimentos, propondo que a VISA poderia assumir como verdadeiros os dados e informações de auto-inspeções, e, inclusive, basear-se neles ao conceder a licença de funcionamento.

Apesar disto, a certificação e a acreditação podem não significar o atendimento da legislação sanitária e, inversamente, o atendimento da legislação sanitária não garante a certificação ou acreditação, caracterizando que o controle da qualidade e o controle atribuído à VISA assumem objetivos distintos.

Enquanto o controle da qualidade se revela como uma demanda de mercado estabelecida a partir de uma relação de consumo, tendo livre adesão e o objetivo de aperfeiçoar processos, evitar perdas, satisfazer o consumidor, sendo, neste sentido, um instrumento da diminuição de custos operacionais e aumento da competitividade e de lucros. Diferentemente, o controle atribuído à VISA é inerente à noção de cidadania, é independente da lógica de mercado, se ampara nos princípios e diretrizes do SUS, sendo compulsoriamente estabelecido pelo Estado, com o intuito de proteger a população frente a riscos em produtos e serviços, funcionando assim um instrumento a serviço do bem estar social e qualidade de vida.

Na prática, apesar de se basearem em objetivos distintos, os procedimentos preconizados na legislação de VISA podem ser incorporados aos instrumentos de controle de qualidade, mesmo que estes tenham sido estabelecidos pelas empresas para fins de certificação e acreditação. Neste contexto, a filosofia da qualidade, incluído seu conjunto de técnicas e ferramentas<sup>23</sup>, é aplicável pelos estabelecimentos e empresas que controlam os processos de produção de produtos e prestação de serviços, para fins de segurança sanitária ou de qualidade<sup>24</sup>.

Em termos acadêmicos o termo Vigilância Sanitária pode assumir significado diverso daquele presente na perspectiva institucional. Apesar de se caracterizarem como distintos e independentes, movimentos no plano institucional influenciam e são influenciados pelos movimentos no plano acadêmico. Academicamente, a VISA vem se posicionando, como pode ser observado em Dalari

---

<sup>23</sup> Segundo Park (1996), em atividades de controle de qualidade as técnicas mais frequentemente utilizadas na análise de dados são as *sete ferramentas da qualidade* (histogramas, diagrama de causa-efeito, de dispersão, de estratificação de pareto, cartas de controle, gráficos) e as *sete novas ferramentas da qualidade* (diagramas de relacionamento, de árvore, de afinidades, de setas, matriz de relacionamentos, carta de planejamento do processo de decisão, e matriz de análise de dados). Além destas, o autor cita as ferramentas gerenciais de qualidade, tais como: Controle Estatístico de Processos, Desdobramento da Função Qualidade (QFD), Análises de Correlação e Regressão.

<sup>24</sup> Incluídos os serviços prestados pelo SN de VISA, aos moldes da caixa de ferramentas de apoio ao planejamento de ações de VISA, como proposto em Eduardo e Miranda (1998) e De Seta (2006).

(2002), ao introduzir o livro de resumos do I Simpósio Brasileiro de VISA (SIMBRAVISA):

Para que possa se aventurar a autonomia da VISA, como ramo do conhecimento, é necessário que se enfrente a discussão sobre o conceito contemporâneo de saúde pública, [...] , a partir do momento em que a percepção do risco coletivo de contrair doenças se sobrepõe ao da própria moléstia, é possível identificar uma unidade entre aqueles saberes e práticas que fundamentam a regulação, caracterizando a VISA. [...] Ora, a VISA representa, sem qualquer dúvida, uma evidência da mudança de paradigma no campo da Saúde Coletiva. ... Assim, no momento em que as condições de vida política e social apontam para uma mudança cultural que valoriza as implicações do sistema produtivo na saúde, é natural que cresça em importância o campo do conhecimento que reúne a ciência pura e a aplicada. [...] pode-se afirmar que a VISA expressa um subcampo do conhecimento científico – dotado de leis próprias, derivadas dos agentes e instituições que o caracterizam – que facilita a superação da divisão (hoje inconveniente) entre a ciência pura e aplicada.

Ao posicionar a VISA enquanto subcampo da Saúde Pública, o texto anterior contribui para o preenchimento do significado do termo VISA. Campo, no sentido dado por Bourdieu (1992), não é apenas um lócus significados, mas de relações de força, de conflitos para sua transformação, e de mudança permanente, que se caracteriza como um espaço de disputa potencialmente aberto cujas fronteiras dinâmicas fazem parte do conflito de interesses presentes no campo, podendo ser determinadas apenas pela investigação empírica<sup>25</sup>. Frente a reivindicação de atribuir à VISA o status de campo científico, parece oportuna a abordagem dada por Foucault (1987, p. 153) que, sob a ótica da descrição arqueológica, argumenta ser mais útil discutir o saber, pela análise do caminho: formações discursivas ↔ saber ↔ ciência<sup>26</sup>, destacando que apesar dos saberes serem essenciais à constituição de uma ciência, podem ser caracterizados saberes

---

<sup>25</sup> Pensar em termos de campo é pensar relacionalmente; um campo pode ser definido em termos analíticos como uma rede de trabalho, ou uma configuração, de relações objetivas entre posições. As posições no campo são objetivamente definidas, em sua existência e determinações que impõem aos seus ocupantes, pela sua situação presente e potencial na estrutura de distribuição de recursos e poder, cuja posse comanda o acesso a benefícios disponíveis no campo e as relações objetivas (dominação e subordinação) em relação às outras posições (BOURDIEU, 1992).

<sup>26</sup> O termo formações discursivas (p. 175) é utilizado como um espaço de divergência, um conjunto de oposições cujos níveis e papéis devem ser descritos, no sentido oposto ao de um texto ideal, contínuo e sem aspereza que resolve uma multiplicidade de contradições. O saber (p. 153) se refere: ao conjunto de elementos formados de maneira regular por uma prática discursiva; a um espaço no qual o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de seu discurso; a um campo de coordenação e subordinação de enunciados onde conceitos aparecem, definem-se, aplicam-se e transformam-se.

independentes das ciências, sem contudo haver saber sem prática discursiva definida.

Ao analisar a VISA nesta perspectiva, é possível identificar que seu conjunto de práticas à serviço da segurança sanitária caracterizam formações discursivas e saberes específicos, conformando um subcampo de conhecimento que apresenta considerável produção científica.

Neste contexto, importantes movimentos têm sido feitos no intuito de posicionar a VISA enquanto subcampo de pesquisa, a exemplo, da incorporação de 828 termos de VISA<sup>27</sup> aos Descritores em Ciências da Saúde<sup>28</sup> (DeCS), em 2003, do lançamento da Revista Brasileira de VISA (REVISA), em 2005, periódico específico para a divulgação da produção científica sobre VISA, e de Simpósios Brasileiros de VISA (SIMBRAVISA)<sup>29</sup>, eventos de cunho científico bi-anuais, que atribuem visibilidade nacional e internacional à VISA.

A sistematização dos eixos temáticos dos SIMBRAVISA permite visualizar a pauta de assuntos que têm sido priorizados na produção de conhecimento científico no subcampo de VISA. Conforme apresentado na Figura 1, uma mudança importante ocorreu em relação ao enfoque dado ao SN VISA, que propunha discutir sua construção no primeiro Simpósio, evoluindo para sua efetivação, caracterizada pelos eixos Políticas de VISA. Pode-se também evidenciar a continuidade temas como ética, inserção no sistema de saúde, história e participação da comunidade. Destaca-se também uma correspondência direta entre o entendimento semântico e os eixos temáticos, que tomam objetos ampliados de VISA em relação ao entendimento institucional, incorporando áreas como o Meio Ambiente e os Ambientes de Trabalho.

---

<sup>27</sup> A exemplo de: *Sistema de VISA*, que “compreende o conjunto de instituições, políticas e métodos que formam a estrutura organizacional-administrativa da área governamental de vigilância sanitária”; *VISA de Serviços de Saúde*, que corresponde ao “controle e fiscalização dos serviços de saúde, visando controlar o funcionamento dos serviços, a prestação de serviços, os riscos físicos, químicos, biológicos e iatrogenias, e assegurar o exercício de boas práticas na atenção à saúde dos pacientes”; e da *VISA de produtos*, que refere-se ao “controle e fiscalização de bens de consumo, que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, considerando todas as etapas e processos que envolvem a produção, armazenamento, circulação, transporte, comercialização e consumo, incluindo matérias-primas, coadjuvantes de tecnologias e equipamentos”.

<sup>28</sup> O DeCS é um vocabulário estruturado e trilingüe (português, espanhol e inglês) para indexação de artigos de revistas científicas, livros, e outros materiais, assim como para ser pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras.

<sup>29</sup> São Paulo (SP, 2002), Caldas Novas (GO, 2004), Florianópolis (SC, 2006) e Fortaleza (CE, 2008).

I SIMBRAVISA	II SIMBRAVISA	III SIMBRAVISA	IV SIMBRAVISA
Construção do SN VISA	Políticas e Sistemas de Vigilância nas Américas	Política e gestão do SN VISA	Políticas de Vigilância Sanitária e Formação e Capacitação
VISA, saúde e cidadania	Tecnologia, Ética e VISA	VISA e as práticas em saúde	-
		Objetos e Práticas em VISA	VISA de Alimentos, Medicamentos, Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, Meio Ambiente, Ambientes de Trabalho
		Tecnologia e saúde: desenvolvimento, avaliação e incorporação	-
	Ciência, saúde e sociedade	Direito e saúde, ética, e participação social	Direito Sanitário
		História, sociedade, cultura e saúde	História e Vigilância Sanitária

Figura 1. Eixos temáticos dos Simpósios Brasileiros de VISA

Fonte: Adaptado dos Anais do I, II, III e IV SIMBRAVISA.

De um modo geral, o entendimento acadêmico se assemelha ao semântico pela ampliação dos objetos de ação da VISA, em relação ao entendimento institucional, que, geralmente, os delimita a riscos presentes em produtos e serviços, gerando uma natural dificuldade em relacionar o significado literal do termo VISA em relação às ações institucionalmente desenvolvidas.

### 2.1.2 ATORES DA VISA, SEUS VALORES, INTERESSES E PRÁTICAS

A VISA se constitui em um campo singular, cujas múltiplas conexões com o sistema produtivo e sua inserção no campo regulatório das relações de produção-consumo de bens e serviços lhe conferem certa especificidade conceitual e técnico-operativa, em relação às demais práticas sanitárias (COSTA, 1999).

Consumidores, provedores, administradores e governantes, compõem quatro conjuntos chave de atores em sistemas de saúde, e dependendo do problema estabelecido, pode ser necessário agir ou mudar o comportamento de algum destes conjuntos de atores para que melhorias na performance sejam realizadas (HURST, 2002).

Similarmente, ao discutir o risco ético associado à transformação de sistemas de saúde, Contandriopoulos (2003) caracteriza a tensão entre valores das sociedades democráticas modernas: equidade, liberdade individual e eficiência, tensão também presente na regulação de sistemas de saúde, se expressando em

um processo de coordenação e competição entre quatro lógicas utilizadas por quatro grupos ideais de atores: (i) lógica profissional, utilizada pelos profissionais de saúde, na auto-regulação das profissões, formação profissional e qualidade das ações, na busca do interesse coletivo; (ii) lógica tecnocrática, onde gestores planejam racionalmente o uso dos recursos no atendimento das necessidades de saúde da população; (iii) lógica de mercado, que assume a premissa da auto-regulação, onde a intervenção do Estado deveria ser mínima; (iv) e a lógica democrática, que se constitui na solução ao impasse estabelecido pelas lógicas anteriores, através de um processo de aprendizado individual e coletivo.

Estes atores são interdependentes, tendo suas práticas influenciadas pelas estruturas estabelecidas, que, por sua vez, organizam os processos para os quais os recursos são mobilizados e utilizados para alcançar as metas do sistema (CHAMPAGNE e CONTANDRIOPOULOS, 2005). Segundo os autores, estes atores podem ser indivíduos ou grupos organizados de agentes, que se caracterizam: por seus valores, convicções, conhecimentos, projetos e intenções; pelos recursos que possuem ou controlam; e pela sua disposição para a ação.

Nenhum grupo de atores dita as regras aos outros grupos e nenhuma lógica é dominantemente e, assim sendo, a coordenação do sistema de saúde envolve o relacionamento destes atores com o resto da sociedade, além da governabilidade e organização de espaços de expressão e tensão, de tal modo que a tomada de decisão por um ator ocorra em concordância e seja entendida como legítima pelos demais (CONTANDRIOPOULOS, 2003). Segundo o autor, as condições encontradas em certa sociedade, em certo momento, são consequência do acordo social dominante como resultado de um processo contínuo de busca de equilíbrio, não existindo um modelo geral de mudança automaticamente aplicável na reforma de instituições de Estado, como as de saúde, exceto aqueles que refletem os grandes valores da sociedade, que resultam no fato das estratégias serem sempre particulares e paradoxais.

A relação entre atores na área da saúde é também caracterizada no relatório do Banco Mundial para um ambiente de participação social, onde pessoas pobres tenham voz ativa na oferta de serviços de saúde ao utilizar mecanismos de *accountability* (responsabilidade final), conforme apresentado na Figura 2.

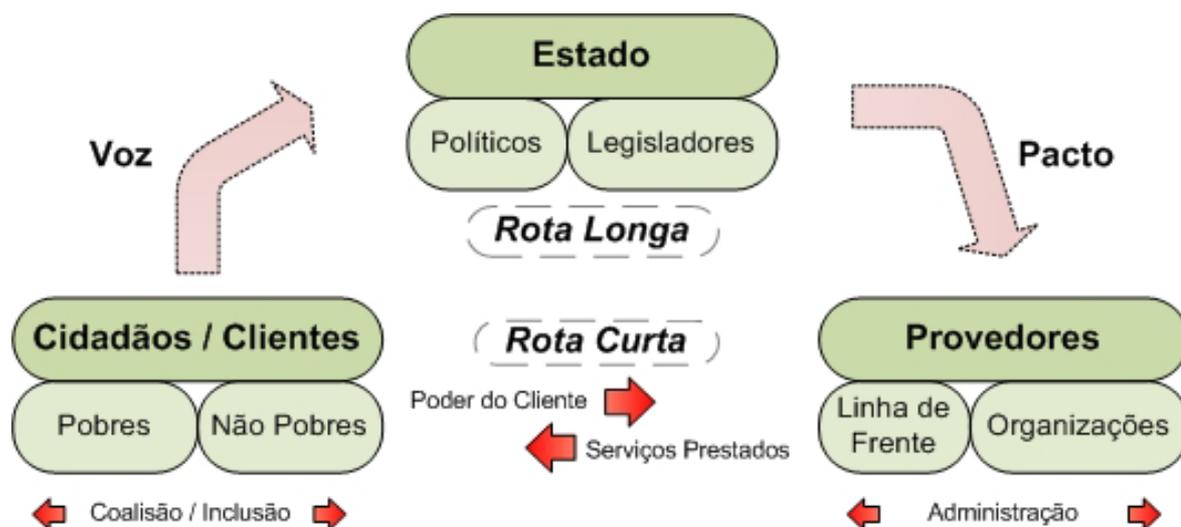


Figura 2. Relacionamentos chave do poder de cidadãos

Fonte: Traduzido e adaptado do WDR (2004).

Segundo o relatório WDR (2004), na busca de assistência à saúde, os cidadãos poderiam pressionar provedores para o acesso à serviços equânimes (rota curta da *accountability*) ou o Estado (rota longa da *accountability*), que em resposta interferiria através de *compacts* (pactos). Nesta caracterização é possível identificar os relacionamentos entre cidadãos, políticos, legisladores, organizações e profissionais de saúde (linha de frente), além de provedores (Seguro Saúde privado e Seguridade Social).

Os cidadãos, como destinatários das políticas públicas, podem assumir comportamentos distintos ao receber serviços prestados pelo Estado, órgão regulador dos Sistemas de Saúde. Segundo Mintzberg (1996), no convívio social as pessoas podem vestir quatro chapéus: *consumidor*, em um limitado relacionamento de mercado consumidor-oferta de serviços, sejam eles públicos ou não (loterias e abastecimento de água); *cliente*, em um relacionamento clientes-agentes públicos ao receberem serviços prestados pelo Estado (educação, saúde e transporte); *cidadão*, que ultrapassa os anteriores, ao considerar direitos intrínsecos à cidadania e o papel do Estado em ofertar infra-estrutura pública (museus, estradas, política monetária e justiça) e mediar interesses competitivos (agencias reguladoras, prisões, proteção militar, e serviços de saúde); e de *sujeito*, enquanto cidadão dotado de direitos, mas também de obrigações derivadas do convívio social.

Conforme apresentado, a caracterização dos atores no âmbito de sistemas de saúde é objeto de maior ou menor agregação pelos diferentes autores.

Considerando o contexto nacional, no âmbito do SUS, o conjunto de atores presentes no campo de ação da VISA demanda uma maior desagregação, conforme apresentado na Figura 3, onde também são consolidados os atores e lógicas dadas em Hurst (2002), Contandriopoulos (2003) e WDR (2004).

Lógicas	Atores Sociais	Atores presentes no subcampo de ação da VISA
Democrática	Consumidores / Cidadãos	Cidadãos
		Organizações e entidades de defesa do consumidor
	Conselhos de Saúde	
	Governantes / Políticos e Legisladores	Governantes e integrantes do poder Judiciário e Legislativo
Tecnocrática	Administradores / Gestores	Administradores de VISA e do SUS
		Organizações públicas externas ao setor saúde
Mercado	Provedores	Serviços de atenção e assistência à saúde
		Produtores de produtos e bens sujeitos à VISA
Profissional	Profissionais	Agentes de VISA
		Demais Profissionais de saúde
		Entidades de profissionais de saúde e demais entidades

Figura 3. Lógicas de ação, atores sociais e atores em VISA

Fonte: Adaptado de Hurst (2002), Contandriopoulos (2003), e WDR (2004).

A VISA naturalmente interfere nas relações entre estes atores, assumindo uma condição de mediadora de interesses em uma prática típica de Estado, que implica em avaliar dimensões técnicas, jurídicas, econômicas, ideológicas, éticas e políticas. A condução destas práticas é realizada por agentes de Estado - vigilantes sanitários<sup>30</sup> - dotados de agência<sup>31</sup>, ou capacidade de ação, ao realizarem um juízo de valor sobre produtos e serviços sujeitos à VISA.

Assim, a agência em VISA guarda relação direta com a compreensão da realidade observada por vigilantes sanitários e com seu conhecimento, onde o saber, segundo Costa (2003), é uma das dimensões críticas no fazer em VISA.

Guiddens (1984) apresenta a agência como um dos elementos de sua teoria da estruturação social<sup>32</sup>, que pode ser entendida principalmente como a capacidade de realização das pessoas e não apenas a intenção de agir, estando assim relacionada ao poder:

<sup>30</sup> São variações também possíveis vigilante ou vígil (Ferreira, 1999).

<sup>31</sup> A agência aqui caracterizada não se refere às Agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e sim, como apresentado em Ferreira (1999), à agência enquanto capacidade de agir; diligência, atividade, trabalho.

<sup>32</sup> Além da agência, enquanto propriedade do agente, o autor descreve a relação entre a agência e o poder e sua relação com as estruturas sociais contextualizadas no espaço e tempo.

A agência diz respeito a eventos onde um indivíduo perpetra, no sentido que o indivíduo poderia em qualquer fase de uma seqüência de conduta ter agido diferentemente. A ação é um processo contínuo, um fluxo, no qual o monitoramento reflexivo mantido pelo indivíduo é fundamental no controle da consistência que os atores comumente sustentam no dia-a-dia de suas vidas (p. 9). ... Agência se refere à conduta (p. 10). Ser capaz de agir de outra forma significa ser capaz de intervir no mundo, ou abster-se desta intervenção, com o efeito de influenciar um específico processo ou estado de acontecimentos. [...] Ação depende da capacidade do indivíduo 'fazer diferença' em um pré-existente estado de acontecimentos ou curso de eventos. Um agente deixa de sê-lo se ele perde a capacidade de 'fazer diferença', ou seja, de exercer algum poder (p. 14). ... ação logicamente envolve poder no sentido de capacidade transformativa (p. 15). [...] Poder no interior de sistemas sociais que tem alguma continuidade no tempo e espaço presume relações reguladas de autonomia e dependência entre atores e coletividades em um contexto de interação social (p. 16).

De acordo com Alexander (1983), ao analisar o trabalho de Talcott Parsons, a ordem social está associada à noção de interdependência: “a mais geral e fundamental propriedade de um sistema é a interdependência das partes ou variáveis, que consiste na existência de determinadas relações entre estas em contraste à variabilidade aleatória”, onde a interdependência é a “ordem no relacionamento dos componentes do sistema”.

A possibilidade de intervenção na ordem social reforça a importância do “saber” na condução de ações de VISA, de modo a produzir ações efetivas e legítimas, o que pode ser ilustrado a partir dos requisitos fundamentais à credibilidade e respeitabilidade das ações de inspeção sanitária, como caracterizado no anexo da Portaria 2473/2003<sup>33</sup>: “o conhecimento e domínio da legislação sanitária inerente a cada área de inspeção; a competência e composição técnica; e a formação e capacitação técnica da equipe encarregada pela inspeção sanitária, preferencialmente equipes multidisciplinares, de forma a propiciar uma avaliação criteriosa e abrangente”. A inspeção sanitária, segundo CONASS (2007), é uma atividade de avaliação que consiste em observar uma dada realidade, comparar com o ideal estabelecido para essa situação, emitir um julgamento sobre o que foi observado e adotar medidas derivadas desse julgamento.

No contexto da VISA, a agência implica que vigilantes sanitários em uma situação concreta sejam dotados de capacidade de agir sobre a ordem social

---

<sup>33</sup> A Portaria 2473/2003 estabelece à segunda pactuação do Termo de Ajustes e Metas - Contrato entre a ANVISA, Estados e Municípios, para a gestão de ações de média e alta complexidade em VISA.

estabelecida, sem constrangimentos de qualquer espécie, podendo envolver a restrição de direitos individuais em benefício da coletividade (BATTESINI, 2006).

A noção de complexidade, inerente às ações de VISA, pode ajudar a entender a relação entre observador-objeto. Tarride (1998) caracteriza uma complexidade subjetivamente percebida pelo seu observador e outra inerente ao sistema observado. A primeira está associada à relação entre o sujeito consciente e ativo e o objeto em interação com ele, cuja complexidade pode mudar de acordo com a capacidade de conhecimento e ação do sujeito que o observa, caracterizando assim uma complexidade atribuída pelo (s) sujeito (s) ao objeto. A segunda se relaciona ao conjunto de estados possíveis do objeto, onde um sistema seria mais complexo na medida em que seus estados são menos especificados. No âmbito da VISA, dependendo de sua compreensão e conhecimento, distintos vigilantes sanitários podem emitir diferentes juízos de valor sobre seus múltiplos objetos de observação, mesmo que essa avaliação ocorra em conformidade com os princípios da administração pública e mediada pela legislação sanitária, que funcionaria como um instrumento na determinação dos possíveis estados dos objetos.

A agência em VISA é amparada no poder de polícia do Estado, que deve ser utilizado com base nos princípios constitucionais preconizados para SUS e para a administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência), considerando também a autonomia entre entes federativos. Apesar disto, a agência em VISA pode ser potencializada ou ter limitantes devido à falta de conhecimento técnico ou de imputabilidade<sup>34</sup> dos vigilantes sanitários.

A discussão sobre a agência em VISA pode se estabelecer em nível individual ou coletivo. Em nível coletivo, ou institucional, a agência pode ter limitações relacionadas ao pequeno acúmulo social, gerando uma baixa demanda e falta de suporte às ações de VISA ou devido à falta de legitimação administrativa ao julgar a pertinência de sanções impostas pelos vigilantes sanitários. Em nível individual, a agência pode ter como limitantes a falta de conhecimento técnico em

---

<sup>34</sup> O termo imputabilidade se refere aqui a situações onde o vigilante sanitário possa sentir-se constrangido frente à determinada situação, como no caso de um vigilante sanitário: de nível médio frente a um responsável técnico com formação universitária; ou com formação em Medicina Veterinária inspecionando um Serviço de Diálise.

relação ao risco observado ou à sua compreensão e amplitude do enfoque utilizado no julgamento realizado pelos vigilantes sanitários (BATTESINI, 2006).

Neste sentido, explorar a agência enquanto elemento fundamental das práticas de VISA, pode contribuir com o incremento de sua efetividade, a compreensão de seus limitantes, além de ilustrar a complexidade das ações rotineiramente desenvolvidas pelos vigilantes sanitários.

A seguir, é explorada a agência em nível individual, a partir dos mecanismos de descrição da ordem social concebidos por Augusto Comte, Émile Durkheim, Talcott Parsons, e Aristóteles. A Figura 4 apresenta uma tipologia metafórica<sup>35</sup> com quatro tipos idealizados de agência e suas características: *agência tecnicista*, *idealista*, *transformadora* e *ética*.

A *agência tecnicista* está relacionada à compreensão técnica sobre o objeto, baseando-se no uso predominante de uma postura positivista. O pensamento positivista tem origem no início do século passado, e se estabelece em torno da noção de uma ordem social<sup>36</sup>, sendo baseada na cientificidade e experimentação, em oposição à “ignorância” dos estados teológico e metafísico<sup>37</sup>, e se caracterizando: pela subordinação da imaginação à observação; por sua natureza relativa; pela sua função de previsão racional; e pela invariabilidade das leis naturais (COMTE, 1976).

<b>Tipos</b>	<b>Características das agências em VISA</b>
<b>Tecnicista</b>	O vigilante Sanitário adota ações de caráter eminentemente técnico
<b>Idealista</b>	O vigilante Sanitário assume que os valores coletivos previstos na legislação sanitária são conhecidos e compartilhados pelos indivíduos da sociedade
<b>Transformadora</b>	O vigilante Sanitário considera o fazer em VISA como um processo de transformação da realidade, na busca de uma situação legalmente idealizada
<b>Ética</b>	O vigilante Sanitário objetiva identificar a estratégia justa ao caso concreto, dado o conjunto de opções de ações apresentadas ao vigilante sanitário

Figura 4. Tipologia de agências em VISA

Fonte: Battesini (2006).

<sup>35</sup> Esta tipologia é baseada em Battesini (2006), trabalho apresentado no III SIMBRAVISA.

<sup>36</sup> Nesta visão filosófica da sociedade, a ordem se constitui sempre em uma condição para o progresso, e o progresso é o objetivo necessário da ordem, sendo mutuamente indispensáveis o equilíbrio, como fundamento, e a progressão, como destino.

<sup>37</sup> Segundo Comte (1976), o estado teológico, fornece explicações sobre a origem das coisas e fonte de conhecimentos absolutos em estágios primitivos de sua evolução social, tendo sido tão indispensável ao desenvolvimento preliminar da sociabilidade quanto a inteligência humana, pela combinação de idéias morais e políticas. Já o estágio metafísico, ou ontológico, existiria uma tentativa de explicar, sobretudo a natureza íntima dos seres, através de entidades e abstrações em substituição aos agentes sobrenaturais, sendo esta uma fase intermediária à obtenção do estado positivo.

Em termos de agência em VISA, essa concepção representa o emprego de um olhar eminentemente técnico baseado na definição, verificação e divulgação de padrões legais aceitáveis. A agência tecnicista assume a possibilidade de previsões racionais a respeito de riscos, limitadas, apenas, pela natureza relativa do conhecimento existente no momento da observação. Em termos de inspeções sanitárias, assume grande importância a observação e o registro dos fatos em rotinas previamente elaboradas a serem atenciosamente seguidas, sendo esperada pelo vigilante sanitário a previsibilidade nos processos de produção e oferta de produtos e serviços, de modo a minimizar da exposição da população a riscos. Em termos de regulação sanitária, este tipo de agência significa a imposição de padrões verificáveis baseados no conhecimento científico, perfeitamente quantificáveis através de procedimentos operacionais invariáveis para todas as etapas dos processos observados (BATTESINI, 2006).

A *agência idealista* se caracteriza por uma idealização da compreensão técnica do objeto observado pelo vigilante sanitário, que predominantemente assume que o comportamento de indivíduos é natural e, espontaneamente, adequado à regulação sanitária, em função de sua consciência em relação à importância do bem-estar coletivo sobre o individual. Sem rechaçar completamente a lógica positivista, Durkheim (1978) descreve os mecanismos de ordem social com o auxílio das noções de fato social<sup>38</sup>, consciência coletiva e coerção social<sup>39</sup>.

Em termos de regulação sanitária, o uso da agência idealista assume ser coletivamente aceito o preconizado na legislação de produtos e serviços objeto de VISA, onde um comportamento “normal” corresponde ao seu atendimento pelo setor regulado, em oposição a comportamentos “anormais”, passíveis de coerção. Em uma inspeção sanitária, o vigilante sanitário idealista supõe que o inspecionado

---

<sup>38</sup> Para o autor os fatos sociais são maneiras de agir, fixas ou não, suscetíveis de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, que é geral na extensão de uma dada sociedade, apresentando uma existência própria, independente das manifestações individuais que possa ter.

<sup>39</sup> Segundo o autor uma sociedade não é a simples soma de seus indivíduos, e a organização social se fundamentaria na existência de uma consciência coletiva dos indivíduos que reconheceriam a superioridade do coletivo em termos físicos, intelectuais e morais, funcionando assim como um mecanismo natural de coerção social. Ao relacionar um mundo de valores e o mundo real, idéias e experimentação, o autor advoga que oposição a uma situação anormal, existiria àquela normal, baseada no uso de valores coletivos. Em conseqüência, sempre que for normal, a organização social não tem necessidade de impor-se, bastando, em princípio, deixar as forças individuais desenvolverem-se em liberdade para que elas se organizem socialmente. Quando ela recorre à coerção, é porque não é o que deve ser ou porque as circunstâncias são anormais.

naturalmente conhece e reconhece a necessidade de estabelecer processos de trabalho que atendam à legislação sanitária. Assumido que o mecanismo de ação social se guie por essa lógica, o inspecionado compartilharia dos valores utilizados pelo vigilante sanitário e, “normalmente”, atenderia os dispositivos legais, sendo a coerção utilizada nos casos “anormais”, de modo a restabelecer a condição de normalidade (BATTESINI, 2006). Na prática, a agência idealista não dá conta de explicar os casos de falta de adesão à regulamentação sanitária<sup>40</sup>.

A *agência transformadora* está relacionada à capacidade do vigilante sanitário reconhecer-se enquanto um agente de transformação de seus objetos de ação e da realidade social, adotando uma abordagem incremental sobre os riscos, de modo a produzir efeito pelo acúmulo de suas ações. Essa forma de agência se distingue da idealista pelo vigilante sanitário considerar a intencionalidade do setor regulado, que assumidamente objetiva o lucro (BATTESINI, 2006).

De modo a lidar com a suposição de aleatoriedade da ação, assumida por Émile Durkheim, Parsons (1997) descreve a ação dos atores como voluntarística e propõe as noções de valores, normas<sup>41</sup>, coletividades e papéis<sup>42</sup>, como categorias descritivas do aspecto estrutural de um sistema social, que “controlam”, “governam” e “regulam” o comportamento de indivíduos no convívio social. Segundo o autor, o ponto chave da ação voluntarística é que a ação de determinado ator é dependente do papel por ele assumido e das condições que a ele se apresentam, determinando seu comportamento social. Os papéis assumidos pelos indivíduos envolvem um

---

<sup>40</sup> Esta fragilidade da agência idealista está relacionada a uma possível desconsideração da intencionalidade das ações dos atores sociais, a exemplo de: “no processo de observação é preciso determinar se há correspondência entre o fato considerado e as necessidades gerais do mecanismo observado, sem se preocupar em saber se ela é intencional ou não, uma vez que todas as questões de intenção são muito subjetivas para serem tratadas cientificamente (DURKHEIM, 1978)”.

<sup>41</sup> Para o autor, valores são compartilhados com todos os membros de um amplo sistema social, e as normas estabelecem uma diferenciação de comportamento em diferentes partes deste sistema. As normas derivam de juízos de valor institucionalizados no sistema de valores e incluem especificações quanto a sua jurisdição de aplicação, sanções ou coerção, e interpretação à luz da situação em que se aplica. Assim, valores são configurações normativas descritivas de um sistema social avaliado positivamente, enquanto as normas são padrões generalizados de expectativa para os variados tipos de unidades dentro do sistema, podendo ser legitimadas por valores, mas não ao contrário.

<sup>42</sup> Segundo o autor, todos os sistemas sociais surgem da interação entre indivíduos humanos enquanto unidades se relacionam em coletividades, que correspondem a unidades operacionais essenciais dos sistemas sociais. Como um indivíduo participa de mais de uma coletividade, a unidade estrutural relevante não é o indivíduo ou sua personalidade total, mas o indivíduo num papel, concebido como o sistema de expectativas normativas para o desempenho de um indivíduo participante, enquanto membro de uma coletividade.

continuum de possibilidades entre as condições específicas nas quais os indivíduos agem, que condicionam e limitam sua ação, e as representações de um mundo ideal, normativas neste sentido. Assim, um ator, em um contexto específico, é afetado por normas, de caráter geral, de um modo não instrumental e não coercitivo<sup>43</sup>.

Na agência transformadora os vigilantes sanitários reconhecem que situações reais podem assumir um conjunto de possibilidades (estados) frente à legislação, representação normativamente idealizada para o mundo real.

Em termos de regulação sanitária nesta forma de agência é realizada uma mediação entre uma situação ideal, baseada em um modelo de referência de melhor prática de padrões técnicos, e as condições reais, que incorporam a intenção de obter lucro, assim como outras limitações e limitantes. O resultado deste processo representaria uma regulação de caráter evolutivo que, sem abrir mão de segurança aos produtos e serviços ofertados à população, reconhece as diferentes realidades regionais permitindo acomodar o ideal normativo à realidade multifacetada existente no país. Em termos de inspeções sanitárias, ao assumir uma agência transformadora o vigilante sanitário consideraria a evolução dos objetos de ação da VISA aplicando meios coercitivos sucessivamente, que funcionariam como mecanismos habilitadores, reconhecendo situações específicas e comparando-as com àquelas idealizadas, de modo a modificar a realidade através de ações incrementais. Essa forma de agência o vigilante sanitário adota uma postura educativa, que busca a melhoria dos processos, reconhecendo as diferenças entre a legislação e a realidade observada como uma oportunidade para sua modificação (BATTESINI, 2006).

A *agência ética* representa a capacidade de o vigilante sanitário identificar a ação justa no caso concreto, dentre o conjunto de opções de ação a ele apresentadas. A importância da ética em VISA é descrita em Marques (2004): “a política de VISA não tem sentido em si mesma, descolada de sua função ética de valorização da vida e da saúde, sendo no cotidiano de sua prática, na ação de seus profissionais e na garantia igualitária de seu acesso que o valor ético é garantido”.

---

<sup>43</sup> Com isto o autor procura resolver a dicotomia entre o específico e o geral, e entre o condicional e o normativo, uma vez que os elementos ideais são internos ao indivíduo em dada situação concreta, apesar de serem externos a ele, no sentido de que fazem parte de seu ambiente.

Gadamer e Fruchon (1998) abordam o problema posto à hermenêutica<sup>44</sup> através de analogias em relação à ética de Aristóteles, que propõe a distinção entre, o saber ético e o conhecimento teórico e “científico: uma técnica pode ser aprendida e esquecida, já o saber ético não se aprende nem se esquece; o saber ético considera os meios necessários para atingir os fins pretendidos, diferentemente de uma técnica; e o saber ético implica na compreensão do outro e supõe engajamento na causa justa. Segundo os autores, a noção de ética está relacionada à adoção de uma atitude correta dentre as opções possíveis em uma situação real, onde o correto é, muitas vezes, definido em leis<sup>45</sup>, podendo acontecer que aquele que aplica a lei seja obrigado a atenuar seu rigor, em dada situação concreta, o que não significa não aplicar o direito contido na mesma ou renunciar a ela, ao contrário, sem essa atenuação não haveria verdadeiramente justiça.

Ao utilizar a agência ética para atuar sobre a ordem social, os vigilantes sanitários transcendem a simples observação de preceitos legais aplicáveis aos seus objetos de ação, compreendendo os implícitos mecanismos de justiça social. No caso da regulação sanitária, a agência ética significa extrapolar o conhecimento técnico, seja pela reflexão sobre a intencionalidade dos atores ou pela deliberada e justa escolha de proteger o conjunto da sociedade frente a situações de exposição a riscos potenciais. Em uma inspeção sanitária, ao utilizar a agência ética o vigilante sanitário considera o ideal legal e o conhecimento técnico como ponto de partida para avaliar o risco presente em seus objetos de ação, identificando a legítima e equânime ação a ser tomada no caso concreto investigado: prevenir, diminuir, eliminar ou intervir em riscos à saúde (BATTESINI, 2006).

Desta forma, o saber técnico cede espaço ao saber ético, pautado pela deliberação e reflexão e a agência ética necessariamente regula a agência técnica, dado que, segundo Gadamer e Fruchon (1998) “Não há nada mais assustador do que um gênio que não leva em conta o bem e o mal”.

---

<sup>44</sup> Segundo o autor, o sentido a ser dado ao fato de uma única mensagem (algo geral) transmitida pela tradição ser apreendida sempre de maneira diferente (situação concreta e particular).

<sup>45</sup> De acordo com os autores, para Aristóteles toda lei comportaria uma tensão interior em relação às possibilidades concretas de ação e complexidade de um caso particular; uma lei é sempre insuficiente não em função de falhas intrínsecas, mas porque o mundo, campo de ação dotado de peculiar generalidade, é sempre imperfeito em relação à ordem ideal projetada pelas leis.

A tipologia metafórica da agência em VISA não objetiva descrever a totalidade das abordagens adotadas pelos vigilantes sanitários, antes disto, visa caracterizar, idealmente, diferentes posturas que coexistem no âmbito do SN VISA. A adoção predominante de um tipo de agência guarda relação, entre outros, com diferentes formações, contextos, grau de conhecimento sobre riscos, idade e experiência dos vigilantes sanitários. Assim, não existe um tipo ideal de agência, restando destacar que estas se complementam em um provável processo cumulativo de desenvolvimento individual do saber fazer em VISA.

O desconhecimento dos diferentes tipos de agência, ou a não utilização de alguma delas, pode se constituir em um limitante da ação de VISA, sendo importante observar que um mesmo indivíduo pode apreender de forma incremental as quatro formas de agência ao longo de sua vida funcional, ou utilizá-las, deliberadamente, em um mesmo período de tempo. No primeiro caso, parece natural imaginar que o vigilante sanitário em sua vida funcional assuma seqüencialmente uma agência tecnicista, a seguir uma agência idealista, para então reconhecer a agência transformadora, que é finalmente complementada pela maturidade e sabedoria implícita à agência ética. No segundo caso, o vigilante sanitário pode, consciente e deliberadamente, utilizar distintas agências nas situações concretas por ele cotidianamente enfrentadas (BATTESINI, 2006).

### 2.1.3 PROCESSOS DE AÇÃO EM VISA

A intervenção em VISA requer o uso concomitante de instrumentos, que formam um conjunto organizado de práticas, podendo ser caracterizadas em termos de ações de Inteligência (legislação sanitária, pesquisas de laboratórios, estudos epidemiológicos), Sistemas de Informação (monitorização, marketing social, informação e educação para a saúde, vigilância epidemiológica<sup>46</sup>) e Controle (fiscalização sanitária, laboratórios) (COSTA, 2003, p. 363).

Usualmente, as ações desenvolvidas pela VISA são a investigação de problemas sanitários e riscos, elaboração de normas, monitoramento, fiscalização,

---

<sup>46</sup> Ao referir-se à Vigilância Epidemiológica (VE), a autora cita o acompanhamento de doenças veiculadas por alimentos, sangue e hemoderivados, intoxicações, infecções hospitalares, efeitos adversos em medicamentos e correlatos e a farmacovigilância.

educação sanitária e informação (FREITAS, 2007), as quais somam-se a regulação, controle sanitário, prática avaliativa e a pesquisa (LUCHESE, 2001; PIOVESAN, 2002; e ANVISA, 2007), além da Autorização de Funcionamento de Empresa, Registro de Produtos, Cadastro de Estabelecimentos, conforme caracterizado nos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS).

De acordo com CONASS (2007), as principais ações de VISA são a normatização, registro, cadastramento, autorização de funcionamento, licenciamento e revalidação, fiscalização, monitoramento de produtos e serviços, monitoramento de mercado, monitoramento de publicidade e propaganda, investigação de surtos e agravos, ações educativas e atendimento de denúncias. Segundo o mesmo texto, um dos principais instrumentos de ação da VISA é a norma sanitária que estabelece parâmetros e padrões a serem disseminados e internalizados pelo setor regulado<sup>47</sup>, implicando na adoção das medidas de contenção como a aplicação de penalidades, apreensão de produtos, suspensão de atividades ou cancelamento de registros, quando da identificação de irregularidades ou a incorreta aplicação da norma.

Este conjunto de ações tem como elemento direcionador o risco presente nos objetos de ação da VISA. Segundo Marques e Ibañez (2006), a noção de riscos em VISA deve, levar em conta as dimensões tecnológicas, políticas, sociais, culturais e econômicas, devendo ser problematizada a partir de uma perspectiva da complexidade do conhecimento, de sua distribuição desigual, do direito social, do território, do risco associado às tecnologias e de riscos específicos.

Uma interessante forma de conceber e analisar os processos de trabalho da VISA é utilizada em Souza (2007, p. 102 e 104), com base em uma equação simples que representa ilustrativamente um pensamento abstrato, onde três parcelas se articulam (somam) para formar um resultado, conforme Figura 5. Com base nesta caracterização, a autora (p. 121) posiciona o atual momento da VISA identificando mudanças não aleatórias (necessárias) e finalidades específicas, em diferentes contextos temporais do trabalho em saúde.

---

<sup>47</sup> Segundo o texto, o setor regulado é composto pelo conjunto de prestadores de serviços e de estabelecimentos que lidam com as questões objeto da VISA.



Figura 5. Equação do processo de trabalho humano<sup>48</sup>.

Fonte: Adaptado de Souza (2007, p. 104).

Segundo Souza (2007 p. 108-110 e 115-116), os processos de trabalho em saúde assumiram o objetivo individual, de recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, e coletivo, de controlar ou eliminar a ocorrência de doenças correspondendo, respectivamente, ao modelo “individual da clínica” e ao modelo da “saúde no coletivo”. A partir deste último, a autora caracteriza, um terceiro modelo da “saúde do coletivo” ou “de proteção sanitária”, no qual a VISA estaria inserida, e do qual a autora caracteriza, historicamente, três modelos tecnológicos de processos de trabalho de VISA: *de proteção*, que se confunde com o próprio modelo de proteção sanitária; *de vigilância*, onde se formaliza a separação dos objetos da vigilância Epidemiológica e da Sanitária; e *de regulação*, momento atual e ainda em processo de definição, cuja configuração tende a aproximar a VISA do restrito padrão de intervenção estatal restrita ao mercado.

A partir da caracterização é possível compreender o distanciamento entre cidadãos, sujeitos possuidores de direitos, e os processos de trabalho da VISA, afetados apenas indiretamente por suas ações desenvolvidas sobre produtos e serviços presentes no ambiente social. É importante destacar que essa distância influencia também a forma de avaliar as ações de VISA, normalmente focada em resultados de produção em relação a produtos e serviços objetos de suas ações, sem considerar metas relacionadas aos sujeitos e às finalidades da VISA.

<sup>48</sup> Os processos de trabalho humano correspondem à produção e reprodução do homem histórico, envolvendo a: (i) definição prévia e intencional, intelectual, de um objeto de trabalho (um projeto dirigido a satisfazer, ou resolver, uma dada necessidade); (ii) identificação de instrumentos que vão operar ou intermediar sua realização (projeto pensado anterioridade ao início da execução e dirigido a um objeto); (iii) explicitação da forma de como se usam os instrumentos, ou de como organizá-los, ou ainda a definição do modo de como realizar sua utilização (quais são os meios que viabilizam sua operacionalização, ou qual método será adotado, ou ainda qual tecnologia); e (iv) objetivação de um produto, um resultado, dotado de materialidade visível, com a constatação de modificação ou transformação de um dado estado prévio a qual se dirigia a necessidade, que quando realizada, se destina ao cumprimento de uma finalidade (SOUZA, 2007).

#### 2.1.4 ESTRUTURA DELIMITANDO ESPAÇO SOCIAL DA VISA

As ações de VISA são operacionalizadas a partir de uma estruturada, complexa, interligada e multinível rede descentralizada de serviços, todos administrativamente autônomos. O SN VISA se estrutura em três níveis: Federal, representado pela ANVISA, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde e Conselho Nacional de Saúde; Estadual, representados pelas VISA das Secretarias Estaduais de Saúde e seus respectivos Laboratórios de Saúde Pública e Conselhos Estaduais de Saúde; e Municipal, representados pelas VISA das Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e, em alguns casos, pelos seus respectivos Laboratórios de Saúde Pública.

A estrutura do SN VISA pode ser entendida a partir de suas estruturas simbólica, organizacional e física. Segundo Champagne e Contandriopoluos (2005), a estrutura simbólica representa o conjunto de convicções e valores e princípios que regulam as relações entre atores e dão sentido às suas ações, já a estrutura organizacional, envolve as regras que definem os recursos e atribuições, geralmente expressas em um conjunto de legislações, enquanto a estrutura física, se refere ao volume e forma de estruturação dos recursos mobilizados.

A relação estrutura simbólica ↔ organizacional ↔ física, pode ser contextualizada para o SN VISA, como segue: Constituição Federal e Lei 8080/90 (princípios, diretrizes e valores do SUS) ↔ Regulação suplementar do SUS e SN VISA ↔ Organizações que desenvolvem ações de VISA nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

Ao analisar o contexto constitucional e a regulação infraconstitucional de VISA, Dallari (2001) caracteriza essa relação ao descrever o SN VISA como uma decorrência lógica da responsabilidade do Estado executar as ações e prestar os serviços preconizados à VISA pela Constituição Federal. Neste sentido, importa caracterizar o processo de construção do SN VISA que, no entendimento de Lucchese (2001), está a exigir um urgente debate *ex post*, que encontre alternativas para melhor orientar a sua existência de fato, uma vez que este apresenta sérios problemas estruturais por não ter sido objeto de nenhum debate *ex ante*, durante o seu processo de criação ou formalização.

O direito às ações de VISA, estabelecido na estrutura simbólica e organizacional, é diretamente dependente de uma estrutura e física capaz de efetivá-lo. É importante salientar que apesar das primeiras definirem as ações a serem desenvolvidas pelo SN VISA, elas não determinam as estruturas físicas necessários para sua execução, o que na prática permite uma necessária flexibilidade para gestores organizarem institucionalmente os diferentes níveis do SN VISA, consistentemente com a autonomia entre entes federativos.

Neste contexto, destaca-se o fato da estrutura simbólica do SUS permitir arranjos: organizacionais variados, a exemplo da série de Normas Operacionais (NOB) e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde; e físicos, a exemplo da multiplicidade de formas institucionais de organizar as ações de vigilância no país. Este entendimento é consistente com a leitura de Dallari (2001) para a série de NOB, na qual cabe ao aplicador, ou intérprete da norma escolher o mais importante entre princípios expressos por termos imprecisos para cumprir as obrigações constitucionais preconizadas pelo sistema sanitário e manter o sistema, estando assim de acordo com o estado democrático de direito que a administração se organize na forma de regulação suplementar.

#### 2.1.4.1 A VISA no âmbito do SUS

O entendimento contemporâneo das ações de VISA foi estabelecido, na Constituição Federal e regulamentado pela Lei 8080/90. A Lei 8080/90, em seu artigo sexto, estabelece de modo amplo as atribuições da VISA, Vigilância Epidemiológica (VE)<sup>49</sup> e de Saúde do Trabalhador<sup>50</sup>. Nestas definições, a Vigilância Ambiental (VA) é caracterizada como uma atribuição da VISA e a VST é referida como ações a serem desenvolvidas no âmbito da VE e VISA.

---

<sup>49</sup> Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle quanto à doenças ou agravos.

<sup>50</sup> Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo [...].

A partir de então, as vigilâncias têm sido objeto de variadas legislações infraconstitucionais emanadas do poder legislativo e executivo. Estas legislações refletem entendimentos de diferentes órgãos e momentos no tempo, apresentando sobreposições em relação à delimitação institucional da vigilância no âmbito do SUS. Algumas destas legislações são a seguir apresentadas, de modo a contextualizar a estrutura organizacional preconizada para a VISA.

A Portaria 1565/94, ainda vigente, define o SN VISA, sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de Vigilância em Saúde (VS) no âmbito do SUS. Nesta configuração, ficam mantidas duas vigilâncias (VE e VISA), sendo atribuição da VISA conduzir as ações de VA e a VST<sup>51</sup>, organização que na prática não necessariamente guardou correspondência na institucionalização dos serviços de vigilância nos Estados e Municípios.

Um marco referencial da estruturação das ações do SUS no país foi a Norma Operacional Básica (NOB/96), que tipificou as ações de VISA em baixa, média e alta complexidade em VISA<sup>52</sup>, à semelhança da lógica utilizada para as ações de assistência à saúde. A NOB/96 prevê recursos financeiros para a área através do Piso de Atenção Básica de VISA (PAB-VISA), apesar disto, é relevante a afirmação de De SETA e Da SILVA (2006), facilmente constatável na prática: “este piso variável tornou-se fixo, e na maioria dos casos, os recursos repassados nesta modalidade sempre foram utilizados para custear despesas estranhas à VISA”.

A turbulência na área da VISA em nível federal, descrita em Piovesan (2002), culminou em 1999 na criação da Agência Nacional de VISA (ANVISA)<sup>53</sup>, com a Lei 9782/99, que atribui à ANVISA a função de coordenar o SN VISA e reafirma definição de VISA dada na Lei 8080/90. Apesar disto, o texto descreve como ações

---

<sup>51</sup> A Portaria 1565/1994, estabelece em seu: artigo 2º que: “Pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica são consideradas, conceitualmente, como integrantes da Vigilância em Saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público e da sociedade na proteção e defesa da qualidade de vida”; e em seus artigos 3º e 6º, define como campo de atuação da VISA o saneamento básico, e as ações de fiscalização e controle sobre o meio ambiente, abrangendo ambientes de trabalho, habitação e lazer.

<sup>52</sup> A NOB/96 foi estabelecida como anexo da Portaria 2.203/96, tendo sido posteriormente definida a complexidade das ações de VISA, pela controversa Portaria 18, de 21 de janeiro de 1999.

<sup>53</sup> A modalidade de agência reguladora se caracteriza por dotar a ANVISA, nível federal do SN VISA, de independência administrativa, estabilidade na gestão e autonomia financeira.

de VISA apenas àquelas que ocorrem sobre produtos e serviços, omitindo-se em relação às incumbências da ANVISA quanto à VA e à VST.

Outro rearranjo institucional da vigilância em nível federal ocorreu em 2003, com o Decreto 4726/03 e a Portaria 1172/04. O decreto redesenha a estrutura do Ministério da Saúde (MS) e cria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), enquanto a Portaria 1172/04, regulamenta as atribuições da área de Vigilância em Saúde (VS) e atribui à SVS a gestão do Sistema Nacional de VS<sup>54</sup>. Neste desenho é atribuída à SVS a formulação de políticas e o acompanhamento do contrato de gestão do firmado entre o MS e a ANVISA, submetendo assim as ações de VISA, coordenadas nacionalmente pela ANVISA, às políticas formuladas pela SVS.

Nesta nova configuração: (i) as ações de VE e VA são caracterizadas e financiadas distintamente daquelas de VISA; (ii) a responsabilidade pelas ações de VST não é explicitada<sup>55</sup>; (iii) as ações “básicas” ou de baixa complexidade em VISA passaram a ter como fonte de financiamento recursos da Programação Pactuada Integrada da VS, além do PAB variável; (iv) as ações de média e alta complexidade em VISA e seu financiamento permanecem sob a responsabilidade da ANVISA; e (v) é expressa uma preocupação com os arranjos institucionais (estrutura física), com a determinação da definição de Centros de Referência Estaduais e Municipais de VS.

A omissão em relação às ações de VST nas legislações que criam as organizações responsáveis pela vigilância em nível federal (ANVISA e SVS) desconsidera legislações anteriores. As ações de Saúde do Trabalhador foram delimitadas no âmbito do SUS pela Portaria 3.120/98, que aprova em seu anexo a Instrução Normativa de VST, e pela a Portaria nº 3.908/98, que complementa a NOB-01/96 estabelecendo a Norma Técnica Operacional de Saúde do Trabalhador e define as competências dos três níveis do SUS em relação à VST. Destaca-se nessas Portarias o fato de não ser estabelecido para a Saúde do Trabalhador um sistema nacional independente daqueles de VE, VISA e VS.

---

<sup>54</sup> Ao estabelecer as competências do Ministério da Saúde, o Art. 1º, alínea I, estabelece como competência da SVS a vigilância: das doenças transmissíveis; das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco; ambiental em saúde; e da situação de saúde.

<sup>55</sup> Isto poderia estar relacionado ao entendimento que estas ações comporiam às de VISA ou à VE.

Nesta configuração, que atualmente representa a estrutura institucional no plano federal, parece ter prevalecido o mesmo entendimento dado quando da criação da ANVISA, onde as ações de VISA referem-se àquelas sobre produtos, serviços e portos aeroportos e fronteiras<sup>56</sup>, incluindo as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos nas distintas fases dos processos de produção de bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização da VISA, assim como a destinação dos respectivos resíduos.

Neste sentido, a estrutura organizacional e física estabelecida por estas legislações configuram um entendimento fragmentado das ações de vigilância no plano federal, com conseqüências nos demais níveis. Segundo CONASS (2007), embora o meio ambiente e os ambientes de trabalho não tenham sido incorporados pela ANVISA, nos níveis Estaduais e Municipais têm sido freqüentes as tentativas de incorporá-las aos órgãos de VISA. Segundo o texto, é comum que a VISA Estadual agregue estas áreas, situação que ocorre mais freqüentemente nos municípios, que incorporam ações relativas à saúde do trabalhador, observação das condições de trabalho e exposição aos riscos no ambiente de trabalho, muitas vezes por necessidade de otimizar seus recursos e promover a integração das intervenções.

---

<sup>56</sup> Segundo a Portaria 9782/99 são objetos de VISA: (i) os produtos: são medicamentos de uso humano, alimentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes; saneantes, conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico; equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem; imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados; órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes radioisótopos, radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia; cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumífero, quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde; e os (j) serviços: atenção ambulatorial, atenção em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias. Esta Portaria estabelece como atribuições exclusivas da ANVISA: (i) coordenar o Sistema Nacional de VISA; (ii) intervir, temporariamente, na administração de entidades produtoras, que sejam financiadas, subsidiadas ou mantidas com recursos públicos, assim como nos prestadores de serviços e ou produtores exclusivos ou estratégicos para o abastecimento do mercado nacional; (iii) anuir com a importação e exportação dos produtos objeto de VISA; (iv) conceder registros de produtos objeto de VISA; (v) proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde; (vi) cancelar a autorização de funcionamento e a autorização especial de funcionamento de empresas, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde; (vii) coordenar as ações de vigilância sanitária realizadas por todos os laboratórios que compõem a rede oficial de laboratórios de controle de qualidade em saúde; (viii) estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica; (ix) promover a revisão e atualização periódica da farmacopéia.

#### 2.1.4.2 A VISA no âmbito da Vigilância em Saúde

Certamente, o entendimento da estrutura organizacional e física suscita uma maior discussão e amadurecimento, porém é inegável que conceitualmente e legalmente a VISA tem suas ações compreendidas no âmbito da VS.

Contemporaneamente, as ações de vigilância articulam-se em torno da VA, VE, VISA, e VST, quatro grandes áreas de interesse no campo da saúde pública, cada uma delas dotada de especificidade, relevância e profundidade que as distinguem em termos de subcampo de conhecimento, apesar de sua operacionalização envolver immanentemente práticas e abordagens intrincadas e complexamente relacionadas (BATTESINI e SPERB 2007). Similarmente, no plano internacional, pode ser identificado um entendimento ampliado dos objetos de ação de sistemas de vigilância e da noção de *Health Surveillance*.

A definição de vigilância, dada pela Organização Mundial de Saúde, ajuda a evoluir na discussão sobre a caracterização das ações de VISA no âmbito da VS. Segundo (WHO, 2004), vigilância é “o processo de coleta sistemática, comparação e análise de dados com imediata disseminação àqueles que precisam conhecê-la, para que ações relevantes possam ser conduzidas”, onde “a vigilância de doenças comunicáveis é uma parte da vigilância em saúde pública, que por sua vez é parte de um amplo sistema de informação em saúde”.

De mesma forma, o HSSC (2004) utiliza uma definição que não restringe o objeto da vigilância “vigilância é o rastreamento e previsão de qualquer evento ou determinante em saúde pela coleta contínua de dados de alta qualidade, e pela integração, análise e interpretação de [...] dados sobre produtos de vigilância [...] e a disseminação de [...] produtos de vigilância àqueles que precisam conhecer uma específica finalidade de saúde pública ou objetivo de uma política”.

Uma forma de compreender a VISA em relação às demais práticas de VS é pela caracterização de sua similaridade em termos conceituais. Waldman (1998), concebe que a vigilância de um específico evento adverso em saúde é composta pelos subsistemas: de inteligência epidemiológica do sistema de saúde na elaboração de bases técnicas gerais, que atuaria em nível nacional; e de informação

de apoio à ações de controle, responsável pela adequação das bases técnicas pela elaboração de normas, em nível local, conforme apresentado na Figura 6.



Figura 6. Estrutura de um sistema de vigilância

Adaptado de Waldman (1998).

Considerar que sistemas de vigilância envolvem vigiar diferentes riscos pode ser útil na visualização das possibilidades de integrá-los. Mesmo quando vigiados por sistemas específicos, focados em diferentes objetos, é possível identificar a compatibilidade entre os objetivos de sistemas de vigilância. Tomando como base os objetos de ação da VISA, a Figura 7 exemplifica esta compatibilidade em relação aos objetivos de sistemas de vigilância propostos em Waldman (1998).

Objetivos da Vigilância	Objetivos da VISA
Identificar novos problemas em saúde	Identificar risco em produtos e serviços
Detectar Epidemias	Detectar surtos relacionados a produtos e serviços
Documentar a disseminação de doenças	Documentar eventos de risco causados por produtos e serviços
Estimar a magnitude da morbi-mortalidade devidas a determinados agravos	Estimar a magnitude da morbi-mortalidade causados por produtos e serviços
Identificar fatores de risco que envolvem a ocorrência de doenças	Identificar fatores de risco em produtos e serviços que possam causar problema de saúde
Recomendar medidas de prevenção e controle da ocorrência de específicos agravos à saúde	Recomendar e adotar medidas de prevenção e controle da ocorrência de agravos à saúde causados por produtos e serviços
Avaliar impacto de medidas de intervenção sobre agravos à saúde pela coleta e análise sistemática de informações	Avaliar impacto de medidas de intervenção sobre eventos de riscos à saúde pela coleta e análise sistemática de informações
Avaliar epidemiológica e operacionalmente a adequação de táticas e estratégias de intervenção	Avaliar epidemiológica e operacionalmente a adequação de táticas e estratégias de intervenção

Figura 7. Objetivos dos sistemas de vigilância em relação aos objetos da VISA

Fonte: Adaptado de Waldman (1998).

Alguns autores concebem as ações de VISA como conceitualmente integrantes das ações de VS. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), caracterizam a Vigilância da Saúde (VdS) como um modelo alternativo de atenção à saúde e uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, e não como apenas a análise de situações de saúde ou como uma proposta de “integração” institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária.

Ao discutir a VISA no contexto da VS, Teixeira e Costa (2003) caracterizam a VdS como uma forma de pensar e de agir que pressupõe a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes, cuja implementação é um processo complexo que articula o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se de fato uma forma de pensar e de agir em saúde. Ao defenderem a proposta da VdS, as autoras não identificam um consenso entre os diversos atores políticos em relação à mudança na organização das práticas de vigilância, onde prevalece uma concepção restrita que enfatiza a integração da VE, VISA, VA e VST, apesar da proposta de criação do “Sistema de Vigilância da Saúde” para a articulação das ações de monitoramento da situação de saúde (inteligência) e as ações de controle de riscos e danos propriamente ditas.

Segundo Souza (2007, p. 122), pode-se afirmar que a VISA é herdeira consangüínea da Saúde Pública, que desde sua origem tem uma ligação estreita com a VISA e com as práticas que dela decorrem. A VISA, segundo a autora (p. 96), não pode ser estudada senão como um campo de intervenção da Saúde Pública apesar dela ter encontrado dificuldade em ser reconhecida como tal, por assumir um fazer *sobre coisas* (riscos e perigos decorrentes do consumo, uso ou exposição à produtos, serviços e ambientes) e não *sobre pessoas*.

Apesar disto, Da Silva (2004) não considera como ações de VS as práticas de VISA, que teria como núcleo central de suas ações um conjunto de atividades de normatização e de inspeção sobre produtos e serviços<sup>57</sup>:

---

<sup>57</sup> O autor embasa sua opinião em uma, questionável, comparação das ações de VISA com quatro elementos essenciais na caracterização e diferenciação da atividade de vigilância, em relação às demais práticas de saúde pública: (i) o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática; (ii) o foco dirigido para determinados resultados específicos, procurando estabelecer os objetivos e as

Para precisarmos melhor o campo da *vigilância em saúde pública* também é necessário, por fim, uma rápida reflexão sobre algumas práticas que, mesmo utilizando o termo *vigilância* em sua denominação, não apresentam as características essenciais da concepção moderna desse campo de atuação da saúde pública, não devendo, portanto, serem consideradas como sua integrante. Incluo nesta condição, o campo de práticas denominado como *vigilância sanitária* (p. 78). [...]. Pelas definições integrantes dos dispositivos legais, e pela sua prática efetivamente exercida no sistema de saúde, não considero possível situar a vigilância sanitária como integrante das ações de vigilância em saúde pública. Apesar de reconhecer sua elevada e crescente relevância para a proteção da saúde da população, trata-se de outro território, vizinho, sem sombra de dúvida, mas que certamente se fortaleceria ao assumir uma denominação que evitasse os confundimentos atuais e refletisse melhor o conteúdo efetivo de seu campo de atuação (p. 80) (DA SILVA, 2004).

Essa reflexão excludente reflete a desagregação da vigilância em nível federal. Apesar disto, Souza (2007, p. 235, 238 e 239) ao posicionar o modelo tecnológico de regulação vigente no âmbito da VISA, destaca a necessidade de articulação da VISA, sem subsumi-la a vigilância das doenças e dos ambientes ou aos objetos ligados à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), sendo este um desafio à sua re-significação no sistema de saúde e na sociedade, de modo a superar intervenções fragmentadas, baseadas na epidemiologia do risco. Segundo a autora, é questionável a mera agregação institucional como “vigilância da saúde”, sem uma revisão crítica do conceito sobre o qual se busca operar a agregação, neste sentido, as reformas institucionais entre as vigilâncias não devem se resumir à simples reajustes organizacionais, com subtração dos objetos de VISA, articuladas em construções discursivas como “vigilância da saúde pública”, “vigilância da saúde” ou “vigilância em saúde”, que estimulam excluir a VISA da relação com o termo vigilância e, conseqüentemente, do próprio campo de atuação da saúde pública.

Similarmente, para Battesini e Sperb (2007) a discussão em torno da caracterização semântica da vigilância (da saúde, em saúde, à saúde, ou até mesmo sanitária – entendida como sinônimo de saúde), não deveria se resumir a uma relação do tipo contém-está contido, nem ser capaz de obstruir a construção de uma vigilância com práticas integradas e integrais, organizadas em torno da identificação, gerenciamento, comunicação de riscos decorrentes de seus diferentes objetos,

---

metas a serem alcançadas; (iii) a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública; (iv) e o sentido utilitário, pragmático da atividade que visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma.

sejam eles as doenças, agravos, os ambientes de trabalho, os produtos, os serviços, meio ambiente, e outros ainda a serem caracterizados.

A complexidade do assunto permite também uma reflexão quanto à estrutura organizacional responsável pela condução das ações de VISA, enquanto um “fazer” em saúde. Teixeira et al. (2006), defendem que apesar das especificidades do ponto de vista técnico-operacional justificar a existência da VE e VISA, não se justifica a institucionalização como órgãos separados, particularmente nos municípios. Da mesma forma, para Lucchese (2001) na maioria dos municípios não precisaria, necessariamente, existir um órgão específico de VISA, devendo suas ações ser executadas conjuntamente com as demais ações de saúde, compondo novas práticas sanitárias, como aquelas contidas na concepção de VdS.

Estas concepções teórica e institucionalmente dissonantes interferem na implantação e implementação das ações de VISA. A estrutura da VISA no país foi caracterizada a partir do censo nacional de seus trabalhadores, envolvendo os três níveis do SN VISA: 66,1% dos municípios brasileiros têm serviços de VISA; 59,9% dos trabalhadores estão lotados nos municípios; aproximadamente a metade dos trabalhadores de VISA tem nível superior, sendo que destes apenas 60,1% informaram ter poder de polícia administrativa; e existe uma desigual distribuição macro-regional do total de 32.135 trabalhadores de VISA, sendo 6,39% na região Norte, 23,71% na região Nordeste, 47,93% na região Sudeste, 12,76% na região Sul, e 9,21% na região Centro-Oeste (ANVISA, 2004).

Nesta caracterização há que se considerar a diferença entre Municípios de pequeno porte em relação a Municípios de maior porte ou Estados. Enquanto nos primeiros as ações de VISA são, usualmente, desenvolvidas pelos mesmos servidores que realizam as ações de VS, nos segundos os servidores normalmente atuam em apenas uma vigilância (VA, VE, VISA ou VST), dado o conjunto de conhecimentos necessário à realização de suas ações.

Na estrutura do SN VISA, segundo o CONASS (2007, p. 88), o nível Estadual merece destaque por atuar como elo intermediário entre as esferas federal e municipal executando ainda ações de maior complexidade, o que implica em adoção de medidas que envolvem decisões políticas importantes e o investimento de recursos orçamentários. Segundo o documento, essa situação ocorre muito em função da descentralização das ações de VISA ter se dado de forma incompleta,

onde os maiores municípios nem sempre executam a totalidade de ações de VISA presentes em seu território e os demais municípios assumem a execução das ações de menor complexidade, havendo casos em que não há nenhuma estrutura de VISA.

Na prática as estruturas estaduais de VISA são dotadas de pouca autonomia em administrar os recursos repassados pelo nível federal, conforme descrito em ANVISA (2004): “Na maioria dos estados o progresso de ações estratégicas pactuadas atende apenas a demandas pontuais, e não a um processo organizado e institucionalmente estabelecido por um programa elaborado que a partir do planejamento estratégico que contemple ações de curto, médio e longo prazo, em contraste com a situação em nível federal, onde a ANVISA goza de recursos administrativos, financeiros, e humanos quase em condições ideais, os demais níveis de governo não contam com estes meios [...]”.

A dificuldade dos níveis municipais e estaduais é resultado de uma estrutura organizacional incapaz de dar conta da demanda legal e social, como já caracterizado em Lucchese, 2001; ANVISA, 2001 e Beloni, 2002, que referem: a falta de recursos humanos especializados; a insuficiência ou inadequação de espaço físico; falta transporte para a realização das ações; os baixos salários dos agentes; inadequação dos sistemas de informação; a inexistência de um plano de carreira; a falta de recursos para inspeções; os conflitos sociais originados da divergência com interesses privados; o uso seletivo de ações de VISA contra terceiros. A estas se soma a dificuldade no uso de recursos, tendo sido realmente aplicados, segundo ANVISA (2001), nos anos de 2000 e 2001, somente R\$ 2.020.274,99 (5,25%) do total de R\$ 38.501.176,99 repassados pelo nível federal aos Estados.

Neste contexto, assume grande importância o processo de planejamento, formalmente materializado no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e em um Plano de ação de VISA. Segundo ANVISA (2007), o planejamento em VISA que deve levar em conta a responsabilidade sanitária assumida, território, risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse à saúde, as prioridades locorregionais e nacionais, a situação de saúde e os recursos físicos, financeiros e humanos necessários para a condução das ações.

A responsabilização sanitária é ponto central do Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria 399/2006, que modifica a estrutura de financiamento do SUS

e tem como pano de fundo uma disputa pelo aumento na fatia de recursos e a divisão do trabalho a ser desenvolvido pelos diferentes níveis do SN VISA.

A estrutura de financiamento pode ser representada em termos de um modelo causal para o SUS, conforme apresentado na Figura 8, onde cada um dos quatro Blocos de Financiamento se configura como uma forma de intervenção organizada e intencional do SUS, com o objetivo de impactar na Qualidade de Vida da população e na redução da morbidade e mortalidade, intervenções estas coordenadas pelo quinto Bloco de gestão, não indicado.

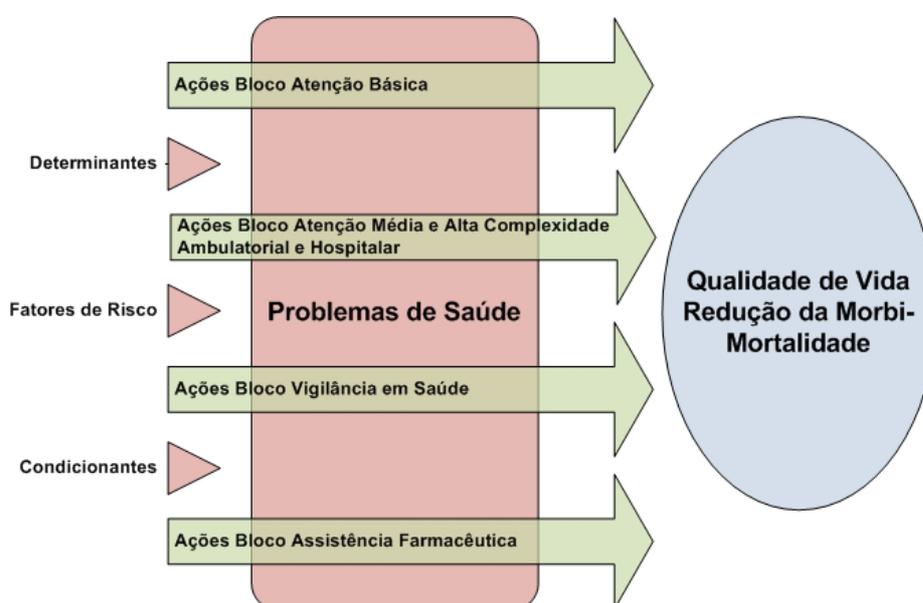


Figura 8. Modelo causal do SUS seu impacto na saúde

Fonte: Battesini e Sperb (2007).

Como é possível observar na Figura 8, independentemente de diferenças de entendimento, a VISA compõe o Bloco de Financiamento da VS e compartilha do modelo causal do SUS e objetivos, como caracterizado em CONASS (2007): a VISA tem o objetivo de intervir em riscos de agravos à saúde da população através de um conjunto de ações preventivas e promotoras de saúde pública de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

A representação da Figura 8 também permite uma observação a partir dos requisitos para o estabelecimento de relações causais<sup>58</sup>, propostos por Stuart

<sup>58</sup> Segundo o autor os requisitos de causalidade são: a associação ou covariação entre variáveis, o estabelecimento da direção da relação causal e a exclusão do efeito de terceiras variáveis.

Mill e descritos em Cano (2006). Evidenciar que os quatro blocos de financiamento comungam do objetivo de impactar na Qualidade de Vida e reduzir a Morbi-Mortalidade, implica em reconhecer: a intencionalidade do SUS em termos de um sistema de intervenção social, definindo uma direção causal inerente a sua intervenção; a possibilidade de covariação entre blocos; e, ao avaliar os efeitos produzidos por um bloco, admitir a possibilidade do efeito de terceiras variáveis,. Neste sentido, a análise do modelo causal do SUS auxilia na compreensão de que a tentativa de avaliar, ou relacionar, o efeito das ações de VISA sobre indicadores de qualidade de vida, morbidade e mortalidade da população em geral poderia se configurar uma busca ingrata, em função das ações presentes no bloco de VS e nos diferentes blocos poderem covariar ou funcionarem como terceiras variáveis.

De um modo geral, a delimitação das ações de VS em um bloco de financiamento específico permite, segundo Battesini e Sperb (2007), vislumbrar sua consolidação no âmbito do SUS, apesar da falta de consenso em relação à estrutura organizacional para a condução das ações da vigilância no país, que varia, e continuará variando, influenciada pelas tensões internas ao campo da saúde e pelo poder discricionário dos gestores. Nesse sentido, segundo os autores, a caracterização de uma vigilância ou de vigilâncias especializadas, ou mesmo a incorporação de mais de um objeto às vigilâncias institucionalmente estabelecidas, tais como, a vigilância da violência ou nutricional, está intimamente ligada à dinâmica da situação de saúde, existência de demanda social e dos jogos políticos que definem as estruturas organizacionais.

### 2.1.5 CONTEXTO DE AÇÃO DA VISA

As ações de VISA se estabelecem no contexto da sociedade brasileira, enquanto função de Estado estabelecida no âmbito do SUS.

De acordo com Bodstein (2006), a sociedade<sup>59</sup> dos dias de hoje é complexa, correspondendo a um ambiente onde se formam redes de interdependência cada vez maiores, estabelecendo novos e crescentes riscos

---

<sup>59</sup> Segundo a autora uma sociedade pode ser definida como um sistema simbólico de crenças e valores, capaz de gerar certo grau de integração, consenso e harmonia social.

advindos da perda individual do autocontrole ou de desvios de padrões morais e éticos. Neste contexto, a autora destaca que a interdependência auxilia a entender que a ameaça a um ou a alguns poucos indivíduos tem potencial de transformar-se em uma ameaça a toda coletividade, impondo a necessidade de ações coletivas de proteção social pelo uso do conceito de efeito externo ou “externalidade”, que busca dar conta de deficiências, efeitos negativos ou colaterais que acabam por prejudicar o conjunto da sociedade, além daqueles diretamente responsáveis ou envolvidos.

Cabe ao Estado contemporâneo a implementação de políticas públicas, não só o controle da sociedade, função tradicionalmente desempenhada pela legislação e pela atividade de polícia (DALLARI, 2001). O papel do Estado em relação aos efeitos externos produzidos pelos objetos de ação da VISA é caracterizado em ANVISA (2007) e descrito em Lucchese (2001, p 20), que concebe o modelo brasileiro de VISA como uma tentativa de coletivização da administração de “externalidades”, decorrentes da produção e circulação de bens e pessoas e da prestação de serviços de interesse para a saúde.

Em termos da organização de Estado no setor saúde, merece destaque o relatório final do PRO-ADESS (2003), onde o SUS é caracterizado como palco de disputa entre modelos assistenciais diversos, alternativos e experimentais, não existindo consenso entre autores sobre o modelo<sup>60</sup> de Sistema de Saúde que se pretende construir no país.

Dentre os diferentes modelos ainda é tímida a utilização do modelo da Vigilância da Saúde, descrito em Teixeira et al. (2006, p.49), alternativamente aos modelos médico-assistencial e sanitaria, ainda hegemônicos no país. A eleição de um modelo de atenção para o SUS envolve a disputa por um campo onde os diferentes atores representam seus interesses, influenciando as estruturas organizacionais e cunhando caminhos para que prevaleça um modelo conveniente aos seus interesses, como o caso do modelo médico-assistencial, que possui grande apelo junto à população.

---

<sup>60</sup> Paim (2003, p. 568) caracteriza os modelos de atenção como uma dada forma de combinar técnicas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas que orienta a ação, sendo uma forma de organizar os saberes e instrumentos utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

Neste contexto, historicamente, a VISA tem sido marginalizada em termos de políticas públicas de saúde brasileira, esquecida e pouco instrumentalizada em relação à sua importância para a saúde dos indivíduos a coletividade (SIQUEIRA, 2001 e VAN STRALEN, 2001).

A consolidação da VISA no âmbito do SUS está envolta nesta disputa, em um processo lento e cumulativo de construção, que eventualmente tem saltos quânticos pela demanda direta da sociedade. Estes pontos de inflexão geraram comoção da sociedade e demandaram a intervenção e revisão da legislação de VISA, infelizmente após a perda vidas humanas. Exemplos destes casos caracterizam a forma responsiva de implantação da VISA no país: vazamento de uma fonte de césio em Goiânia; mortes por transfusão de sangue contaminado (CONASS, 2007); mortes de pacientes em uma hemodiálise em Caruaru; comercialização de medicamentos e alimentos impróprios; morte de idosos na clínica de Santa Genoveva no Rio de Janeiro (COSTA, 2001a).

A gravidade destes eventos tem possibilitado à VISA ocupar espaço no SUS, mesmo que as condições para a materialização de suas ações sejam preocupantes, como destacado no Relatório Final da I Conferência Nacional de VISA, em 2001: a cobertura da VISA no território brasileiro é desigual, as estruturas e recursos são limitados; a estruturação da VISA é dissonante em relação ao SUS, faltando ainda articulação entre os três níveis do SN VISA; as ações são fragmentadas; falta um projeto político claro para descentralização de suas ações; as questões de VISA tem pouca prioridade junto aos Conselhos de Saúde; os princípios do SUS não são cumpridos pela VISA, resguardadas exceções; o modelo de atenção não privilegia ações coletivas como as de VISA; falta prioridade para as ações de VISA; existe um distanciamento da comunidade, dificultando a participação da VISA na construção da consciência sanitária e no exercício da cidadania.

Estas questões permeiam as ações diárias da VISA e interferem na prioridade a ela atribuída e na sua forma de eleição de prioridades. A abertura das instituições à participação social na eleição de prioridades no contexto democrático nacional é abordada por Paula (2005), ao analisar a reforma do Estado brasileiro. Segundo a autora, a administração pública brasileira utiliza o modelo gerencial, participativa no discurso e centralizador no processo decisório, o modelo societal,

que é participativo ao enfatizar a elaboração de estruturas e canais que viabilizem a participação popular.

Nesta caracterização, o SUS ao propor a participação da comunidade, enquanto princípio, aproxima-o do modelo societal em termos do processo decisório. No âmbito da VISA, este princípio precisa ainda ser exercitado dado a participação da comunidade na definição de prioridades ser ainda baixa, resumindo-se quase sempre à atuação passiva dos Conselhos de Saúde, o que leva a VISA a adotar um modelo gerencial em termos da eleição de prioridades.

As práticas de VISA se dão em um contexto econômico, político e ideológico determinado operando ações transformadoras sobre os objetos de suas práticas interagindo continuamente com o mundo em uma dinâmica própria da vida, caracterizando a VISA como uma prática técnica e social que simultaneamente participa e modifica a dinâmica em que se insere (Souza, 2007).

Essa forma de atuar é permeada por interesses de mercado, caracterizando uma complexidade social, que vai além da capacidade técnica. A complexidade presente nestes processos de regulação se encontra no estabelecimento de legislações com um rigor adequado sem prejudicar o interesse individual, expressa no artigo 10, da Portaria 1565/94 que preconiza que a VISA “ao editar, interpretar e aplicar normas, e ao executar ações, em cada esfera de governo, deverá fazê-lo da forma que melhor garanta a realização do fim público a que se dirige, mas também com a menor restrição possível aos direitos e interesses particulares do cidadão”.

Ao intervir em relações de consumo a VISA deixa de ser apenas uma atividade técnica, tornando-se uma atividade política que ameaça a harmonia das relações de produção e consumo, que no caso da prestação dos cuidados à saúde envolve uma assimetria de informação entre profissionais de saúde e usuários (VAN STRALEN, 2001). Segundo Costa (2001a), as normas são meios essenciais no fazer e do saber em vigilância, não apenas para modelar comportamentos, restringir liberdades em benefício dos interesses coletivos, coadunar interesses e ordenar conflitos, mas também para conformar Políticas Públicas.

A função de Estado exercida pela VISA se expressa pela regulação sanitária, caracterizadamente uma forma de gerenciamento de riscos em VISA. De

acordo com ANVISA (2007) o gerenciamento de risco em VISA envolve a escolha entre alternativas de regulação, não se limitando apenas a função de arbitro entre produtores e consumidores em função: das características particulares dos produtos, que podem ter efeitos danosos à saúde; de envolver objetos de difícil materialização; de demandar o conhecimento da realidade social e sanitária na quais estes produtos e serviços se inserem; e de se diferenciar dos demais processos de consumo ao envolverem bens e serviços essenciais à vida.

Esse complexo contexto de atuação da VISA exige clareza, preconizada por Lucchese (2001 e 2006), quanto à direção a ser dada ao valioso processo de transição que atualmente permeia todas as partes do SN VISA, tanto em relação ao seu objetivo quanto às estratégias políticas escolhidas. Esta clareza envolve um necessário e paciente processo de implementação de ações tecnicamente adequadas e, além disto, destreza político-social para aprofundar e efetivar um espaço no campo da Saúde Pública, seja nos níveis Federal, Estadual ou Municipal do SN VISA.

## **2.2 AVALIAÇÃO**

Avaliar é uma atividade inerente ao ser humano, podendo ser utilizada na formação da opinião de indivíduos, sendo assim um instrumento a serviço do livre arbítrio e da liberdade de escolha. A avaliação pode basear-se na intuição, opinião e expertise do observador ou se constituir em uma investigação estruturada, na forma de uma pesquisa, podendo assim assumir variados graus de objetividade associados ao tipo de informação necessária.

Quando a avaliação é utilizada para formar opinião sobre objetos coletivos complexos a busca por informação prescinde de um grau de estruturação mais elevado, tendo sido propostas na literatura diversas abordagens, modelos e metodologias (HOUSE, 1980; PATTON, 1997; WEISS, 1998; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; MARK, HENRY, e JULNES, 2000; CHEN, 2004; OWEN, 2004; STUFFLEBEAM, 2004 e VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A avaliação sistemática de programas sociais se tornou comum primeiramente na educação e na saúde pública. Apesar de ter suas raízes históricas

no século 17, a pesquisa avaliativa sistemática é um desenvolvimento do século 20, sendo que a aplicação de métodos de pesquisa social à avaliação de programas coincide com o crescimento e refinamento de métodos de pesquisa e com mudanças ideológicas, políticas e demográficas (ROSSI, LIPSEY e FREEMAN, 2004, p. 8).

A preocupação sobre as origens da avaliação é objeto do trabalho de Alkin (2004), que utiliza a metáfora de uma árvore para posicionar teóricos da avaliação e suas teorias<sup>61</sup>, a partir de um sistema categórico com três grandes vertentes: Uso (*use*), Método (*method*) e Valoração (*valuing*), conforme apresentado na Figura 9. Segundo o autor, a avaliação teria origem no uso de métodos da pesquisa social, no processo de identificação da responsabilidade social final e no controle fiscal de gastos públicos, com o objetivo de aperfeiçoar programas sociais e a própria sociedade.

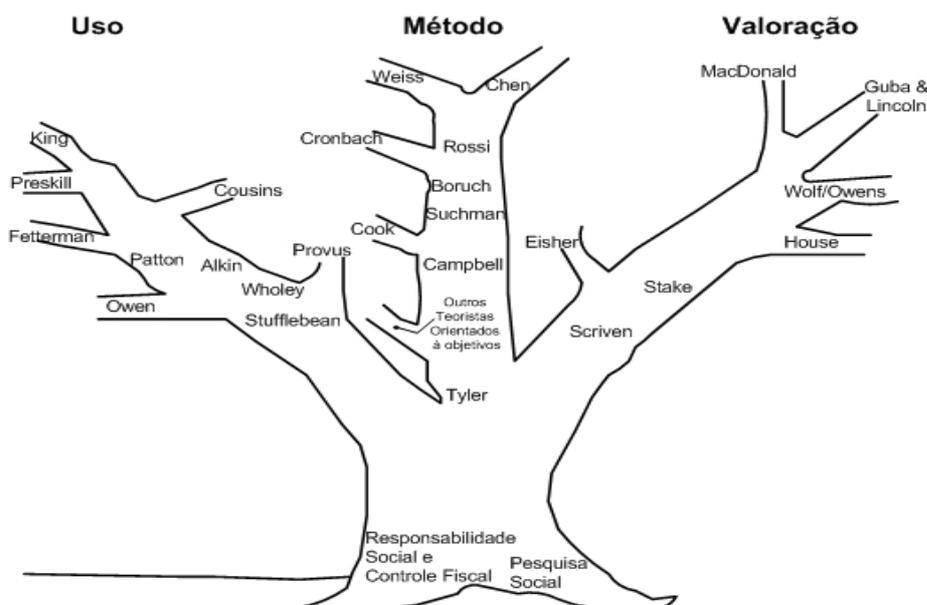


Figura 9. Árvore da Teoria da avaliação revisitada<sup>62</sup>.

Fonte: Alkin (2004, p. 389).

Similarmente, Furtado (2006) apresenta como os grandes eixos do debate interno à avaliação a garantia na utilização de resultados, a relevância a ser dada à metodologia e métodos utilizados e também a participação de diferentes atores e o grau de importância dado aos grupos de interesse.

<sup>61</sup> Termo utilizado apesar de o autor reconhecer ser mais apropriado abordagens ou modelos.

<sup>62</sup> O livro apresenta uma versão inicial e uma revisada da árvore, que traz algumas modificações no intuito de contemplar as posições manifestadas pelos teóricos nos capítulos de suas autorias.

De acordo com Alkin (2004) o ramo Uso representa o interesse dos teóricos com a utilização da informação produzida, assumindo assim prioritariamente a perspectiva de seus usuários; já o ramo Método caracteriza a intenção de construção do conhecimento, ou de sua utilização na forma mais pura, para a obtenção de informação generalizável; enquanto o ramo Valoração se estabelece em torno de uma preocupação com o julgamento de valor sobre o objeto observado, papel vital do avaliador no processo avaliativo.

A despeito da natural controvérsia gerada por uma categorização como essa<sup>63</sup>, ao enfatizar características predominantes, a metáfora ajuda a compreender, em grandes linhas, as abordagens dos diferentes autores, em relação ao campo da avaliação. Apesar de a metáfora enfatizar o uso de uma específica vertente teórica, em um processo avaliativo estruturado é possível identificar a presença das três vertentes, sendo normalmente realizado um juízo de valor, estabelecido com maior ou menor embasamento metodológico, em relação a um determinado objeto, com o objetivo de obter informação para a tomada de decisão.

Weiss (2004) apresenta a avaliação como: *pesquisa aplicada*, por envolver trabalho empírico sistemático baseado no método com o objetivo de produzir um juízo de valor; uma *busca por objetividade*, ao explorar as direções indicadas pelas descobertas; uma *prática profissional*, onde o avaliador utiliza seu conhecimento, habilidade e profissionalismo para representar a realidade por ele percebida; uma *atividade limitada*, em função das restrições enfrentadas pelos pesquisadores; e uma *atividade emaranhada na política*, por seus objetos terem sido constituídos a partir de uma construção política, alimentar o processo de decisão política e sinalizar a importância atribuída ao objeto.

De acordo com Contandriopoulos et al. (2000, p. 521) a busca por informação pode ocorrer nos domínios da pesquisa, da avaliação e da tomada de decisão, conforme apresentado na Figura 10. Os três domínios se interceptariam apenas parcialmente dado às possibilidades de realizar pesquisas com finalidades diversas da avaliação, de conduzir avaliações que não envolvam a pesquisa, e além destas, de a tomada de decisão não se basear em uma pesquisa ou avaliação formal. Neste contexto, os autores caracterizam em Avaliações Normativas como a

---

<sup>63</sup>. Alguns teóricos citados se mostraram pouco a vontade ao serem categorizados em um único ramo.

busca de informação com o objetivo verificar a conformidade entre o objeto avaliado e as normas e parâmetros pré-estabelecidos, podendo ser baseada na expertise ou no conhecimento tácito acumulado. Já as Pesquisas Avaliativas se caracterizam pelo conjunto de possibilidades disponíveis para a obtenção de informação pela marcha científica, com o objetivo de observar as relações entre os componentes do objeto avaliado, correspondendo ao continuum de intersecção entre os domínios da Pesquisa não avaliativa e da Avaliação Normativa.

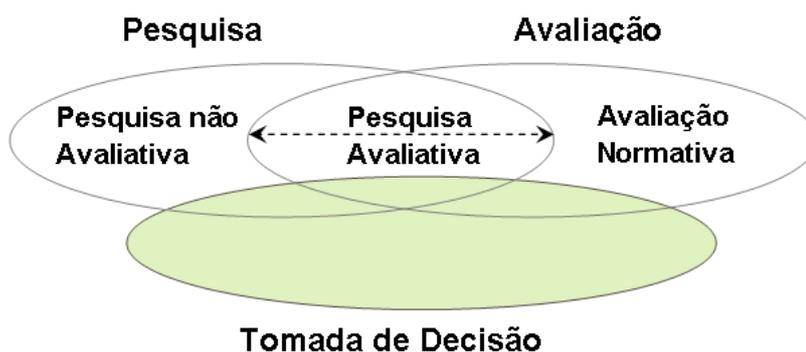


Figura 10. Pesquisa, avaliação e a tomada de decisão

Fonte: Adaptado de Contandriopoulos et al. (2000).

A importância assumida pela avaliação em países desenvolvidos se expressa a partir da ideia da avaliação como uma disciplina, estabelecida em Scriven (2001) e Scriven (2004, p.186). Segundo o autor, a avaliação é comparável em termos de validade com qualquer outra ciência, pertencendo assim a um grupo de elite das “transdisciplinas”, que serviriam como ferramenta para um amplo conjunto de outras disciplinas, por: (i) possuir um distinto assunto de interesse, ao dedicar-se à determinação de mérito, valor ou significado; (ii) se valer de um método específico, voltado à categorização e classificação; (iii) possuir substanciais campos de aplicação, tais como, a avaliação de programas, pessoas, produtos; e (iii) por produzir resultados de grande importância social e/ou intelectual.

Estes diferentes entendimentos ilustram o esforço despendido por pesquisadores no intuito de estabelecer, caracterizar e compreender o campo da avaliação. A seguir, são discutidas variações identificadas na literatura em termos das formas de definir avaliação (seção 2.2.1), do processo avaliativo (seção 2.2.2) e da avaliação de organizações e sistemas (seção 2.2.3).

## 2.2.1 DEFINIÇÕES DE AVALIAÇÃO

É necessário ter suficiente flexibilidade para entender qual definição de avaliação é mais adequada à determinado contexto, não sendo nem respeitoso nem prático adotar uma única definição de avaliação para então buscar ajustar à ela a situação objeto de avaliação (PATTON, 1982).

Ao abordar a avaliação em uma perspectiva prática Patton (1982) discute a validade do uso de definições, se referindo a elas como “uma das coisas difíceis de viver com ou sem”, onde conceitos, definições e modelos serviriam para ordenar o mundo, podendo auxiliar a diferenciar coisas importantes, pela associação aos significados percebidos no plano conceitual, melhorando a comunicação entre avaliador e avaliado. Assim, segundo o autor, nenhuma definição única seria suficiente para capturar completamente a prática da avaliação; diferentes definições servem a diferentes propósitos; existem discordâncias fundamentais no campo da avaliação em relação a sua essência e limites; diferentes definições são defendidas com vaidade por seus autores; pessoas olhando de fora, e algumas de dentro do campo, freqüentemente ficam confusas sobre o que é avaliação<sup>64</sup>; e a curto prazo não há razão para esperar o fim das discordâncias ou da confusão.

Na mesma linha, Guba e Lincon (1989) entendem definições como construções mentais humanas cuja correspondência com alguma realidade não é, e não pode ser, a saída, devendo-se, antes disto, discutir seus significados, dado não existir uma definição certa ou errada de avaliação.

No intuito de explicitar os diferentes entendimentos e apoiar os tópicos subseqüentes, a seguir são apresentadas definições representativas do campo da avaliação, agrupadas em relação à sua ênfase no uso, método e valoração, tomando como base o sistema categórico proposto em Alkin (2004).

As definições com ênfase no uso destacam a finalidade ou função das informações a serem obtidas, como pode ser observado a seguir. A Organização Pan-americana de Saúde (2001) define a avaliação de programas como uma análise

---

<sup>64</sup> Patton (1997) catalogou mais de trinta tipos de avaliações, entre eles: para acreditação, de custo benefício, de necessidades, de esforço, meta-avaliação, de efetividade, formativa, baseada em metas, livre de metas, de impacto, de processo, de resultados, para garantia da qualidade, de sistemas, de produtos, de indicadores sociais, somativa e baseada na utilização.

sistemática da pertinência, suficiência, eficiência, eficácia e dos efeitos de um programa ou atividade<sup>65</sup>. Mark, Henry, e Julnes (2000, p. 4) preconizam que a meta final da avaliação é a melhoria social, pela sua capacidade de ajudar instituições democráticas no processo de escolha, supervisão, aperfeiçoamento, caracterizando-se assim, como um auxílio à formação de opinião sobre políticas e programas sociais pela condução de investigação sistemática capaz de descrever e explicar sua operação, seus efeitos, suas justificativas e suas implicações sociais.

Stufflebeam (2004) concebe avaliação primariamente como uma atividade cuja função a longo prazo é orientada a incitar, ajudar e estimular tentativas de melhorar empreendimentos. Já Owen (2004), ao defender a necessidade de expandir a definição de avaliação além da atribuição de juízo de valor, vê a avaliação como uma atividade de produção do conhecimento, limitada à necessidade de prover um público com interesse legítimo com informação sobre um programa-objeto. Para Peskill (2004, p 348), a avaliação é um processo de aprendizado que deve resultar em descobertas utilizáveis e úteis, sendo mais efetiva quando conduzida com abordagens colaborativas, participativas e orientadas para o aprendizado, uma vez que, ocorre em um ambiente dinâmico, mutável e volátil, fazendo diferença no processo de aprendizagem derivado da experiência da avaliação a forma como são reportados e comunicados os resultados.

As definições com ênfase no método se caracterizam pela preocupação com a forma utilizada na obtenção das informações, como apresentado a seguir. Rossi, Lipsey e Freeman (2004a, p. 6 e 29), referem-se à avaliação como o uso de métodos de pesquisa social adaptados aos ambientes políticos e organizacionais, para investigar sistematicamente a efetividade de programas de intervenção social<sup>66</sup>. De modo similar, Weiss (2004, p. 154) vê a avaliação como um tipo de pesquisa aplicada que envolve trabalho empírico sistemático apoiado no método.

---

<sup>65</sup> De acordo com o documento, a *pertinência*, representa a satisfação das necessidades, políticas e prioridades sociais e de saúde; a *suficiência* a proporcionalidade em relação às necessidades; a *eficiência*, avalia a relação entre os esforços empreendidos e os recursos empregados; a *eficácia*, relaciona à medida que os resultados obtidos aproximam-se dos objetivos e metas fixados, reduzindo as dimensões de um problema ou melhorando uma situação insatisfatória; enquanto os *efeitos* representam os resultados na situação sanitária e no desenvolvimento socioeconômico.

<sup>66</sup> Um programa social é caracterizado pelo autor como um esforço organizado, planejado e usualmente em curso, projetado para melhorar um problema social ou incrementar condições sociais.

Já as definições com ênfase na valoração, tomam o julgamento de valor realizado como função prioritária a ser realizada pelo avaliador, como a seguir caracterizado. Scriven (1995) define avaliação como uma investigação sistemática de mérito, valor e significância, distinguindo-a de sinônimos próximos como determinação (*assessment*) ou de conceitos como monitoramento, determinação de necessidades, mensuração, descrição, e interpretação, e também, em Scriven (2001), como um empreendimento difuso, com múltiplas funções, uso, usuários, muitas vezes dependente do contexto, outras não.

MacLaughlin e Jordan (2004) também definem avaliação como uma investigação sistemática do mérito e valor de um objeto, cujo propósito é reduzir a incerteza de decisões a serem tomadas. Nesta linha, Sigsgaard (2002) ao propor uma avaliação sem indicadores, destaca a importância da opinião das pessoas atingidas pelo programa para a determinação de seus efeitos. Enquanto Greene (2002) propõe métodos mistos para avaliações, onde o importante é forjar uma parceria entre ciência e cidadania, pensando avaliadores como cidadãos e bons julgadores e a avaliação como uma ação sábia, sem deixar de lado a ciência.

Guba e Lincoln (1989, p.31 e 38) propõem a avaliação construtivista responsiva, que corresponderia à quarta geração da avaliação, como uma abordagem alternativa à primeira geração, dedicada ao desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados; à segunda, dedicada à como avaliar; e à terceira, que privilegia o julgamento do valor ou mérito. A avaliação responsiva foca igualmente na construção social, construção de significado e provisão de significado aos atores, baseando-se no princípio psicológico de *Gestalt*, no qual os indivíduos não agem em relação àquilo que lhes é dito sobre a realidade, mas em relação àquilo que eles acreditam ter significado pessoal e social.

Algumas definições propostas na literatura incorporam múltiplas dimensões da avaliação, incluindo o Uso, Método e a Valoração. De acordo com Contandriopoulos et al. (2000) a avaliação é um julgamento de valor sobre uma intervenção, ou seus componentes, pela implementação de um sistema que provê informação com validade científica e legitimidade social à tomada de decisão, para a ação dos diferentes atores envolvidos. Assim como, em Vieira-da-Silva (2005, p. 16 e 17) que apresenta a pesquisa avaliativa como um julgamento realizado sobre as

práticas sociais com o apoio de metodologia científica, a partir da formulação de uma pergunta não respondida na literatura<sup>67</sup>.

Essa gama de entendimentos, ao definir a prática avaliativa, sustenta as diferentes abordagens e métodos propostos na literatura. A sistematização destas possibilidades permite identificar elementos chave, úteis à estruturação da discussão sobre o processo avaliativo, conforme apresentado na seção 2.2.2: variedade de objetos (programas, organizações ou práticas sociais), seção 2.2.2.1; questões e objetivos avaliativos (pertinência, implicações sociais, efeito, efetividade, estrutura, processo, resultados, modelo de operação), seção 2.2.2.2; abordagens, métodos e finalidades (investigação sistemática, racionalidade, aprendizado, participação, cientificidade, produção de conhecimento, formação de opinião, juízo de valor, descrição, explicação, construção de significado e melhoria social), seção 2.2.2.1.

## 2.2.2 O PROCESSO AVALIATIVO

A busca de informação para a realização de um julgamento de valor conecta o início e o final do processo avaliativo, que em uma aproximação inicial com o mundo real ocorre pela compreensão do objeto investigado, ao qual é formulada uma questão que impõe um objetivo para a avaliação, que por sua vez influenciará no método e a abordagem a serem utilizados e o julgamento realizado.

Neste sentido, a avaliação envolve a conquista, construção e constatação do objeto investigado (BOURDIEU, 2004), em um contexto de decisão inerente à administração e planejamento, no qual a definição do objeto e a formulação da questão envolvem escolhas nem sempre imparciais.

Segundo Goodstadt et al. (2001) planejamento, implementação e avaliação são freqüentemente vistos como componentes de um ciclo iterativo onde o planejamento precede a implementação que precede a avaliação. A Figura 11 apresenta a inserção do processo avaliativo no ciclo administrativo, que tem início com o processo de planejamento.

---

<sup>67</sup> Neste contexto, a autora caracteriza a avaliação como um campo que tem como objeto práticas sociais, onde as práticas de saúde representam um caso particular, sendo assim vista de modo mais abrangente que a dimensão racional da ação ou do uso instrumental de seus resultados.

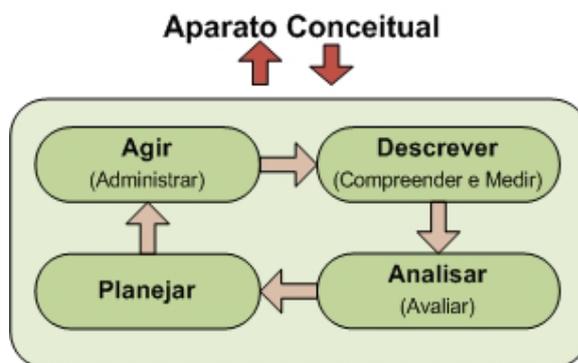


Figura 11. Ciclo administrativo e a Avaliação

Fonte: Adaptado de Hurst (2002) e Chiavenato (2000)<sup>68</sup>.

A avaliação de programas e serviços está inserida na temática da gestão em saúde coletiva, assim como o planejamento em saúde, todas muito próximas e convergentes, em relação à sua função primordial de produzir saúde (FURTADO, 2006). Essa compreensão pode auxiliar a mudar hábitos como os descritos em Hurst (2002): apesar das melhorias em sistemas de saúde, usualmente, serem baseadas em ideologia e na “experiência”, a mensuração e análise podem ser combinadas com estas, em um ciclo ideal de passos a serem seguidos por qualquer sistema de saúde para a melhora de sua performance, auxiliada pela avaliação.

O contexto de tomada de decisão, na qual o processo avaliativo está envolto, é utilizada por Virtanen e Uusikylä (2004) para caracterizar os objetivos da avaliação, em relação à sua ênfase na causalidade e *Accountability* (responsabilidade final): *simbólica*, quando tem fraca ênfase na causalidade e responsabilidade final; *pesquisa científica*, quando possuem forte ênfase na causalidade e pequena ênfase na responsabilidade final; *pesquisa exploratória*, quando apresentam fraca ênfase na causalidade e grande ênfase na responsabilidade final; ou *democracia transparente*, com grande ênfase na causalidade e na responsabilidade final.

### 2.2.2.1 Objetos de avaliação

Diversos textos teóricos têm se valido de termos específicos, para coletivizar o espectro de possibilidades do objeto de avaliação.

<sup>68</sup> Hurst (2002) propõe que a ação de administradores sobre sistemas de atenção à saúde seja guiada pela conceituação e mensuração, e pela análise e avaliação. Chiavenato (2000) propõe que administradores desenvolvam sequencialmente as funções: Planejar, Organizar, Dirigir, e Controlar.

De modo a manter a porta intelectual aberta aos demais campos de avaliação, Scriven (2004, p. 186) advoga, em debates metodológicos, pensar sobre o que está sendo avaliado em termos de “avaluando” (*evaluand*), que poderia representar um programa, pessoa, proposta, produto ou uma política, reservando o termo avaliado (*evaluee*) para as pessoas avaliadas ou participantes da avaliação.

Similarmente, Contandriopoulos et al. (2000, p. 523 e 524) coletivizam os objetos de uma avaliação com o termo intervenção, entendida como todo sistema organizado de ação, dedicado a modificar o curso de um fenômeno, de modo a corrigir uma situação problemática, podendo ser uma técnica, uma medicação, um tratamento, uma organização, um programa, uma política ou mesmo um complexo sistema de cuidados à saúde. Stufflebeam (2004) toma como objeto da avaliação projetos, programas, pessoas, produtos, instituições e sistemas, enquanto Rossi, Lipsey e Freeman (2004, p. 6 e p. 29), utilizam os termos avaliação, avaliação de programas e pesquisa avaliativa como expressões intercambiáveis.

Novaes (2000) caracteriza como objetos da avaliação em saúde os programas, serviços e as tecnologias de saúde<sup>69</sup>, conforme estes são assumidos pelas “comunidades” de profissionais, caracterizadas por sua inserção em específicos setores e seus referenciais político-ideológicos e teórico-metodológicos.

Vieira-da-Silva (2005) propõe o uso da tríade estrutura-processo-resultado<sup>70</sup>, em uma primeira aproximação do objeto, para então propor cinco níveis de avaliação: as tecnologias; as ações desenvolvidas individualmente pelos agentes; os serviços onde os agentes se articulam para desenvolver atividades; os estabelecimentos, que podem ofertar um conjunto de serviços; e os sistemas, nível mais complexo de organização das práticas, que envolveria os níveis anteriores e sua coordenação. Similarmente, Handler e Turnok (2001), caracterizam uma possível abordagem para a avaliação da performance de sistemas públicos de saúde, inspirada na tríade estrutura-processo-resultado, sob a égide da qualidade.

---

<sup>69</sup> O processo avaliativo teria como objeto: *programas*, que envolvem a análise de processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados; *serviços*, em avaliações para gestão e garantia da qualidade; e *tecnologias de saúde*, como, por exemplo, um produto ou processo.

<sup>70</sup> Descrita em Donabedian (1988) para avaliação da qualidade do cuidado em saúde, que depende da qualidade técnica e inter-pessoal dos profissionais, das amenidades oferecidas, do cuidado auto-implementado pelo paciente e do cuidado recebido pela comunidade.

Neste contexto, Siqueira (2001) propõe o monitoramento do sistema de VISA pela observação e análise de indicadores de estrutura, processo e resultados, que geraria o desempenho de seus projetos e atividades, o diagnóstico de eventuais dificuldades, falhas e problemas intercorrentes, bem como, a identificação de suas causas e a proposição de medidas corretivas e resolutivas pertinentes.

Essa multiplicidade de objetos permite admitir que existam diferenças em avaliar diferentes intervenções ou “avaliandos”, a exemplo de um produto, do acolhimento em uma unidade de saúde, de um hospital ou um sistema de saúde.

Segundo Contandriopoulos et al. (2000, p. 521) é preciso classificar os objetos de avaliação segundo sua complexidade e grau de dependência do contexto<sup>71</sup>, uma vez que os métodos adotados para a avaliação serão diferentes em função da complexidade da intervenção. Assim, segundo os autores, na avaliação de um medicamento (intervenção simples e independente do contexto) são adotados protocolos de pesquisa experimentais ou quasi-experimentais, enquanto que na avaliação de um sistema de saúde ou de uma organização (intervenção complexa e dependente do contexto) não é possível a utilização de modelos teóricos simples, devendo-se recorrer a uma modelagem complexa.

A partir do reconhecimento da complexidade do objeto, é importante lembrar que, segundo Tarride (1998), a caracterização de um sistema dependerá da perspectiva adotada, uma vez que, um mesmo sistema pode ser percebido de diferentes formas por observadores distintos, que ao longo do tempo podem referir-se ao mesmo sistema de forma diversa, e assim sendo, a descrição de um sistema será sempre problemática, assim como sua explicação também o será.

Assim, por mais simplória que possa ser a definição do objeto de avaliação, ela influencia as questões e objetivos avaliativos (seção 2.2.2.2) e as abordagens, métodos e finalidades presentes no processo avaliativo (seção 2.2.2.3).

---

<sup>71</sup> Os autores caracterizam uma intervenção: *complexa*, como aquela que possui múltiplas finalidades de difícil identificação e divergentes, múltiplos níveis, variadas dimensões, e que envolvem um grande número de atividades, mobilizando variados atores interdependentes, por um período de tempo mal definido; e *dependente do contexto*, aquelas que possuem uma abertura importante ao ambiente, recursos específicos para um dado contexto particular, grande sensibilidade a variações no contexto (político, econômico, social institucional), e limites fluidos, que não permitem distingui-la de seu contexto.

### 2.2.2.2 Questões e objetivos avaliativos

A delimitação do objeto permite a formulação de uma grande variedade de questões e objetivos avaliativos. Rossi, Lipsey e Freeman (2004, p. 77, 79 e 80) propõem uma hierarquia de avaliações com cinco níveis, baseada no relacionamento entre questões avaliativas e métodos utilizados para respondê-las, conforme apresentado na Figura 12. Nesta hierarquia, cada nível representa um bloco de pesquisa avaliativa (categoria de questionamentos e métodos) que serviria de suporte à condução do nível seguinte, podendo ser reconhecidos individual ou conjuntamente em estudos avaliativos. A partir desta hierarquia os autores propõem possíveis questões avaliativas dos diferentes blocos, a seguir exemplificadas em ordem ascendente: Qual a natureza e magnitude do problema ao qual se destina o programa? Como o programa deveria ser organizado? Os serviços planejados estão sendo entregues às pessoas desejadas? As metas, resultados, e objetivos estão sendo alcançados? Os recursos são utilizados eficientemente?

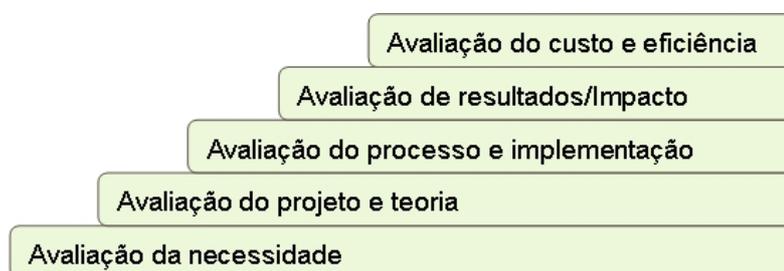


Figura 12. Hierarquia da avaliação

Fonte: Rossi Lipsey e Freeman (1999).

Segundo Patton (1997, p. 219), as questões avaliativas podem ser formuladas a partir da cadeia de eventos que compõem um programa, sendo possível combiná-las hierarquicamente com os níveis de evidência necessários para uma avaliação, conforme Figura 13. Essa combinação possibilitaria visualizar a relação entre o Plano do Programa e seus Critérios de Avaliação, onde cada nível de evidência suscitaria uma questão avaliativa, a exemplo do primeiro: Os recursos, pessoal, e duração do programa são adequados?

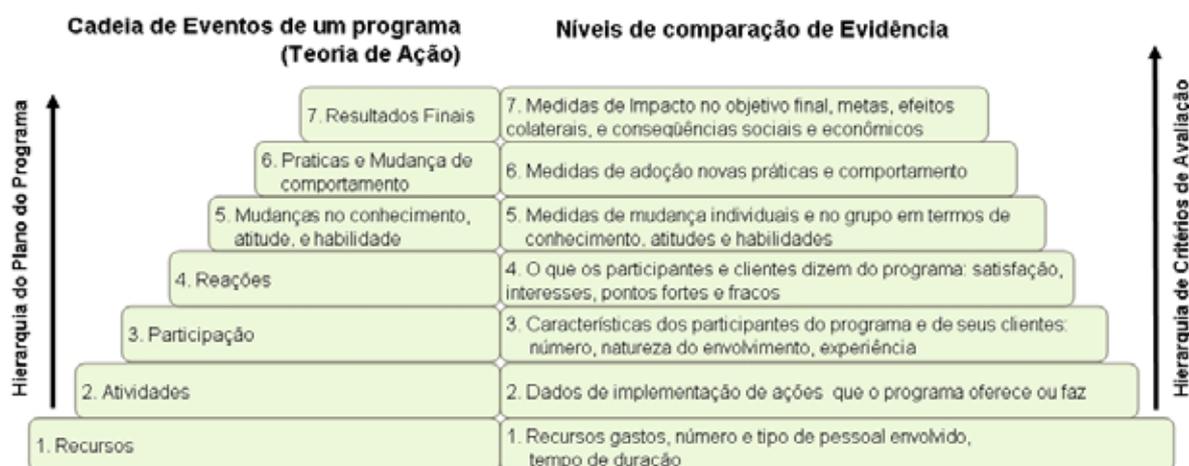


Figura 13. Combinação hierárquica entre a cadeia de eventos de um programa e os níveis de evidência necessários numa avaliação

Fonte: Adaptado de: Patton (1997).

Utilizando lógica similar, ao apoiar a tomada de decisões com base no uso de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade<sup>72</sup>, Ferreira (2001) apresenta um modelo simplificado do processo de trabalho em saúde, ver Figura 14.

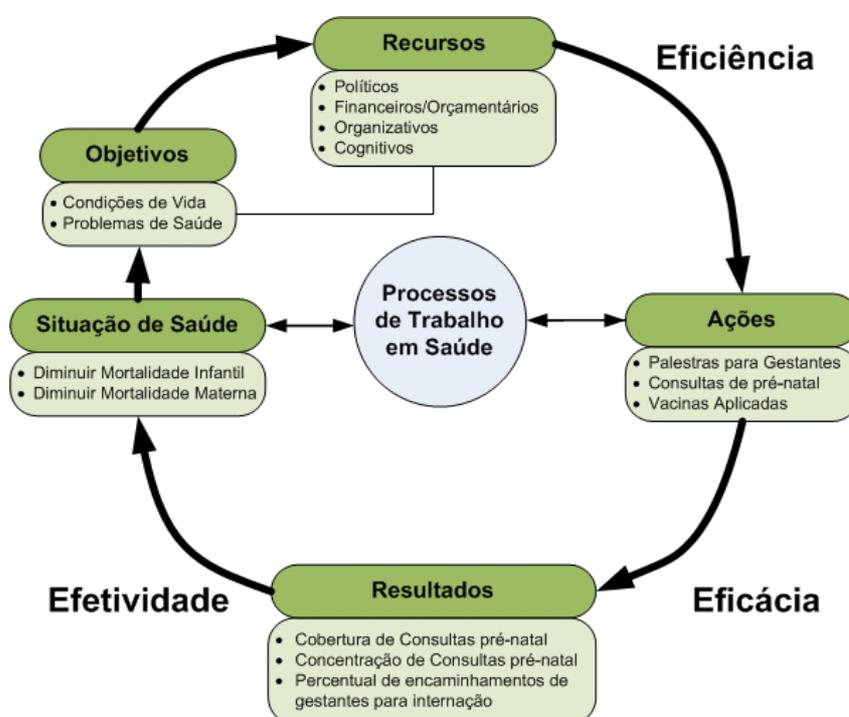


Figura 14. Modelo de processos de ação em saúde

Fonte: Ferreira (2001).

<sup>72</sup> A autora considera: *eficiência*, a utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando “desperdícios”; *eficácia*, alcançar os melhores resultados possíveis a partir das ações produzidas; e *efetividade*, a obtenção de transformações concretas na situação de saúde, coerente com os objetivos propostos pela gestão.

A partir deste modelo, a autora defende a necessidade da geração de informação para o conhecimento, acompanhamento e avaliação permanente da situação de saúde pelo monitoramento de indicadores capazes de responder a questões como: Como está a situação de saúde? Quais os principais problemas de saúde da população? Quais os recursos disponíveis para enfrentar os problemas prioritizados visando a alcançar os objetivos propostos? Que quantidade de ações pode ser ofertada utilizando com eficiência, eficácia, e efetividade os recursos, disponíveis? Essa visualização, além de útil ao expor a intencionalidade dos processos de trabalho em saúde e expressar a importância do monitoramento na análise da situação de saúde, caracteriza as noções de eficiência, eficácia e efetividade, usualmente utilizadas na literatura de avaliação.

Uma caracterização visualmente interessante para a eficiência é dada em Murray e Evans (2003), que a consideram como uma forma de garantir que os recursos disponíveis sejam combinados de modo a produzir o máximo possível de benefício à sociedade, e não como uma meta, pela eficiência não representar um fim em si. Neste contexto, os autores expressam, gráfica e matematicamente, a eficiência de um sistema de saúde como a razão entre o realizado (e) e o máximo possível de ser realizado (M) com os recursos disponíveis ( $E = [e / (e + f)] = [e / (M - L)]$ ), conforme apresentado na Figura 15, onde o menor nível possível de alcance de metas (L) diferiria de zero, uma vez que mesmo na ausência ou falha do sistema de saúde as pessoas não morreriam.

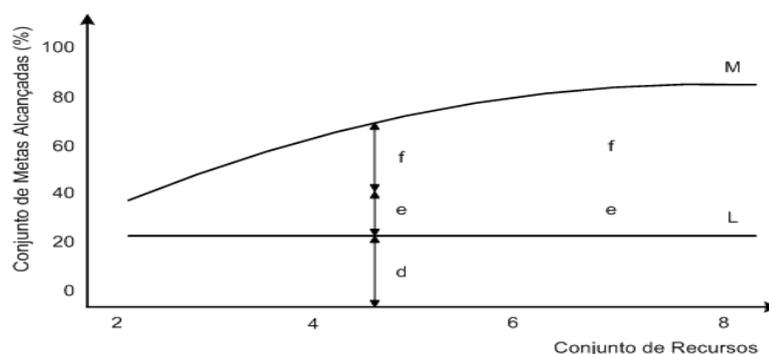


Figura 15. Eficiência de um sistema de saúde

Fonte: Murray e Evans (2003).

Sem entrar na discussão sobre os diferentes entendimentos possíveis para as noções de eficiência e eficácia, Contandriopoulos et al. (2000) concebem o

processo avaliativo a partir de um modelo genérico de avaliação de uma intervenção, conforme apresentado na Figura 16.

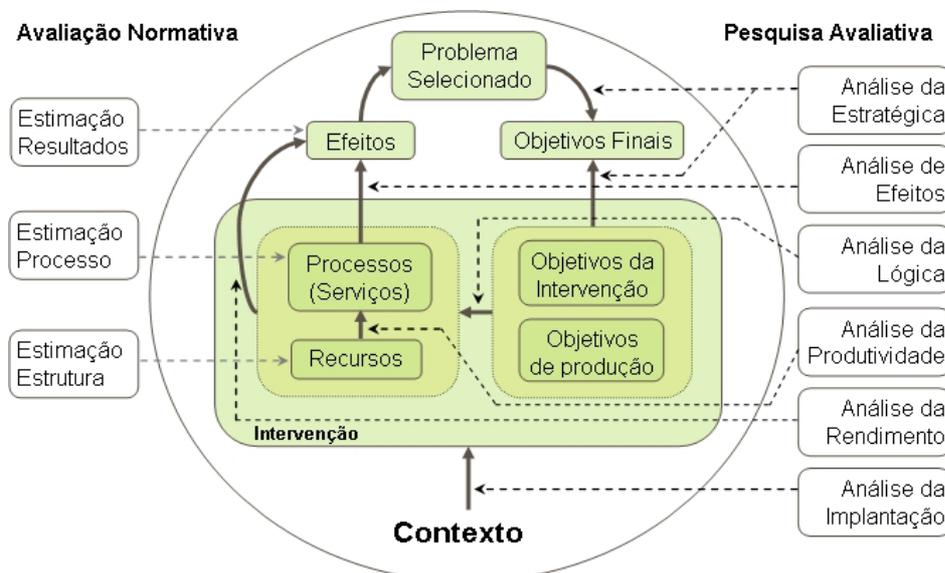


Figura 16. Avaliação de uma intervenção

Fonte: Adaptado Contandriopoulos et al. (2000, p. 528).

Nesta idealização, as avaliações normativas teriam foco em cada um dos elementos da tríade estrutura-processo-resultado, enquanto que as pesquisas avaliativas teriam como objetivo avaliar as relações entre os componentes de uma intervenção pelo uso de métodos científicos, sendo assim avaliações relacionais.

Segundo os autores, as avaliações normativas se dedicam a avaliar a estrutura, o processo e os resultados<sup>73</sup> de intervenções e teriam como questões típicas: O pessoal é competente? Os valores orçados foram suficientes? (estrutura); Os serviços atendem aos requisitos de qualidade? Eles são suficientes? Eles são bem coordenados? (processo); Os objetivos esperados foram atingidos? (resultados). Já as pesquisas avaliativas, possuiriam mais liberdade, para estabelecer questionamentos de cunho teórico-acadêmico de uma intervenção, conforme apresentado na Figura 17, ao invés de se limitar a questionamentos institucionais para verificar o alcance de metas previamente estabelecidas, como no caso das avaliações normativas.

<sup>73</sup> Estes três elementos assumem uma inerente relação causal, onde a análise: da *estrutura* fornece informações quanto a custos e desvios na implantação; do *processo* geraria informações sobre o desvio, cobertura, qualidade e custos; e de *resultados* ofereceria informação quanto ao atendimento dos objetivos estabelecidos para a intervenção.

<b>Pesquisas Avaliativas</b>	<b>Questões avaliativas típicas</b>
Análise da Estratégia	A intervenção se justifica frente ao conjunto de problemas identificados?
Análise de Efeitos	Quais os efeitos obtidos? Os efeitos identificados podem ser atribuídos à intervenção?
Análise da Lógica	A intervenção como proposta é capaz de impactar no problema identificado?
Análise da Produtividade	Os recursos utilizados foram otimizados? É possível produzir a mesma quantidade de serviços com menos recursos?
Análise do Rendimento	Os recursos financeiros utilizados foram bem utilizados? É possível produzir o mesmo efeito com menos recursos?
Análise da Implantação	Qual o efeito do meio sobre a intervenção? Qual o efeito de variações na intervenção sobre efeitos esperados? Qual o efeito da interação entre a intervenção e o contexto sobre os efeitos esperados?

Figura 17. Critérios e questões avaliativas

Fonte: Adaptado de Contandriopoulos et al. (2000, p. 531-535).

Em relação às estas formas de avaliar uma intervenção, é importante destacar a posição de Scriven (2001), para quem a avaliação do tipo caixa preta (efeitos/resultados) não é o fracasso da avaliação, sendo esta muito útil e freqüentemente a única forma de avaliação possível de ser conduzida; e de Patton (1997), para quem a avaliação da implantação pode ajudar nos casos em que a avaliação de resultados produz pouca informação para auxiliar a tomada de decisão, sendo esta preferível quando se impõem limitações de tempo e recursos.

### 2.2.2.3 Abordagens, métodos e finalidades

A profusão de abordagens e métodos de avaliação propostos na literatura a muito é motivo de análise. House (1980) apontava a existência de dúzias de abordagens em avaliação, que poderiam ser agrupadas em um conjunto básico de modelos, correspondendo a tipos ideais (análise de sistemas, objetivos comportamentais, processo de decisão, sem metas, capacidade crítica, revisão profissional, quase-legal e estudos de caso) que poderiam ser caracterizados a partir de suas audiências preferenciais, itens de consenso, metodologia, resultados investigados e questões típicas.

Uma visão geral e historicamente seqüencial das teorias da avaliação é apresentada por Scriven (2001): inicialmente, avaliação era vista como um processo de apoio à decisão (formativa e somativa) capaz de estabelecer se o programa havia atingido, ou não, seus objetivos; a seguir, os teóricos passaram a se interessar pelos resultados em relação às necessidades dos destinatários atingidos pelo

programa; após, os trabalhos começaram a advogar a participação dos avaliados na construção do processo de avaliação; mais recentemente, passou-se a defender o papel central da teoria para guiar o processo avaliativo, em detrimento de avaliações do tipo caixa preta<sup>74</sup>; e, por fim, as avaliações passaram a ser entendidas como um instrumento da melhoria social.

A distinção entre avaliações formativas e somativas, é abordada por Cook, Cook e Mark (1982), sendo: formativas, aquelas conduzidas para investigar os meios que habilitarão gestores implementar ações de melhoria em um programa ou na forma como ele é gerido; e somativas, aquelas realizadas para avaliar o impacto de um programa habilitando a tomada de decisão quanto à continuidade, extensão, redução ou aprovação. Steers e Parsons (2001) caracterizam as avaliações em: formativas, como aquelas que seriam conduzidas em relação a uma atividade em andamento; somativas, como retrospectivas, para determinar o que deu ou não certo; e além destas as avaliações precursoras, que estabelecem uma referência às intervenções a serem implementadas posteriormente.

Com base na finalidade das avaliações, Novaes (2000) propõe uma síntese dos principais tipos de avaliação (para decisão, para gestão e investigação avaliativa), que poderiam ser caracterizadas a partir de um conjunto de critérios: objetivo, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, contexto, utilização da informação, tipo de juízo formulado e temporalidade da avaliação. Similarmente, Owen (2004) propõe um meta-modelo genérico para distinguir avaliações de programas, com agrupamentos estruturados em função de cinco finalidades das avaliações (pró-ativa, elucidativa, participativa / interativa, monitoramento e impacto), e caracterizados a partir de suas suposições (questões típicas, imperativos, métodos, abordagens e tipo único de conhecimento produzido).

Na mesma linha, Stufflebeam (2004) propõe uma estrutura para guiar o estudo e a prática da avaliação – o modelo CIPP<sup>75</sup> - com o qual seria possível avaliar os diferentes constituintes do objeto a partir do foco avaliativo: em necessidades presentes no contexto, que teria foco em metas; recursos, com foco

---

<sup>74</sup> O modelo da caixa preta assume como objeto da investigação os resultados obtidos, sem considerar os processos que conduziram sua obtenção, o que seria motivo de críticas pela baixa capacidade de compreensão e generalização de programas.

<sup>75</sup> Abreviatura de *Context, Input, Process e Product* (CIPP).

em projetos; processos de trabalho, com foco em ações; e produtos gerados, que teria foco em resultados. Outra forma de sistematização do conhecimento no campo da avaliação é a proposta por Alkin (2004), que divide modelos de avaliação em descritivos dos prescritivos. Segundo o autor, os modelos descritivos ofereceriam uma teoria empírica, através de um conjunto de afirmações e generalizações que descrevem, predizem ou explicam as atividades avaliativas, enquanto os prescritivos, mais comuns, descrevem regras, recomendações, proibições e referências de como conduzir uma boa e apropriada avaliação. Além dessa Stern (2004), ao destacar o papel do aprendizado nos três “movimentos” contemporâneos da avaliação na Europa, caracteriza o debate entre teóricos segundo sua ênfase na evidência, aprendizado ou teoria.

Segundo Furtado (2006, p. 725), o que está por trás da grande variedade de propostas de avaliação existentes é a ontologia, concepção do que seja a realidade; a epistemologia, forma como concebemos as relações entre sujeito e objeto, os limites e a natureza do processo de conhecimento; e a metodologia, forma como as condutas ou regras a serem seguidas são encaradas para compreender ou analisar um objeto.

Diante desta profusão de modelos, classificações e estruturas é importante destacar dois trabalhos que podem auxiliar a identificação da melhor abordagem de um dado processo avaliativo.

No primeiro, Mark, Henry, e Julnes (2000, p. 12) sugerem que uma teoria da avaliação deveria auxiliar avaliadores a tomar decisões cuidadosas, ao invés de definir os componentes da prática corrente no campo. Assim, os autores distinguem avaliações em função de quatro grupos de propósitos<sup>76</sup> (avaliação de mérito ou valor, melhoria do programa ou organização, supervisão e conformidade, desenvolvimento do conhecimento), sendo que a cada propósito melhor se adequaria um ou mais modelos típicos de investigação: descrição, classificação, análise causal e investigação de valores. No segundo, Chen (2004) postula que a escolha da forma de conduzir uma avaliação de programa seria situacional, uma vez que, diferentes circunstâncias e necessidades requerem o uso de distintas estratégias, métodos e abordagens. Assim, o autor apresenta uma taxonomia da

---

<sup>76</sup>. Os propósitos ofereceriam razões mais específicas para a avaliação do que metas de melhoria social.

prática avaliativa que associa estratégias e abordagens à evolução do programa, que poderia estar em um estágio de planejamento, de implementação inicial, de implementação madura e de resultados.

Um ponto a ser destacado nestas caracterizações é o uso de modelos teóricos para representar os objetos da avaliação. O uso de modelos teóricos é um recurso há muito utilizado por autores na representação da saúde humana, como o modelo ecossistêmico de saúde proposto por VanLeeuwen et al. (1999) – *butterfly model* - e os demais por ele identificados: ecológico, sócio-ecológico, bem-estar, holístico, promoção em saúde, mandala, comunitário e de determinantes em saúde. A capacidade de estes modelos representarem o mundo real foi incorporada no processo avaliativo, originando as avaliações dirigidas pela teoria (*Theory-Driven Evaluation*), presente no trabalho de diversos autores (Chen, 1990; Weiss, 1998; Handler et al., 2001; Chen, 2004; Van Der Knaap, 2004; e Stame, 2004).

A utilização da teoria em avaliações também é destacada por Medina et al. (2005, p. 45), para quem seu uso representou um movimento de mudança no campo da avaliação, ocorrido na década de 80, que passaram a ser orientadas por ela, ao invés de orientarem-se metodologicamente. Uma das precursoras deste movimento, Weiss (1998, p. 58) propõe que avaliações apóiem-se em uma teoria do programa, argumentando ser útil conhecer não só o que ele pretende alcançar, mas também como pretende fazê-lo, o que organizaria a avaliação e auxiliaria a clarear suas premissas. Assumindo como objetivo do programa a modificação de uma situação problema, a autora preconiza que o avaliador identifique a teoria do programa<sup>77</sup> (lógica que produzirá o resultado esperado<sup>78</sup>) e a teoria da implementação (atividades a serem desenvolvidas), que conjuntamente comporiam a teoria da mudança proposta pelo programa.

Considerando a existência de uma racionalidade objetiva na implantação de programas e políticas públicas, Chen (1990) propõe que as

---

<sup>77</sup> A autora utiliza o termo teoria do programa referindo-se aos mecanismos utilizados na mediação entre a entrega/recepção do programa e o aparecimento dos resultados pretendidos.

<sup>78</sup> Utilizado pela autora no sentido de *outcomes*, ou resultado final, sendo assim diferente de *outputs*, ou produção, rendimento, ou resultados intermediários. Ambos guardam relação respectivamente, com as noções, propostas por Rossi Lipsey e Freeman (2004), de metas, enquanto uma afirmação normalmente geral e abstrata de um estado desejado que direciona as ações de programas; e de objetivos, enquanto afirmações específicas que detalham a realização de um programa juntamente com um ou mais critérios de sucesso mensuráveis.

avaliações se baseiem nas teorias de programas, que poderiam ser prescritivas ou descritivas, como usual em ciências sociais. Enquanto a *teoria prescritiva / normativa* fornece uma orientação sobre como o tratamento deveria ser planejado e implementado, além de metas e resultados a ser atingidos ou avaliados, a *teoria descritiva / causativa* especifica como o programa funciona, identificando as condições necessárias para a condução dos processos e suas prováveis conseqüências<sup>79</sup>.

A partir desta caracterização inicial, o autor expande sua proposta de estrutura conceitual da teoria de programas e de avaliações dirigidas pela teoria, passando a considerar, Chen (2004), de modo dinâmico a inter-relação entre os programas, as organizações que os implementam, o público alvo e o contexto de sua implementação. Segundo o autor, a teoria prescritiva / normativa seria o *modelo de mudança*, que descreveria o processo causal subjacente ao programa, expresso por três elementos: metas e resultados, determinantes e intervenção ou tratamento. Já a teoria descritiva / causativa, seria o *modelo de ação*, que corresponde a um plano sistemático para combinar pessoal, recursos, direção e o apoio de organizações para atingir o público alvo e ofertar os serviços propostos pela intervenção, que seriam representados por seis elementos: a organização que implementa o programa, o corpo de pessoas que o implementam, as organizações colaboradoras / parceiros da comunidade, os protocolos da intervenção e do serviço entregue, um contexto ecológico e o público alvo.

Também se valendo de modelos teóricos, Contandriopoulos et al. (2000, p. 524 e 525) apresentam um modelo lógico de uma intervenção, apresentado na Figura 18, onde é possível identificar os componentes e hipóteses que lhe sustentam: o *modelo causal do problema*, caracterizado pela relação entre o problema selecionado, objetivos da intervenção e demais fatores de risco; o *modelo teórico conceitual da intervenção*, que relaciona os objetivos finais, os objetivos da intervenção e objetivos de produção; e o *modelo operacional da intervenção*,

---

<sup>79</sup> Com base nestes dois tipos de teorias o autor considera que existam três tipos de avaliação: teorias normativas (avaliação do tratamento, contexto da implementação e de resultados), e teorias causativas (avaliação de impacto, do mecanismo de intervenção, e de generalização).



“constatativo”, em um movimento que toma um construto da realidade passível de modelagem como objeto da investigação científica. De acordo com as autoras, modelar significaria representar um objeto, seus movimentos e suas relações tendo como referência uma construção teórica - a teoria do objeto-modelo – sendo assim função de um modelo teórico ou teórico-lógico explicitar a racionalidade subjacente ao programa, especificando o problema visado, seus componentes, condições de contexto do programa, conteúdo, e atributos para produzir os efeitos esperados.

Um modelo lógico deve explicitar as metas, o público alvo, os componentes, objetivos de longo e curto prazo, e de processo e os recursos necessários (RUSH e OGBORNE, 1991, p. 100; e DWYER e MAKIN, 1997, p. 422).

De modo similar, MacLaughlin e Jordan (2004) propõem que o modelo lógico expresse a relação entre a forma como o programa é entregue (como) e os resultados a serem obtidos (por que), relacionando assim: recursos ↔ atividades ↔ resultados de produção ↔ consumidores ↔ resultados de curto e médio ↔ resultados de longo prazo em relação ao problema eleito. Assim, segundo os autores os modelos lógicos auxiliariam a focar questões sobre o mérito e valor<sup>81</sup> do programa e a identificar indicadores de performance e variáveis chaves a serem mensuradas no processo avaliativo.

Essa lógica de construção pode ser identificada no Modelo Lógico para o planejamento e avaliação da Promoção da Saúde proposto em Goodstadt et al. (2001) e apresentado na Figura 19.

Uma questão relevante em relação ao processo avaliativo é a posição do avaliador em relação ao objeto investigado e a sua responsabilidade na utilização dada à avaliação, assunto polêmico no campo da avaliação que suscitou debate (Paton, 1988 e Weiss, 1988).

De modo a identificar a necessidade, ou não, de avaliação externa, Sharp (2005) propõe uma hierarquia para guiar auto-diagnósticos com base na capacidade e maturidade das organizações construírem seus próprios instrumentos de avaliação. O autor sugere como níveis de capacidade de avaliação

---

<sup>81</sup>. Segundo os autores, enquanto o mérito representa a efetividade do programa em alcançar seus objetivos de curto e médio prazo o valor expressa o alcance de indicadores de longo prazo.

organizacional avaliação: *ad hoc*, quando existe um monitoramento básico e/ou programas ou projetos de avaliação não coordenados; *planejada*, quando existe um programa ou projeto coordenado; *integrada*, quando a avaliação é parte da estratégia de planejamento e implementação de programas; *meta-analítica*, quando existe evidências sistemáticas de uma política baseada em evidências e comparação com referências; e *estratégica*, quando o conjunto de diretores avalia o governo, os administradores e a administração da organização.

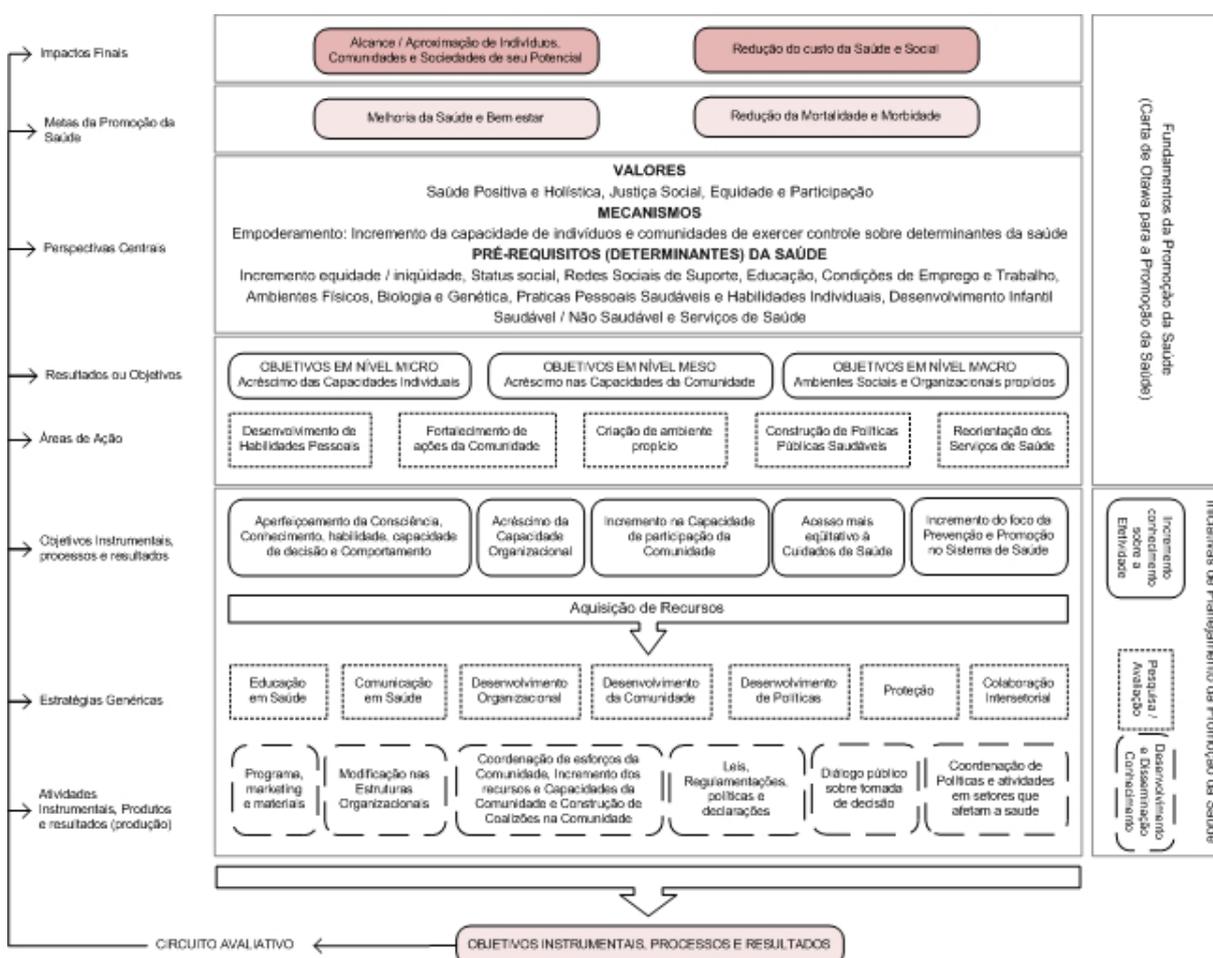


Figura 19. Modelo Lógico Genérico de planejamento e avaliação Promoção da Saúde

Fonte: Adaptado de Goodstadt et al. (2001).

### 2.2.3 AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS

A efetivação das ações preconizadas para o SN VISA assume, normalmente, a forma de projetos ou programas, conduzidos simultaneamente nos diferentes níveis do SUS. Apesar de sua importância, poucos trabalhos têm focado o desempenho destes níveis, sob a perspectiva organizacional.

A avaliação de sistemas de saúde costuma ser limitada, por se basear em indicadores de saúde da população ou de serviços de saúde, estando disponíveis, apenas, metodologias mais apropriadas a serviços de saúde isolados ou a programas de saúde (Malik e Schiesari, 1998, p. 8). Travassos e Novais (2004) apontam um vácuo nos estudos de Saúde Coletiva no Brasil, uma vez que, ainda estão em uma fase de definição conceitual e metodológica estudos nacionais que tomam como objeto os sistemas, os serviços de saúde e as práticas assistenciais.

Mais recentemente, o relatório final do PRO-ADESS (2003), ao propor um modelo para avaliação do SUS, aborda sua avaliação sob a perspectiva de sistemas, destacando não existir no Brasil nenhuma iniciativa governamental de avaliar o impacto do desempenho do sistema em seu conjunto, sendo que a maioria das avaliações se situa no plano da avaliação do processo de descentralização ou de implantação de programas específicos. Além desta, merece destaque as Funções essenciais da Saúde Pública, outra iniciativa para avaliar sistemas de saúde, apresentada em Muñoz (2000).

A avaliação sob a perspectiva organizacional implica na caracterização das diferenças entre políticas, sistemas, programas, organizações. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) definem políticas de Saúde como decisões para definição de objetivos imediatos e futuros do sistema de saúde, geralmente desenvolvidas por formuladores de políticas do governo. Já os sistemas são normalmente definidos a partir de seus elementos e funções, como em Lacombe (2004), onde um sistema é abordado como um conjunto integrado de elementos dinamicamente inter-relacionados que desenvolve uma atividade ou função para atingir um ou mais objetivos comuns ao conjunto. Os DeCS caracterizam sistemas de saúde, como uma rede de serviços cujos objetivos são proporcionar um nível ótimo de saúde às pessoas, proteger dos riscos de adoecer, satisfazer as necessidades individuais de saúde e distribuir de forma equitativa o nível de saúde; e um sistema de VISA, como um conjunto de instituições, políticas e métodos que formam a estrutura organizacional-administrativa da área governamental de VISA.

Os programas correspondem a um grau de organização das práticas onde há definição de objetivos, atividades e recursos para resolução de problemas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Rossi, Lipsey e Freeman (2004), definem *programas sociais* como um esforço planejado, organizado, e normalmente contínuo

para melhorar um problema social ou condições sociais. Eduardo e Miranda (1998) concebem um *programa de saúde* como uma intervenção planejada de ações com o objetivo de atender às necessidades de saúde de uma determinada população.

As *Organizações* podem ser entendidas como: a forma que assume qualquer associação humana, formal ou informal, para atingir um objetivo comum (LACOMBE, 2004); empreendimentos humanos moldados intencionalmente para atingir objetivos (CHIAVENATO, 2000); ou arranjos construídos social e intencionalmente para alcançar objetivos (DE SETA e LIMA, 2006).

Estas definições podem ser relacionadas aos problemas de saúde: uma política estabeleceria a priorização de problemas a serem enfrentados; enquanto os programas expressariam a forma de organização das práticas utilizadas em seu enfrentamento; já as organizações se ocupariam da implementação de programas, atuando concomitantemente em diferentes problemas, a partir de uma forma comum, e normalmente institucionalizada de organizar o trabalho; enquanto os sistemas são constituídos de uma coletividade de organizações com objetivo de atuar conjuntamente sobre problemas comuns ao longo do espaço e tempo.

As organizações têm sido objeto de diferentes teorias administrativas<sup>82</sup>, podendo ser estruturadas, de acordo com Astley e Van de Ven (1983) a partir das quatro visões<sup>83</sup> presentes nas maiores escolas de pensamento através de quadrantes definidos pelos eixos vertical nível (micro e macro) e horizontal orientação da ação (determinística e voluntarística), ou então, segundo Chiavenato (2000), a partir das variáveis básicas na teoria geral da administração, que guardariam correspondência com as ênfases presentes nas diferentes teorias administrativas: tarefas, estrutura, pessoas, ambiente e tecnologia.

A diversidade de teorias implica na coexistência de diferentes enfoques e modelos utilizados na compreensão de organizações, sendo justamente esta uma das dificuldades em estabelecer uma forma de avaliar performance de organizações.

Estudos com este objetivo não são novos e têm ocupado pesquisadores no campo da administração e sociologia, na busca do

---

<sup>82</sup>. Clássica, neoclássica, da administração científica, da burocracia, estruturalista, das relações humanas, do comportamento e desenvolvimento organizacional, estruturalista, e da contingência.

<sup>83</sup>. Seleção Natural, Ação Coletiva, Sistema-Estruturalista e Escolha Estratégica.

estabelecimento de dimensões capazes de expressar a efetividade organizacional (Georgepoulos e Tannenbaum, 1957 e Yuchtman e Seashore, 1967), caracterizada como um conceito crítico na teoria organizacional por Goodman e Pennings (1980), e levando Peskill (2004, p 348) a prever que a pesquisa avaliativa se torne um processo contínuo de investigação e compreensão de problemas organizacionais.

Steers (1975), ao revisar mais de uma dezena de modelos multivariados de efetividade organizacional, já apontava pouca consistência nos critérios utilizados tornando difícil a comparação da qualidade do ajuste entre modelos, devido a problemas quanto a validade do construto, instabilidade dos critérios utilizados ao longo do tempo, influência da utilização de perspectivas de curto e longo prazo, múltiplos critérios competindo entre si, imprecisão na mensuração, relevância teórica e ênfase dada no nível de análise.

Na mesma linha, Cameron e Whetten (1983) advogam que múltiplas perspectivas, ou modelos, devem ser utilizadas para entender a efetividade organizacional, sendo necessário utilizar uma visão ampla para capturar seus constituintes e suas relações. A partir deste entendimento, os autores concluem que não existe um modelo universal de efetividade organizacional, pois os melhores critérios não podem ser determinados, apenas aqueles apropriados, que seriam consistentes com um determinado ponto de vista, sendo neste sentido, mais importante desenvolver estruturas para estimar a efetividade organizacional do que desenvolver teorias de efetividade.

Na busca de organizar a literatura sobre efetividade organizacional, Quinn e Rohrbaugh (1983), em um estudo baseado no uso de escala multidimensional, caracterizaram uma estrutura teórica, composta por dois eixos e três dimensões<sup>84</sup>, compartilhada por pesquisadores organizacionais: preferência pelo foco (interno-externo), preferência pela estrutura (estabilidade-flexibilidade), e internamente a cada uma das anteriores, a preferência por resultados (meios-fins). A partir desta caracterização os autores sugerem que pesquisadores organizacionais compartilham uma estrutura teórica implícita e assim critérios de efetividade organizacional podem ser organizados de acordo com estas três dimensões de valor.

---

<sup>84</sup> Nesta caracterização, a preferência pela qualidade não se ajustou em nenhuma dimensão, tendo sido considerada um elemento importante em todos.

A partir desta caracterização, Quinn e Rohrbaugh (1983) propõem uma estrutura inédita que expõe critérios competitivos de performance organizacional e a inter-relação entre quatro abordagens, individualmente já relativamente bem conhecidas, utilizadas na sua análise. A estrutura é composta por quatro círculos concêntricos, conforme apresentado na Figura 20, onde: no círculo externo estão representadas as quatro abordagens de análise organizacional, os círculos seguintes representam as dimensões: foco-estrutura, meios e fins.

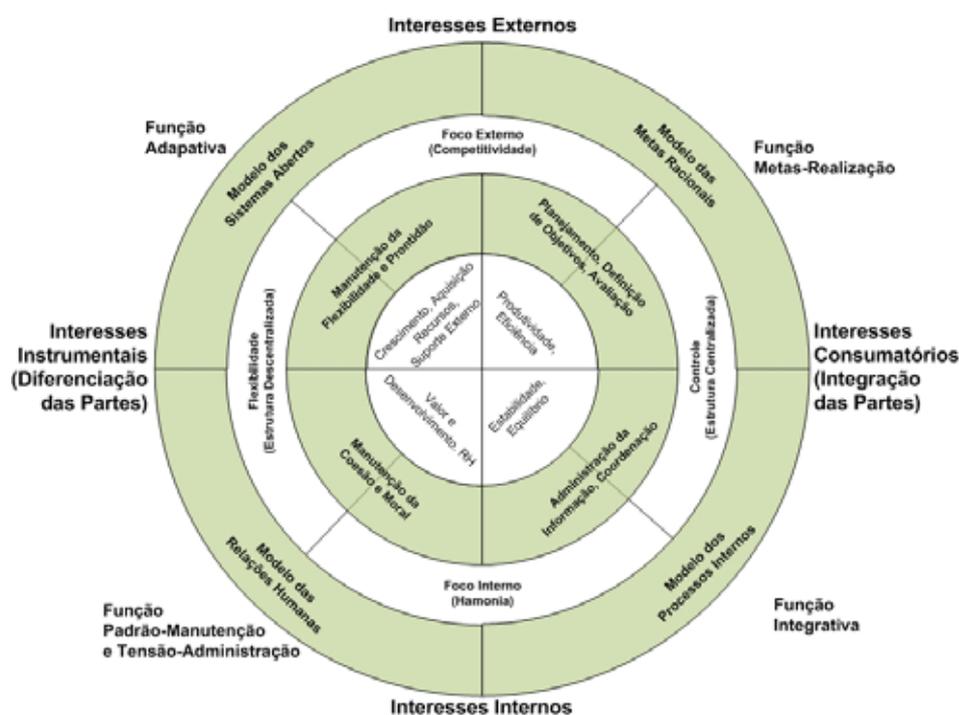


Figura 20. Estrutura para análise organizacional: modelo espacial de critérios de efetividade

Fonte: Quinn e Rohrbaugh (1983).

Assim, conforme Quinn e Rohrbaugh (1983): o *modelo dos sistemas abertos*, com ênfase no foco externo e na flexibilidade, utilizando como meios a manutenção da flexibilidade e a prontidão, e como fins o crescimento, aquisição de recursos e suporte externo; o *modelo das metas racionais*, com ênfase no foco externo e controle (planejamento, definição de objetivos, avaliação → produtividade e eficiência); o *modelo dos processos internos*, que enfatiza o foco interno e controle (administração da informação e coordenação → estabilidade e equilíbrio); e o *modelo das relações humanas*, com ênfase no foco interno e na flexibilidade (meios a coesão e moral → valores e desenvolvimento de recursos humanos). A partir dessa estrutura os autores estabelecem um “surpreendente e instrutivo” paralelo com os

quatro pré-requisitos funcionais de qualquer Sistema Organizado de Ação, identificados por Talcott Parsons, expressos no modelo pelas funções padrão-manutenção, adaptação, alcance de metas e integrativa.

Essa estrutura, inicialmente estabelecida para análise da efetividade organizacional, é apresentada em Quinn (1991) com o propósito de diagnosticar e intervir em organizações, apresentado na Figura 21. Segundo Quinn (1991), estas abordagens poderiam ocorrer sob uma perspectiva estática, pela análise de um conjunto de dimensões e subdimensões representando os quatro modelos, ou dinâmica, onde as dimensões e subdimensões serviriam para acompanhar a evolução organizacional ao longo do tempo.

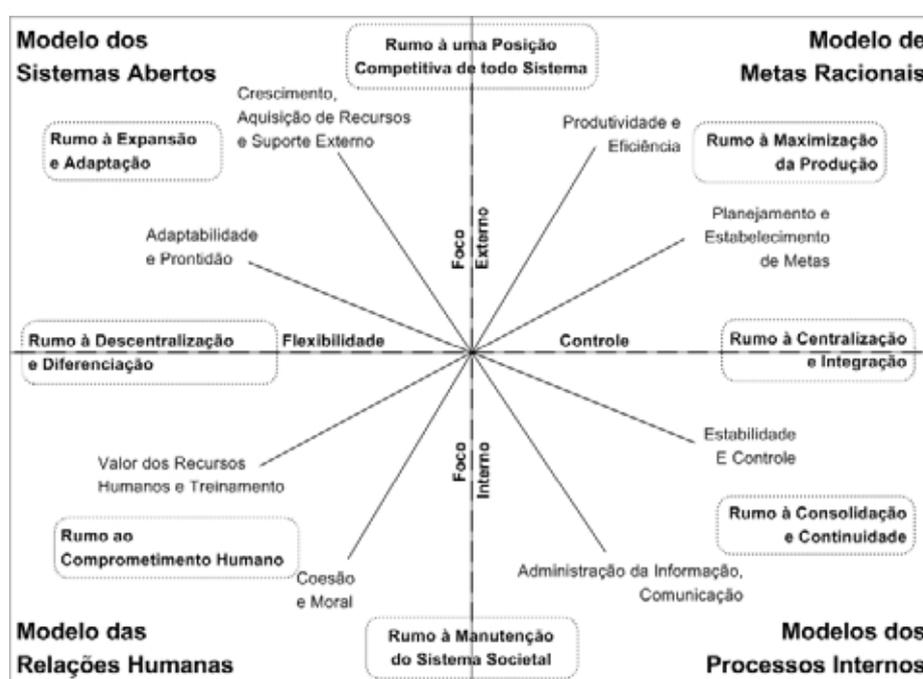


Figura 21. Efetividade na Estrutura de Valores competitivos

Fonte: Quinn (1991).

Ao ressaltar que diferentes modelos coexistem de forma paradoxal em ambientes organizacionais, o autor propõe uma estrutura de critérios cujos eixos são rotulados negativamente em relação aos apresentados na Figura 21. A partir da afirmação que “boas coisas pode se tornar ruins” o autor argumenta que a intensidade em que estas subdimensões se fazem presentes gera um (des) equilíbrio intra e entre quadrantes, que poderia interferir positiva ou negativamente na efetividade organizacional. Sob essa perspectiva, cada uma das subdimensões poderia afetar benéficamente (zonas positivas) ou não (zonas negativas), a

efetividade organizacional, e os diferentes quadrantes e eixos poderiam ser expressos negativamente, conforme apresentado na Figura 22.

Em termos da literatura nacional da área da saúde, foi proposta metodologia para avaliar o desempenho<sup>85</sup> do sistema de saúde brasileiro, Viacava et al. (2004), que toma por base propostas de avaliação de sistemas de vários países, e assume a equidade como um eixo que corta quatro grandes dimensões inter-relacionadas: determinantes da saúde, condições saúde da população, estrutura e desempenho do sistema saúde. Neste contexto, o desempenho de sistemas de saúde seria estimado a partir do acesso, aceitabilidade, respeito ao direito das pessoas, da continuidade, adequação, segurança, efetividade e eficiência.

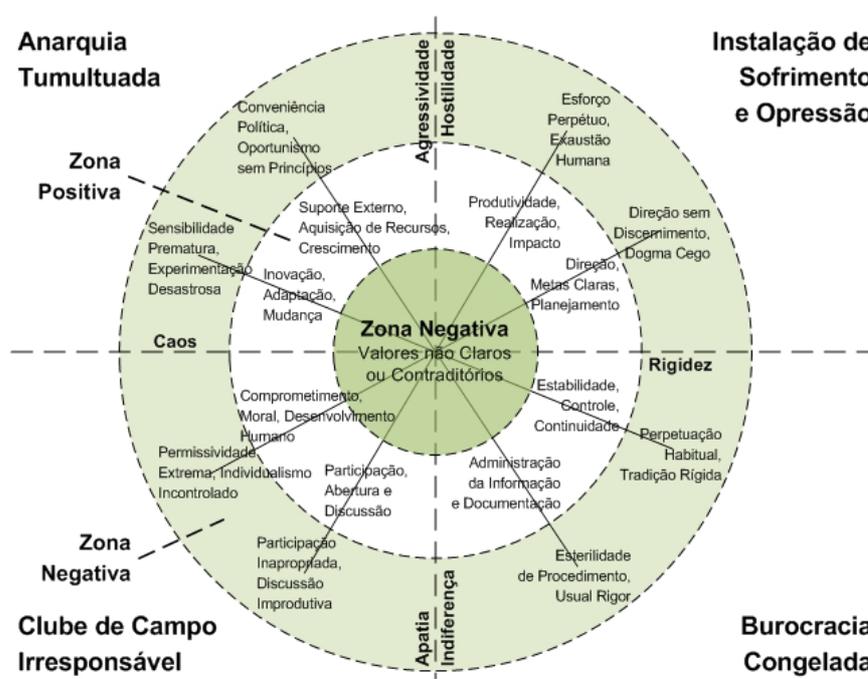


Figura 22. Zonas positivas e negativas de efetividade

Fonte: Quinn (1991).

Também na área da saúde, Sicote et al. (1998) destacam um crescente interesse na avaliação de performance de organizações e sistemas públicos de modo a incrementar a eficiência e efetividade dos serviços ofertados, porém apontam duas grandes deficiências de pesquisas e teorias sobre o assunto: a utilização fragmentada de modelos unidimensionais na avaliação do construto

<sup>85</sup> Os autores entendem o desempenho como o cumprimento de objetivos, funções e metas das organizações que compõem o sistema.

performance; e o paradoxo gerado pela adoção de diferentes perspectivas de julgamento dos critérios utilizados. De modo a superar estes problemas os autores propõem uma compreensiva estrutura teoricamente fundamentada, conforme apresentado na Figura 23.

Segundo Sicote, Champagne e Contandriopoulos (1999), o modelo de avaliação global e integral da performance de sistemas de saúde (EGIPSS) permite integrar as diversas formas e modelos de performance existentes para análise de sistemas de ação social, considerando-os de forma complementar. De acordo com os autores, a avaliação de sistemas de ação social envolve a verificação de funções<sup>86</sup> ou dimensões essenciais e o alinhamento entre estas.

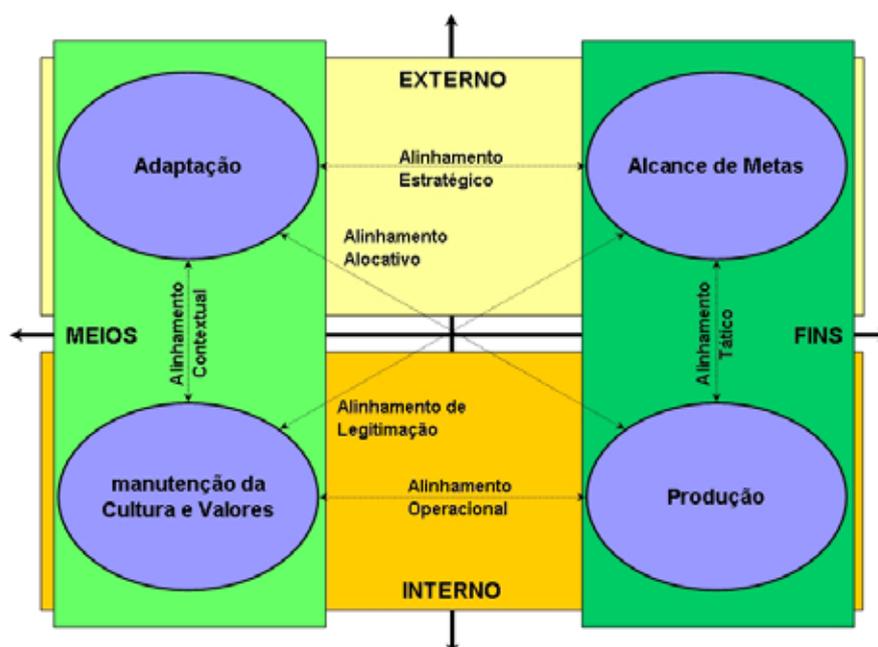


Figura 23. Modelo de avaliação da performance de sistemas de saúde (EGIPSS)

Fonte: Adaptado de Sicote, Champagne e Contandriopoulos (1998).

As quatro funções do modelo são descritas por Champagne et al. (2005), como segue:

- interação com seu ambiente em um processo de *Adaptação*, o que assegura a capacidade do sistema obter recursos e adaptar-se às oportunidades e ameaças do dinâmico ambiente onde desenvolve suas atividades;

<sup>86</sup> O termo função deriva das funções de sistemas de ação social presentes no trabalho de Talcott Parsons, nas quais o modelo EGIPSS teve inspiração.

- orientação para o atendimento de *Metas*, que representa a capacidade do sistema atender seus objetivos fundamentais;
- integração dos processos de trabalho para assegurar a *Produção*, envolvendo assim a coordenação dos recursos e atores internos na condução de suas práticas, normalmente principal, quando não o único, objeto de avaliação de performance;
- e *manutenção da Cultura e Valores*, função fundamental para a manutenção da coesão do sistema sócio-técnico interno de atores, que caracteriza a produção e reprodução do sistema de valores que orientam a condução das demais funções.

O alinhamento entre estas funções depende de um equilíbrio dinâmico que expressam um estado de movimento contínuo de tensão-equilíbrio de dupla direção que explica o funcionamento do sistema de ação social a partir do alinhamento entre dimensões, caracterizados assim por Sicote et al. (1998):

- *Estratégico*: expressa a compatibilidade entre as finalidades da organização e a obtenção de recursos no processo de adaptação, resultado do exercício de poder no ambiente no qual está inserido;
- *Alocativo*: representa a troca entre a produção e os recursos obtidos, caracterizando a responsividade do subsistema de produção frente ao processo de adaptação, assim como a adequação deste frente às demandas de produção;
- *Tático*: caracteriza a capacidade dos mecanismos de gestão governar o subsistema de produção para o alcance de metas da organização, bem como a relevância da escolha das metas frente aos mecanismos de produção existentes;
- *Operacional*: expressa em que medida a cultura e os valores conseguem mobilizar o subsistema da produção, bem como o impacto da demanda por resultados de produção sobre a cultura e valores organizacionais;
- *Legitimação*: relaciona a congruência entre o alcance de metas e a cultura e valores, bem como se estas metas contribuem para reforçar (ou minam) a cultura e valores organizacionais;
- *Contextual*: representa a capacidade da cultura e valores organizacionais mobilizar o subsistema de adaptação, assim como se este reforça (ou solapa) a cultura e valores organizacionais.

A estrutura é baseada, segundo os autores, na teoria de ação em sistemas sociais proposta por Talcott Parsons, segundo a qual todo sistema demanda interação com seu meio ambiente para adquirir recursos e autotransformação; é orientado por metas; necessita integração em seus processos internos para assegurar a produção; e preserva valores e normas, que auxiliam e restringem as funções anteriores (Sicote et al.,1998). Segundo Munch (1982), o cerne da teoria de Talcott Parsons é a afirmação que “cada ação pode ser entendida como um produto da interação de forças dinâmicas e controladas, correspondendo a

uma teoria geral da ação social, que une as contribuições de Max Weber, Émile Durkheim, e Freud”, o que para Jung (1884) representa a primeira estrutura conceitual realmente interdisciplinar e unificada para análise de sistemas vivos.

Neste contexto, Sicote et al. (1998) propõem que uma organização performática é aquela que administra cada uma das dimensões de performance organizacional mantendo um equilíbrio dinâmico entre elas. Estas qualidades poderiam ser inferidas sob uma perspectiva, normativa, com base na capacidade de executar cada uma das quatro funções, ou de alinhamento, a partir da capacidade de manter um equilíbrio entre estas, donde os autores definem avaliação de performance como: um construto multidimensional referente ao julgamento alcançado pela interação dos atores interessados, sobre qualidades globais e específicas que caracterizam o valor relativo de uma organização.

De um modo geral, os modelos apresentados buscam delimitar o que se espera de uma organização atuando em um determinado contexto, demandando modelos diferenciados e mais complexos, em relação àqueles necessários para a descrição e avaliação de programas. O resultado esperado da atuação de organizações tem sido caracterizado na literatura avaliação em torno dos construtos<sup>87</sup> efetividade, desempenho ou performance organizacional<sup>88</sup>, a exemplo de Quinn e Rohrbaugh (1983), que afirma que “a efetividade organizacional não é um conceito e sim um construto socialmente construído, uma noção abstrata desenvolvida por teóricos organizacionais e pesquisadores”.

---

<sup>87</sup> Um construto é uma variável teórica, uma dimensão relevante sob um ponto de vista substantivo, que normalmente não pode ser medida diretamente, podendo ser mensuradas indiretamente de variadas formas com o auxílio de variáveis operativas (CANO, 2006), que coletivamente provêm uma explicação causal ou uma teoria subjacente (KREUTER et al. 2001).

<sup>88</sup> Murray e Evans (2003) distinguem os termos performance e eficiência. O primeiro, mais abrangente, inclui um amplo espectro de atividades incluindo a mensuração do alcance de metas, a eficiência no uso de recursos e a forma como o sistema funciona. O segundo, expressa o quão bem os recursos estão sendo utilizados e combinados para produzir os resultados desejados.

## Capítulo 3

Uma adequada ciência da sociedade precisa construir teorias que contenham intrinsecamente a diferença entre a teoria e a prática. Um adequado modelo da realidade deve levar em conta a distância entre a experiência prática dos agentes, que ignoram o modelo, e o próprio modelo, que expõe os mecanismos de funcionamento da ação social com uma cumplicidade desconhecida pelos agentes (BOURDIEU, 1992).

### **AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: MÉTODO MULTIDIMENSIONAL EM UM CONTEXTO ORGANIZACIONAL**

A avaliação da Vigilância Sanitária (VISA) é uma demanda institucional estabelecida no âmbito do Sistema Nacional de VISA (SN VISA) pelo Plano Diretor de VISA (PD VISA) e pelo Pacto pela Saúde, com base nas Portarias 3085/GM/2006 e 204/GM/2007, que organizam o sistema de planejamento, as formas de repasse de recursos financeiros e o processo de avaliação no SUS. Esses instrumentos legais propõem uma avaliação normativa, cujo objetivo principal é assegurar que o gasto dos recursos públicos ocorra da forma legalmente preconizada. Assim, muitas vezes, a análise do alcance de metas fica remetida a um plano secundário, resumido ao monitoramento de indicadores de processo que pouco auxilia a explicar o desempenho da VISA nos três níveis do SN VISA<sup>89</sup>.

---

<sup>89</sup> Na prática esta afirmação se verifica pela dificuldade inerente à interrupção do repasse de recursos Federais, nos casos de Estados e Municípios não alcançarem as metas de produção estabelecidas.

Este contexto reforça a necessidade de um processo avaliativo que permita identificar variações na implantação das ações de VISA, legitimamente amparadas no exercício da autonomia administrativa dos entes federativos. Nesse contexto, é importante a avaliação de experiências positivas e negativas no desempenho, frente às diferentes estratégias, abordagens, estruturas e ênfases utilizadas na condução das ações da VISA. A identificação dessas variações representa um raciocínio similar ao proposto em WHO (2003), no plano internacional, em relação à avaliação do desempenho de diferentes sistemas de saúde: "todos os sistemas e culturas são distintos de muitas formas, porém há muito conhecimento a ser aprendido da experiência comum de diferentes grupos de países".

Qual seria a melhor forma de conduzir a avaliação de um subsistema com dimensão continental e complexo como o SN VISA? A resposta, certamente, extrapola a simples verificação do adequado uso do recurso e envolve a construção de um processo avaliativo válido e legítimo. De modo a contribuir com este debate, é proposto, a seguir, o método multidimensional para a avaliação de desempenho da VISA.

O método elege a perspectiva organizacional, com um propósito formativo, privilegiando uma visão holística da VISA, ao incorporar quatro dimensões paradoxalmente competitivas, capazes de determinar o desempenho da VISA, caracterizar seu funcionamento e desvelar suas fragilidades. Assim, o processo avaliativo proposto busca subsidiar a tomada de decisão pela geração de informação sobre a VISA, propiciando uma avaliação de seu desempenho e uma estimativa do grau de implantação, caracterizando sua capacidade de proteger a sociedade dos riscos presentes em produtos e serviços objeto de sua ação.

### **3.1 MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA VISA**

A proposta do método de avaliação da VISA tem como premissa a produção de um juízo de valor com validade científica e legitimidade social, que possibilite a geração de informação sobre dimensões relevantes da VISA e capazes de expressar seu grau de implantação.

O método envolveu cinco etapas em sua construção: Definição do objeto e objetivos do processo avaliativo (seção 3.1.1); Definição do modelo e abordagem (seção 3.1.2); Definição de medidas de desempenho e instrumento de coleta (seção 3.1.3); Definições quanto à aplicação do instrumento de coleta (seção 3.1.4); Interpretação e apresentação dos resultados (seção 3.1.5).

### 3.1.1 DEFINIÇÃO DO OBJETO E OBJETIVOS DO PROCESSO AVALIATIVO

O processo avaliativo pode ser conduzido em relação a diferentes objetos, que apresentam contornos e complexidades variados, sendo sua escolha determinante no processo avaliativo, influenciando seus objetivos e a escolha da abordagem a ser utilizada.

No âmbito do SUS, a condução de ações de atenção tem seguido a lógica de programas, a exemplo dos programas de prevenção do câncer do colo de útero, da saúde da mulher, da dengue, podendo se cristalizar institucionalmente, como no caso do Programa da Saúde da Família, alçado à condição de Estratégia de ação em saúde. Similarmente, as ações de VISA podem ser organizadas em uma lógica programática, como proposto em Eduardo e Miranda (1998)<sup>90</sup>, em termos de programas de alimentos, correlatos, cosméticos, estabelecimentos de saúde, medicamentos ou saneantes.

Sem pretender aprofundar as motivações para a utilização da lógica programática, valiosa na organização do trabalho no SUS e compatível com a prática vigente, é importante destacar que a avaliação da VISA sob a lógica de programas, pode se apresentar como uma visão parcial e fragmentadora ao não enfatizar as complexas condições institucionais que afetam diferentemente o conjunto de programas desenvolvidos pela VISA, como já caracterizado em Luchese (2001), Beloni (2002) e ANVISA (2004 e 2006).

Esta tese propõe a avaliação da VISA enquanto um sistema organizado de ação social, caracterizando a necessidade de adotar uma lógica distinta em relação àquela utilizada na avaliação de programas. Assim, é

---

<sup>90</sup> Programas em relação a Tecnologias: de alimentos; de beleza, limpeza e higiene; de produção industrial e agrícola; médicas; do lazer; de educação e convivência; além do meio ambiente.

considerado que cada um dos níveis que coletivamente compõem o SN VISA opera como uma organização pública, onde inúmeros programas são simultaneamente desenvolvidos, competindo entre si por recursos, normalmente escassos.

Uma organização pode ser observada a partir de um grande conjunto de perspectivas caracterizadas em escolas ou teorias da administração (MORGAN, 1996; CHIAVENATTO, 2000; e SILVA, 2002), das quais derivam uma variedade de definições de organização e perspectivas de avaliação de desempenho.

A observação da VISA sob a perspectiva organizacional busca identificar o efeito da ação de gestores, explicitando a natureza complexa e paradoxal de seu desempenho. Nesse contexto, a avaliação do desempenho da VISA é entendida como proposto por Sicote et al. (1998): determinação de um construto multidimensional delimitado pela interação dos diferentes atores interessados em qualidades gerais e específicas que caracterizam o valor relativo da organização.

Apesar de complementares, avaliações de programas e organizações expressam visadas diferentes de objetos imbricados, implicando em uma relação de compromisso entre o todo e a parte, entre o global e o específico, entre a dedução, que busca explicar o programa a partir do entendimento do todo organizacional, e a indução, que, inversamente, parte do programa para entender a organização. Neste sentido, a adoção de um objeto de avaliação em detrimento do outro, implica em uma escolha em qualquer caso limitante, estando, assim, diretamente relacionada à necessidade dos atores envolvidos e à delimitação adotada pelo pesquisador.

Além disso, também é importante delimitar os objetos de ação da VISA, em relação às demais ações desenvolvidas no SUS. A caracterização da VISA enquanto organização, auxilia a compreensão da relação SUS-VISA. As ações de VISA podem ser entendidas como uma prática delimitada no campo da Saúde Coletiva, sendo assim, intrinsecamente determinada por seus objetos de ação e imanentemente relacionada à estrutura institucional que a legitima, com a qual comunga valores de forma engajada e integrada. Essa condição lhe confere especificidade característica que a delimita e distingue em relação às demais executadas no âmbito do SUS.

Apesar disso, as ações de VISA podem apresentar limites difusos, com sobreamentos ou fusão em relação às demais ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde, ou assumirem um recorte específico, sendo desenvolvidas em estruturas organizacionais diferenciadas ao longo do SN VISA, o que é compatível com a divisão do trabalho presente na institucionalização de suas ações. Na prática, as ações de VISA podem estar implicitamente e institucionalmente integradas às demais ações de Vigilância em Saúde, assim como ocorre em pequenos municípios, ou serem focadas em produtos e serviços, sendo institucionalizadas em estruturas organizacionais diferenciadas, a exemplo do que acontece em grandes municípios e nos níveis Estadual e Federal do SN VISA.

Assim, até que ocorra a suficiente teorização em termos doutrinários e conceituais em relação aos objetos de ação da Vigilância Sanitária, exortada em Costa (2004, p. 415), para fins deste trabalho, as ações de VISA são tomadas em um sentido estreito, como caracterizado na seção 2.1.1.2, correspondendo àquelas que envolvem riscos associados a produtos e serviços. Essa opção delimita um escopo das ações a serem investigadas, enquanto amadurece o debate acadêmico e institucional sobre os objetos de ação da VISA.

O objetivo do processo avaliativo aqui proposto é caracterizar o desempenho da VISA de modo a avaliar sua implantação, subsidiando a tomada de decisão com a produção de informação e levantando elementos para subsidiar a formação de opinião quanto a sua capacidade de proteger a sociedade frente aos riscos presentes em produtos e serviços objeto de sua ação.

A investigação proposta busca caracterizar o desempenho da VISA, com intenções formativas, importando verificar, em relação à sua implantação, se: as ações do PD VISA estão sendo conduzidas e em que intensidade; a VISA se adapta satisfatoriamente ao contexto onde desenvolve suas ações; as Metas de VISA são alcançadas; os Processos de Trabalho da VISA são satisfatoriamente estabelecidos; os Valores e a Cultura institucional propiciam a adequada condução das ações de VISA; e se diferentes grupos de atores envolvidos compartilham da mesma opinião.

### 3.1.2 DEFINIÇÃO DO MODELO E DA ABORDAGEM

Uma das várias formas de elaborar hipóteses e pressupostos de uma pesquisa é o uso de um modelo teórico, antes de selecionar as variáveis a serem estudadas (FRIAS, DE LIRA e HARTZ, 2005).

Segundo Doty, Glick e Huber (1993), o desenvolvimento de modelos teóricos válidos e acurados envolve três passos: conceituar e modelar tipos ideais de configurações organizacionais; modelar experimentalmente o ajuste e a consistência das hipóteses teóricas; e integrar e interpretar a aderência das organizações aos modelos ideais. Estes passos podem ser relacionados ao processo avaliativo aqui proposto, que apresenta, neste capítulo, um método de avaliação da VISA, delimitando conceitualmente o desempenho da VISA em relação à imagem-objetivo estabelecida pelo PD VISA, enquanto o capítulo quatro apresenta sua aplicação, permitindo modelar o desempenho da VISA em uma situação real e interpretar sua aderência imagem-objetivo preconizada.

Frente ao universo de possibilidades revisado na seção 2.2, a definição do objeto de avaliação direcionou a escolha do modelo teórico adotado. O modelo utilizado no método de avaliação da VISA proposto nesta tese toma por base o modelo, inicialmente, apresentado para avaliação do desempenho de organizações de atenção à saúde e de organizações públicas em Sicote et al. (1998) e em Sicote, Champagne e Contandriopoulos (1999), apresentado na Figura 23, na seção 2.2.3. Posteriormente, denominado de modelo de avaliação global e integral da performance de sistemas de saúde (EGIPSS), o modelo foi utilizado por Champagne et al. (2005) na avaliação de Sistemas de Saúde de diferentes países<sup>91</sup>.

O Modelo Multidimensional para avaliar o desempenho da VISA (MMD VISA) apresentado na Figura 24, preserva as quatro dimensões do modelo EGIPSS, propondo algumas alterações: rotação anti-horária, posicionando a dimensão Alcance de Metas (M) na parte superior do MMD VISA e re-configurando

---

<sup>91</sup> No relatório de pesquisa do Grupo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (GRIS), do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade de Montreal, são analisadas as estruturas e indicadores utilizados na avaliação dos sistemas de saúde do Reino Unido, Estados Unidos, Nova Zelândia, Austrália e Canadá, entre outros.

visualmente a apresentação das quatro dimensões<sup>92</sup> e das suas relações; adaptação das subdimensões ao contexto da VISA; inserção de uma base sob as dimensões, que, visualmente, representa o contexto de ação da VISA; e a representação do poder, como elemento que atribui movimento e dinamiza as relações entre dimensões.

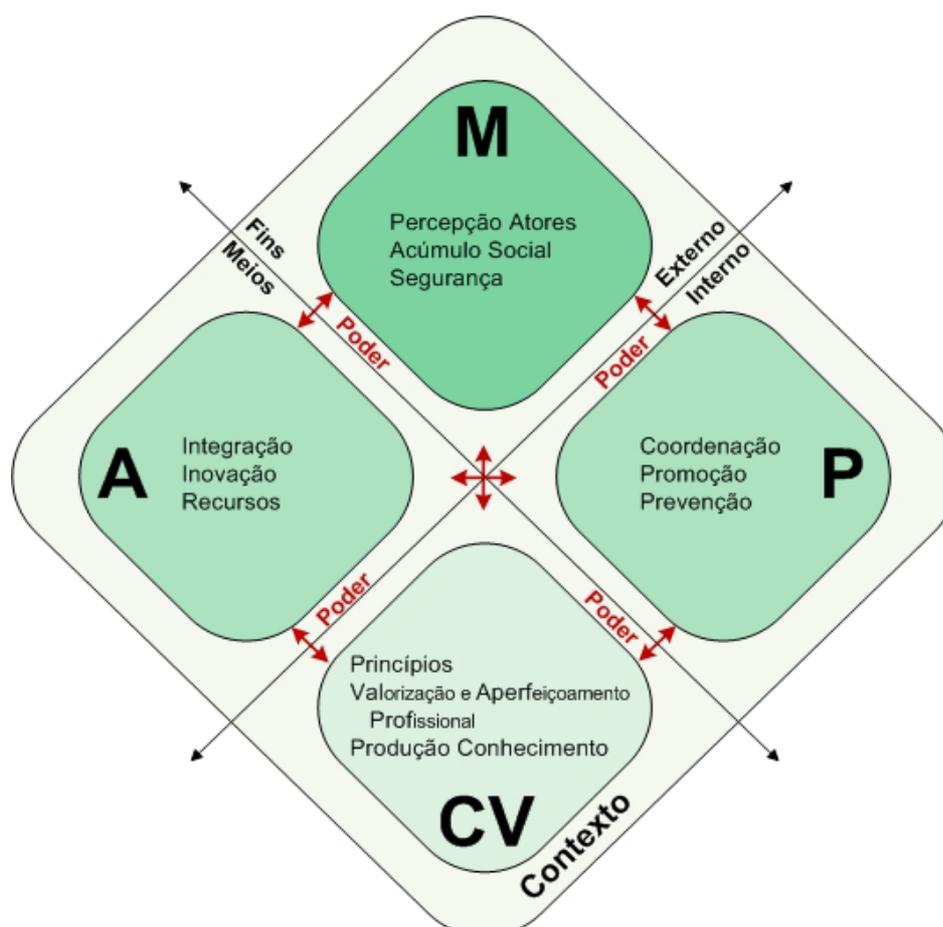


Figura 24. Modelo Multidimensional para avaliar o desempenho da VISA (MMD VISA)

As quatro dimensões presentes no MMD VISA podem ser contextualizadas em relação à VISA, como segue:

- *Adaptação (A)*: processo de interação da VISA com seu ambiente, representando sua habilidade de integração; sua competência na obtenção de recursos para a realização de ações; e sua capacidade de inovação e autotransformação, para atender as demandas da sociedade e do SUS;

<sup>92</sup> O termo Produção, utilizado no modelo EGIPSS como referência aos processos internos de ação de organizações, foi substituído por Processos de Trabalho (P), termo mais usual e compatível com a área da VISA, onde assume o mesmo significado de práticas de VISA.

- *Alcance de Metas (M)*: capacidade de estabelecer segurança sanitária em VISA e produzir um acúmulo social em VISA, posicionando suas ações como um eixo relevante do modelo de atenção, frente aos atores sociais presentes em seu contexto;
- *Processos de Trabalho (P)*: corresponde à integração em seus processos internos pela coordenação da condução de ações de promoção e prevenção de riscos à saúde de indivíduos e da coletividade sobre os objetos de ação da VISA;
- *manutenção da Cultura e Valores (CV)*: representa um movimento de alinhamento e assunção pela VISA de valores e princípios do SUS e da administração pública, sem abrir mão de sua forma específica e diferenciada de trabalho<sup>93</sup>.

Além das quatro funções desenvolvidas pela VISA, a Figura 24 **Erro!** **Fonte de referência não encontrada.** apresenta dois eixos que indicam dimensões meio-fim e internas-externas: as dimensões A e CV se caracterizam como meios para o desenvolvimento das dimensões P e M, enquanto as dimensões CV e P se caracterizam como a face interna da VISA e as dimensões A e M como sua face externa.

O desempenho da VISA é determinada pelo desempenho nas diferentes dimensões presentes no MMD VISA e pelo equilíbrio dinâmico entre elas, onde, as quatro dimensões assumem igual importância em termos do desempenho da VISA, assim como as doze subdimensões. Na prática, as dimensões e subdimensões podem apresentar-se desequilibradas e com desempenhos não satisfatórios em decorrência das condições de implantação ou da ênfase dadas pelos gestores, sendo o foco da avaliação da implantação justamente identificar as condições que determinam o equilíbrio, ou desequilíbrio, entre dimensões.

### 3.1.3 DEFINIÇÃO DE MEDIDAS DE DESEMPENHO E INSTRUMENTO DE COLETA

A definição de subdimensões representativas das dimensões para o contexto da VISA representa um problema de validade, similar ao enfrentado por Kreuter et al. (2001), ao avaliar capital social em um contexto de promoção em saúde. Yin (1989, p. 40 e 41) relaciona quatro critérios para avaliar a validade de

---

<sup>93</sup> Vale destacar a importância da dimensão CV, dado que a VISA foi muitas vezes mal interpretada tendo suscitado a utilização da alcunha “gueto” ou “face obscura” da saúde pública que, internamente à VISA, serviu para o aumento da coesão entre vigilantes sanitários, frente as animosidades externas à área. A expressão gueto, segundo Costa (2001) e Lima (2001), foi historicamente utilizada no âmbito do SUS para referir-se pejorativamente à VISA, enquanto a expressão face obscura aparece relacionada à VISA em Souza (2007, p. 26).

estudos de caso: confiabilidade, que demonstra a capacidade de replicação; validade externa, que estabelece em que medida o estudo pode ser generalizado; a validade interna, que representa a força da relação causal investigada; e a validade de construto, que expressa a capacidade das medidas operacionais mensurarem os conceitos estudados.

Uma forma similar de visualizar a validade é a apresentada em Champagne e Contandriopoulos (2005), que a associam à: (i) *atribuição causal*, que representa a capacidade de obter os resultados especificados a partir dos processos e condições estabelecidas; (ii) *qualidade da medida*, que envolve a (ii<sub>a</sub>) validade de conteúdo, expressando o quanto a construção teórica é capaz de representar o conceito a ser medido, e a (ii<sub>b</sub>) validade de construção, que trata da relação entre o conceito a ser medido e sua medição.

Esses critérios de validade podem ser caracterizados em relação ao método de avaliação da VISA, como segue: (i) o problema de atribuição causal está relacionado à escolha do modelo e à sua capacidade de representar o desempenho da VISA; (ii<sub>a</sub>) a validade de conteúdo se refere à delimitação de subdimensões (construções teóricas) capazes de expressar as dimensões (conceitos) presentes no modelo; e (iii<sub>b</sub>) a validade de construção está relacionada à eleição de questões avaliativas representativas das subdimensões, assim como de sua forma de mensuração. De modo a lidar com estas demandas, a seguir é apresentado o processo de construção de subdimensões e questões avaliativas utilizadas como medidas de desempenho no método de avaliação da VISA.

### **3.1.3.1 Subdimensões e Dimensões de avaliação: medidas de desempenho gerencial**

É natural que os princípios e diretrizes do SUS e da VISA, assim como o Plano Diretor de VISA (PD VISA), sirvam de inspiração para o estabelecimento de medidas de desempenho da VISA.

O PD VISA pode ser considerado o mais completo instrumento de priorização da história contemporânea do SN VISA, carregando intrinsecamente legitimação social e uma reflexão sobre sua relação com o SUS e seus valores.

O documento, apresentado na íntegra no ANEXO I, estabelece as diretrizes norteadoras do SN VISA, onde estão estruturadas em cinco Eixos (E): (E I) Organização e Gestão do SN VISA, no âmbito do SUS; (E II) Ação Regulatória: vigilância de produtos, serviços e ambientes; (E III) A VISA no contexto da Atenção Integral à saúde; (E IV) Produção do Conhecimento, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico; e (E V) Construção da Consciência Sanitária: mobilização, participação e controle social. Sua importância pode ser verificada em:

O PD VISA contempla as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. [...] é o resultado de um processo amplo e democrático de discussão e pactuação, de cerca de um ano e meio, com as três esferas de governo, contemplando as múltiplas visões e experiências dos gestores, profissionais de saúde e conselheiros, entre outros atores envolvidos nesse processo. [...] o PD VISA é um instrumento de eleição de prioridades em VISA que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locoregionais. Seu foco é orientar mecanismos de planejamento e de integração, possibilitando a definição de responsabilidades e contemplando os instrumentos de pactuação do SUS. [...] a construção deste Plano Diretor se deu no bojo dos debates do Pacto pela Saúde e, por isso, tem interface e está articulado com esta temática contemporânea do SUS e seus desdobramentos... O PD VISA [...] objetiva se constituir em instrumento político norteador, que possibilite uma gestão estratégica para a transformação positiva do contexto sanitário nacional (ANVISA, 2007, texto de apresentação e p. 17).

A incorporação das diretrizes do PD VISA ao processo de avaliação da VISA implica em conferir-lhe legitimidade, derivada do processo democrático utilizado em sua construção e de sua homologação junto à Comissão Intergestora Tripartite, instância decisória no âmbito do SUS.

É importante considerar que o PD VISA estabelece uma imagem-objetivo ideal e balizadora do processo de eleição de prioridades conduzido por gestores, no uso de seu poder discricionário, enquanto representantes de entes federativos autônomos. Apesar disso, a delimitação e o direcionamento para o campo de VISA, presentes neste importante instrumento, não minimiza as complexas e paradoxais inter-relações entre suas diretrizes e subdiretrizes, a exemplo do que ocorre em relação aos princípios e diretrizes do SUS, preconizados na Constituição Federal e reiterados na Lei 8080/90.

Nesse sentido, o PD VISA não se propõe a organizar ou operacionalizar as ações da VISA, explicar seu funcionamento ou a definir

competências entre níveis do SN VISA, podendo, na prática, suscitar dificuldades: em relação à priorização entre eixos, diretrizes e subdiretrizes, na impossibilidade de implementar todos em condições ideais; em conectar e identificar a interdependência entre os mesmos; caracterizar um desempenho adequado da VISA; e em delimitar metas a serem alcançadas pelo SN VISA.

A essas dificuldades, somam-se a subjetividade e significado intrínsecos às diretrizes e subdiretrizes previstas no PD VISA, dadas às diferentes formas de institucionalização destas ações presentes no âmbito do SN VISA, a exemplo de: O que representa articular efetivamente as práticas das Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e da Saúde do Trabalhador? Como atender a demanda quanto à definição de metas e de instrumentos de avaliação? Como aprimorar a aplicação do princípio da precaução? Como consolidar o campo da VISA nos espaços acadêmicos? Esse contexto ilustra a dificuldade que se apresenta aos gestores no processo de implementação do PD VISA, conferindo complexidade à organização das ações e à construção do método de avaliação da VISA.

De modo a lidar com essas dificuldades e subjetividades, a construção do método de avaliação da VISA envolveu uma sistematização em duas etapas das diretrizes e subdiretrizes propostas pelo PD VISA.

A primeira etapa da sistematização consistiu na alocação das diretrizes (36) e subdiretrizes (43) do PD VISA às quatro dimensões do MMD VISA. Esse processo foi conduzido, considerando a ação descrita e o objetivo definido no início da sentença que estabelece as diretrizes e subdiretrizes. A Figura 25 apresenta o resultado desse processo de sistematização, por Eixo do PD VISA<sup>94</sup> (E I a E V), para cada uma das Dimensões do MMD VISA.

Essa alocação permitiu verificar que algumas diretrizes receberam enquadramento diferente das subdiretrizes que a compõem, como no caso do Eixo I (E I), em relação a sua primeira diretriz (1) e a sua primeira subdiretriz (1a). A primeira diretriz (EI 1) estabelece a necessidade de “Reafirmação do caráter indissociável da Vigilância Sanitária, como componente do SUS, respeitando os seus princípios e diretrizes”, correspondendo a um processo de mão dupla de

---

<sup>94</sup> A cada Eixo a numeração das diretrizes recomeça a partir da primeira, representada na Figura 25 pelo número 1. A cada Eixo as diretrizes podem, ou não, possuírem subdiretrizes.

assunção de princípios e diretrizes entre o SUS e a VISA que se relaciona diretamente à dimensão manutenção da Cultura e Valores (CV), enquanto sua primeira subdiretriz (EI 1a) preconiza a “Adequação dos processos de trabalho de Vigilância Sanitária, visando à integração com as demais políticas e práticas de saúde”, o que corresponde a uma ação a ser desenvolvida, com o objetivo de promover a Adaptação (A) da VISA no âmbito das demais ações de atenção à saúde.

		Eixos do PD VISA					Totais		
		Tipo	E I <sup>(2)</sup>	E II <sup>(2)</sup>	E III <sup>(2)</sup>	E IV <sup>(2)</sup>			E V <sup>(2)</sup>
Dimensões MMD VISA <sup>(1)</sup>	A	diretrizes	6, 8, 10, 11	6, 10	1, 2, 5	4, 6	-	11	21
		subdiretrizes	1a, 1c, 4c, 9b	1a, 1b, 1c, 1d	-	3a	3f	10	
	M	diretrizes	5	-	-	-	-	1	3
		subdiretrizes	5a, 5b	-	-	-	-	2	
	P	diretrizes	2, 3, 4, 5, 7, 9	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9	3, 4	7	1, 2, 3	20	47
		subdiretrizes	3a, 3b, 3c, 4a, 4b, 4d, 9a, 9c	8a, 8b	3a, 3b	1a, 1b, 1c, 3b, 3c, 3e, 6a	2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 3c, 3d, 3e	27	
	CV	diretrizes	1	-	-	1, 2, 3	-	4	8
		subdiretrizes	1b	-	-	2a, 3d, 3f	-	4	
	Totais		27	16	7	17	12	79	

Figura 25. Sistematização das diretrizes e subdiretrizes, por dimensão do MMD VISA e por Eixo do PD VISA

- (1) A: Adaptação; M: Metas M; P: Processos Trabalho P; CV: manutenção da Cultura e Valores;  
 (2) As subdiretrizes e diretrizes são apresentadas com a mesma numeração utilizada no PD VISA.

Como pode ser observado na Figura 25, a primeira etapa da sistematização realçou um desequilíbrio entre as quatro dimensões do MMD VISA, em termos da quantidade de diretrizes e subdiretrizes. Esse desequilíbrio expõe uma maior dedicação do PD VISA aos Processos de Trabalho (P, 47=59,5%) e à capacidade de Adaptação (A, 21=26,6%) da VISA junto ao SUS e à sociedade, em contraste com uma menor ênfase em relação à manutenção da Cultura e Valores (CV) e às Metas (M) da VISA, bem como a influência no documento da vertente operacional da VISA e sua ênfase na necessidade de alterar a abordagem utilizada na condução das ações da VISA, pelo aprofundamento de sua integração ao SUS.

Além disso, merece destaque o baixo número de diretrizes e subdiretrizes dedicadas à dimensão Metas (M; 5, 5a e 5b), nas quais é preconizado o desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação, a definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho, o que também pode ser caracterizado como ações a serem desenvolvidas. Apesar de o documento, como um todo, poder ser considerado uma imagem-objetivo que propõe nortear as

ações de VISA, é relevante o fato de o PD VISA não estabelecer metas para o SN VISA, o que pode ser caracterizando uma fragilidade.sua.

A segunda etapa da sistematização consistiu na caracterização de subdimensões representativas das dimensões do MMD VISA, respondendo à demanda da qualidade da medida, em termos da validade de conteúdo. A caracterização envolveu a análise e o agrupamento das diretrizes e subdiretrizes do PD VISA, em um número equilibrado de subdimensões, três a cada uma das quatro dimensões, onde as diferentes subdimensões representam temáticas capazes de coletivizar um conjunto de diretrizes e subdiretrizes do PD VISA, funcionando como elos de ligação entre o MMD VISA e o contexto da VISA.

A condução da segunda etapa permitiu a comparação das subdimensões adotadas no MMD VISA com àquelas originalmente propostas por Sicote et al. (1998) no modelo EGIPSS, conforme apresentado na Figura 26.

Dimensões	Subdimensões	
	Modelo MMD VISA	Modelo EGIPSS
<b>Adaptação (A)</b>	Integração Inovação Obtenção Recursos	Capacidade de obter recursos Adaptação às necessidades populacionais Capacidade de atração de clientes Habilidade de mobilizar a comunidade Habilidade de inovar e transformar-se
<b>Alcance de Metas (M)</b>	Percepção de Atores Acúmulo Social em VISA Segurança em VISA	Satisfação dos grupos interessados Eficácia Eficiência
<b>Processos de Trabalho (P)</b>	Coordenação Promoção em VISA Prevenção em VISA	Coordenação Volume de serviços Produtividade Qualidade
<b>manutenção da Cultura e Valores (CV)</b>	Assunção de princípios Valorização e Aperfeiçoamento Profissional Produção de Conhecimento	Consenso sobre valores fundamentais Ambiente organizacional

Figura 26. Comparação entre subdimensões de avaliação

A caracterização das subdimensões de avaliação da VISA assume grande importância no processo avaliativo proposto, dado elas expressarem, simultaneamente, as dimensões do MMD VISA e servirem de referência às questões avaliativas (apresentadas na seção 3.1.3.2), que, coletivamente, às representam. A seguir, as subdimensões conformadas na segunda etapa da sistematização são caracterizadas em relação às dimensões presentes no MMD VISA.

A capacidade de Adaptação (A) da VISA pode ser expressa em termos de suas subdimensões: (i) habilidade de Integração (A1) e articulação com as estruturas institucionais responsáveis pela condução das ações do SUS e com a sociedade à qual suas ações se destinam; (ii) capacidade de Inovação (A2) em termos da harmonização de suas ações às demandas sociais e do SUS, identificando a necessidade de aperfeiçoar sua abordagem e incorporar, de modo responsável, novas tecnologias, assumindo uma postura aberta e flexível em relação ao seu contexto social; e (iii) aptidão na Obtenção de recursos (A3) humanos, físicos e financeiros em um ambiente de competição com as demais formas de atenção à saúde, assim como de acessar os recursos financeiros para as ações de VISA.

O Alcance de Metas (M) refere-se aos objetivos finais da VISA e representa a razão de sua existência, podendo ser caracterizado pelas subdimensões: (i) Percepção de Atores (M1) - população, demais servidores no âmbito do SUS e setor regulado - dos quais é esperado o reconhecimento quanto à adequação e eficiência dos serviços ofertados pela VISA; (ii) Acúmulo social em VISA (M2), como resultado da condução de ações universais e equânimes, que propiciem a participação da comunidade e o incremento de conhecimento, consciência e habilidade na tomada de decisão quanto aos riscos objeto de VISA; e (iii) Segurança em VISA (M3), que representa a oferta de produtos e serviços objeto da ação de VISA com riscos minimizados ou ausentes.

Neste sentido, atingir Metas em VISA, em termos do MMD VISA, representa alcançar um estado de evolução em um ambiente de reconhecimento e confiança entre diferentes atores que interagem na produção de acúmulo social e segurança em VISA: um estado de Consciência Sanitária em VISA.

O texto de apresentação do Eixo V do PD VISA (Construção de uma Consciência Sanitária) reconhece que, no atual estágio do SN VISA, é necessário o desenvolvimento de ações para elevar a Consciência Sanitária da população, entendendo que ainda é frágil a discussão quanto à participação e controle da comunidade direcionadas à VISA, que só podem ser exercidos mediante o conhecimento do que é VISA e do reconhecimento de sua importância pela

sociedade<sup>95</sup>. Nesse contexto, a noção de consciência sanitária em VISA se aproximaria do que tem sido caracterizado na literatura como Capital Social, definido por KREUTER et al. (2001), como a um processo específico entre pessoas e organizações, trabalhando, colaborativamente, em uma atmosfera de confiança, que leva à realização de uma meta de mútuo benefício social<sup>96</sup>.

A condução dos Processos de Trabalho (P) assume grande importância no Alcance de Metas da VISA, podendo ser expresso pelas subdimensões: (i) capacidade de Coordenação (P1) dos recursos para a condução de ações resolutivas e articuladas, com a viabilização de estrutura, para o estabelecimento de um processo sistemático de planejamento das ações e a disponibilização de apoio laboratorial, jurídico e de instituições de ensino às práticas de VISA; (ii) condução de ações de Promoção em VISA (P2) ao estabelecer um processo de regulação das relações sociais de consumo de produtos e serviços e ao propor ações de comunicação de riscos objeto de VISA; e (iii) execução de ações de Prevenção em VISA (P3) conduzidas de forma padronizada e qualificada, inclusas as inspeções sanitárias, enquanto processos de trabalho clássicos da VISA.

A caracterização da subdimensão Promoção em VISA levou em conta, além do PD VISA, as estratégias presentes no modelo lógico genérico para a avaliação e planejamento da Promoção da Saúde, apresentado na Figura 19, seção 2.2.2.3. Já a caracterização das ações de prevenção considerou a definição clássica de Prevenção em saúde, dada em Barbosa (2003), que no campo da VISA poderia ser tomada como ações antecipadas com objetivo de interceptar ou anular a manifestação de riscos inerentes a produtos, bens e serviços sobre indivíduos, atuando sobre os elos das cadeias de eventos de risco estabelecidas desde sua produção, oferta e circulação até seu consumo<sup>97</sup>.

---

<sup>95</sup> O texto propõe para o incremento da consciência sanitária o desenvolvimento de “atividades de educação para a saúde, de democratização da informação, de transparência das suas ações e o estabelecimento de mecanismos de escuta da sociedade”.

<sup>96</sup> Os autores apresentam esta definição em um contexto de promoção da saúde em nível de comunidades, ressaltando que Capital Social não se refere a indivíduos, meios de produção, ou infraestrutura física, sendo um termo relacional que denota interação entre pessoas e os sistemas que aumentam e suportam esta interação, podendo ser representado pelos construtos: confiança, envolvimento cívico, engajamento social e reciprocidade.

<sup>97</sup> Esta caracterização utiliza o modelo com três níveis de prevenção baseado na história natural da doença de Leavell e Clark, apresentado em Buss (2005). A prevenção em VISA poderia, em uma aproximação inicial, ser: *primária* se caracterizando por uma ação anterior à exposição de indivíduos

Apesar de evidentes, por constarem na definição da VISA dada na Lei 8080/90, é importante destacar que a caracterização de ações promoção e prevenção em VISA, enquanto Processos de Trabalho (P) e não como metas (M), reforça e distingue estas ações em relação ao conjunto de possíveis abordagens apresentadas aos vigilantes sanitários na situação concreta, ao decidir, eticamente, quando: eliminar, diminuir, prevenir riscos e/ou intervir em problemas sanitários.

A manutenção da Cultura e Valores (CV)<sup>98</sup> se referem à dimensão que legitima a existência da VISA, sendo responsável pela sua operação básica, guiando as atividades dos indivíduos na situação na qual ela opera. A dimensão manutenção da Cultura e Valores da VISA pode ser caracterizada pela: (i) assunção de Princípios do SUS e da Administração Pública (CV1), reafirmando seu compromisso com o SUS, enquanto um subsistema engajado; (ii) Valorização e Aperfeiçoamento Profissional (CV2), condição imprescindível e habilitadora para que as ações desenvolvidas pela VISA sejam pautadas pelo uso ético do conhecimento técnico; e (iii) Produção de Conhecimento (CV3), importante condição para o posicionamento da VISA, enquanto área de conhecimento no âmbito da Vigilância em Saúde e da Saúde Coletiva, servindo, também, para a retro-alimentação do conhecimento gerado no âmbito da VISA, a partir da sistematização teórica do saber tácito-prático.

### 3.1.3.2 Questões Avaliativas: medidas de desempenho operacional

As questões avaliativas devem ser capazes de representar subdimensões presentes no MMD VISA, respondendo à demanda da qualidade da medida, em termos da validade de construção.

---

aos potenciais efeitos causados pelos riscos objeto de VISA, podendo ser ações de caráter geral, a exemplo do processo de regulação e produção e legislações, sendo neste sentido, sinônimo de Promoção em VISA, ou específico, quando direcionada a evitar exposição a riscos específicos antes que estes possam atingir indivíduos como, por exemplo, uma inspeção de rotina; *secundária* quando realizada posteriormente à exposição de indivíduos a riscos, tendo por objetivo corrigir desvios em relação às condições estabelecidas na regulação sanitária a exemplo, do recolhimento de um lote de produtos ou da autuação de um estabelecimento; ou *terciária* correspondendo a medidas adotadas após a manifestação sobre indivíduos de efeitos causados por objetos de VISA, com o objetivo interrompê-los total ou parcialmente, a exemplo, do cancelamento do registro de um produto ou da interdição de determinado estabelecimento.

<sup>98</sup> De acordo com Parsons (1956), como uma organização é sempre um subsistema de um sistema social mais amplo, seu sistema de valores é, por definição, um subsistema de subvalores deste, a exemplo da adoção dos valores da sociedade brasileira pelo SUS, e dos valores do SUS pela VISA.

As questões avaliativas podem ser compreendidas como indicadores de desempenho da VISA, quando estes são entendidos em um sentido amplo, como proposto em Ferreira (2001), para quem, indicadores de performance se referem a representações, numéricas ou não, sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado, sem que seja desconsiderada a intencionalidade presente no processo de representação. Essa caracterização é particularmente útil ao ampliar a noção de indicadores em relação a um entendimento exclusivamente quantitativo, o que é coerente com a abordagem utilizada no método de avaliação da VISA, onde dimensões, subdimensões e questões avaliativas se referem a construções eminentemente qualitativas.

As características desejáveis em indicadores na avaliação em saúde têm sido abordadas por instituições e autores (UNDP, 2002; GCSRO, 2002; PHF, 2002; FERREIRA, 2001; e KESSNER, KALK E SINGER, 1979). Um conjunto simples e útil de características, descrito pelo CDC (2005) como “*SMART objectives*”, propõe que indicadores sejam específicos (*S, specific*), mensuráveis (*M, measurable*), orientados à ação (*A, action-oriented*), realísticos (*R, realistic*), e que possuam delimitação temporal (*T, time-bound*). Além dessas características, Kessner, Kalk e Singer (1979) propõem que indicadores (traçadores) não expliquem, isoladamente, o funcionamento de elementos específicos do sistema de atenção à saúde, mas que permitam uma análise relacional, de uns em relação aos outros.

Considerando essas características individuais e relacionais, foram definidas questões avaliativas, ou indicadoras, representativas das subdimensões do MMD VISA, resultando em um conjunto de cinquenta e oito (58) questões avaliativas consolidadas na Figura 27 e sistematizadas no APÊNDICE I.

Essa definição se baseou nas diretrizes e subdiretrizes do PD VISA, na literatura, na experiência do autor no trabalho em VISA e / ou nas modalidades contemporâneas de pactuação das ações de VISA, a exemplo do Termo de Ajustes e Metas (TAM)<sup>99</sup> e de Programações de ações de Vigilância em Saúde<sup>100</sup>. A definição para cada uma das questões avaliativas é apresentada no APÊNDICE I.

---

<sup>99</sup> A forma de repasse de recursos e programação de ações de VISA estabelecidas no TAM foi extinta em agosto de 2007, com a publicação da Portaria 1998, de 21 de agosto de 2007, que revoga a

Dimensões	Subdimensões do MMD VISA	Totais de Questões	
Adaptação (A)	Integração	11	16
	Inovação	2	
	Obtenção Recursos	3	
Alcance de Metas (M)	Percepção dos Atores	3	9
	Acúmulo Social em VISA	3	
	Segurança em VISA	3	
Processos de Trabalho (P)	Coordenação	11	24
	Promoção em VISA	5	
	Prevenção em VISA	8	
manutenção da Cultura e Valores (CV)	Assunção de princípios	2	9
	Valorização e Aperfeiçoamento Profissional	5	
	Produção de Conhecimento	2	
<b>Total</b>		58	

Figura 27. Número de questões avaliativas por dimensão e subdimensão

Um exemplo pode ilustrar essa definição. A quinta questão avaliativa (Q5) teve como base a décima subdiretriz (10) do primeiro Eixo (E I) do PD VISA, alocada na primeira sistematização à dimensão Adaptação (A), que propõe “Articulação efetiva das políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador”. Assim a questão Q5 compõe a subdimensão Integração (A1) e indaga: “Como você avalia a integração entre as práticas de Vigilância Sanitária e às das vigilâncias: Ambiental, Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador?”.

O Instrumento de Coleta de dados<sup>101</sup>, apresentado no APÊNDICE II, estrutura o registro das avaliações dos respondentes em relação a questões abertas e às questões avaliativas fechadas, estabelecidas com objetivos distintos.

As questões abertas, em número de quatro (4), buscam investigar a compreensão dos respondentes quanto às ações de VISA e ao seu processo avaliativo, a partir de sua livre manifestação. Além disto, estas questões permitem focar e envolver os respondentes, estabelecendo uma relação de confiança com o entrevistador e melhorando a qualidade das avaliações realizadas.

Portaria 2473, de 29 de dezembro de 2003. Apesar disto, a forma de prestação de contas preconizada na RDC 200, de 17 de julho de 2002, permaneceu vigente até o início do ano de 2008 quando esta foi revogada pela RDC 3, de 28 de janeiro de 2008.

<sup>100</sup> Programação Pactuada Integrada (PPI-VS), Programação de Ações Prioritárias (PAP-VS) e Programação de Ações (PAVS).

<sup>101</sup> O Instrumento de Coleta apresentado no APÊNDICE II sofreu pequenos ajustes em relação à versão inicial: troca da ancora qualitativa inferior da escala, de Insuficiente para Muito Ruim; melhora na redação de algumas questões, de modo minimizar dificuldades de entendimento; e redução de oito questões avaliativas, de modo a otimizar a dinâmica da entrevista, cujas informações foram acrescidas ao conjunto de dados para a caracterização da VISA, solicitado ao final do documento.

As questões avaliativas fechadas, em número de cinquenta e oito (58), fundamentam a avaliação do desempenho da VISA. Deste total, quarenta e sete (47) questões envolvem avaliações diretas dos respondentes, utilizando uma escala contínua com duas âncoras equivalentes: qualitativa (Insuficiente - Muito Bom) e quantitativa (0 - 10). É importante destacar que tanto as avaliações dos respondentes quanto o processo de construção das questões fechadas têm cunho qualitativo, assumindo expressão quantitativa apenas no momento da avaliação registrada na escala contínua. Neste sentido, as avaliações dos respondentes incorporam intrinsecamente dois fatores: entendimento, relacionado à extensão do conhecimento e compreensão do respondente em relação à questão inquirida; e uso da escala, que representa o juízo de valor em relação à questão apresentada, onde os respondentes podem adotar posturas mais otimistas ou pessimistas.

As demais onze (11) questões fechadas envolvem resultados institucionais obtidos a partir da busca em dados de arquivo e registros administrativos<sup>102</sup>. Os resultados nessas questões são convertidos para a mesma escala contínua (0 - 10), com base nas referências estabelecidas para cada questão constantes do APÊNDICE I, assumindo o mesmo valor para todos respondentes. A incorporação de questões que independem do entendimento dos respondentes, mas relevantes ao processo avaliativo, atribui uma maior estabilidade às dimensões e subdimensões, por envolverem quantidades mensuráveis em relação a resultados institucionais, além de viabilizar uma aproximação entre a pesquisa avaliativa aqui proposta e a avaliação institucional vigente.

Em relação ao processo de definição das questões avaliativas, alguns aspectos merecem destaque. Um primeiro aspecto está relacionado às diferentes quantidades de questões avaliativas utilizadas na investigação das subdimensões e dimensões. Essa característica reflete a ênfase dada no processo de construção e discussão do PD VISA, já identificada na primeira sistematização, ou a necessidade de mais informação para representar as subdimensões, não guardando nenhuma relação com a importância relativa atribuída às mesmas.

---

<sup>102</sup> Estas questões (16, 24, 25, 39, 40, 41, 48, 49, 53, 54 e 56) investigam resultados quanto: à execução de recursos financeiros; à vigilância de eventos adversos; aos percentuais de inspeções em cadeias de risco, global e assumido; ao número de eventos de comunicação de risco junto ao setor regulado, profissionais e conselho de saúde; a remuneração de servidores; e o número de horas de capacitação, correspondendo a 19 % do total de questões avaliativas fechadas.

Um segundo aspecto refere-se à utilização de itens de agrupamento, conforme apresentado no APÊNDICE I, que funcionaram como balizadores teóricos na construção de questões avaliativas representativas das subdimensões, assumindo maior importância em algumas delas. Um exemplo desse balizamento é a subdimensão Integração (A1), organizada com base em itens de agrupamento abstraídos das concepções de integração de estruturas, de governança e de processos organizacionais, caracterizadas em Contandriopoulos, Denis e Dubois (2005).

Outro exemplo deste balizamento são as subdimensões Acúmulo Social em VISA (M2) e Promoção em VISA (P2), que foram organizadas com base nas estratégias, atividades e resultados (*outputs* e *outcomes*) presentes no modelo lógico genérico para planejamento e avaliação da promoção em saúde proposto em Goodstadt et al. (2001), apresentado na Figura 19, seção 2.2.2.3, em especial a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação, conforme proposto na Carta de Ottawa (1986).

Um último aspecto está relacionado à inspeção sanitária enquanto indicador das ações VISA. O percentual de inspeções tem sido o único indicador de avaliação nos processos de pactuação das ações de VISA. Sua importância está relacionada ao modelo causal assumido pela VISA, onde é admitido existir um maior risco associado a locais que não foram objeto de inspeção, sendo o inverso também verdadeiro, caracterizando uma inerente relação entre a inspeção em estabelecimentos e a noção de segurança em VISA.

A importância desta ação de VISA mereceu destaque no método de avaliação que propõe um significado diferente para as ações de inspeção perante aos demais atores presentes no contexto da VISA, com base na noção de Segurança em Cadeias de Risco.

Essa noção foi objeto da vigésima quinta questão avaliativa (Q25), que propõe a investigação de Cadeias de Risco de Produtos e Serviços, compostas como apresentado na Figura 28, com base no questionamento: Qual o percentual de cobertura anual de Inspeções em relação ao total de Estabelecimentos cadastrados de responsabilidade de seu nível do sistema?

Área		Tipo
Produtos	Alimentos	Indústrias de Alimentos
		Distribuidoras de Alimentos
		Cozinhas Industriais
		Comércio de Alimentos
	Medicamentos	Indústrias Medicamentos
		Distribuidoras Medicamentos
		Farmácias de Manipulação
		Drogarias
Serviços	Atenção Primária	Unidades de Saúde Públicas
	Atenção Secundária	Serviços de Terapia Renal Substitutiva
		Serviços de Quimioterapia
		Laboratórios Clínicos
		Unidades com Internação
Atenção Terciária	Hospitais Terciários	

Figura 28. Composição das cadeias de Risco investigadas na aplicação do método

Enquanto o número ou o percentual de inspeções sanitárias em determinado tipo de estabelecimento se refere a um indicador de processo de trabalho (*output*), a noção de Segurança em Cadeias de Risco assume uma dimensão ampliada. Essa re-significação preserva o modelo causal descrito e permite evidenciar prioridades, a partir de um conjunto específico de ações de VISA delimitadas social e legitimamente, que corresponderiam às Cadeias de Risco. Exemplos naturais de Cadeia de Risco são as cadeias de produção de produtos ou de oferta de serviços sujeitos à VISA, conforme apresentado na Figura 29.

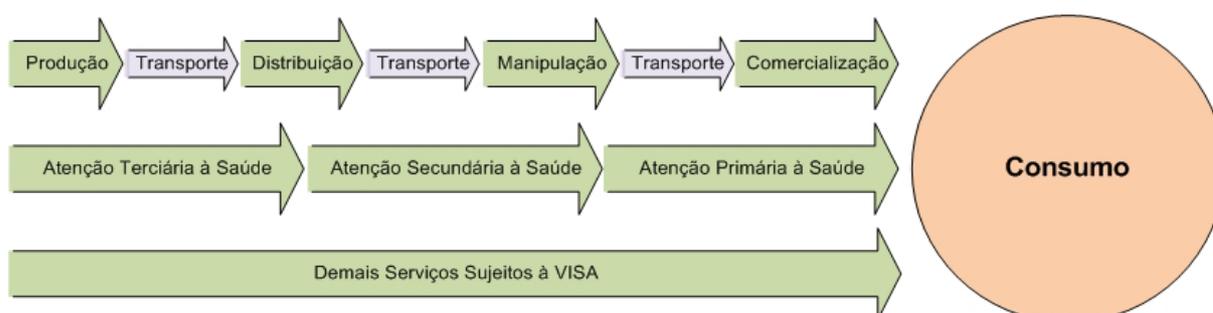


Figura 29. Cadeias de risco em Produtos e Serviços sujeitos à VISA

A Segurança na Cadeia de Risco de produtos envolve a cobertura com inspeções no conjunto de elos ou etapas antes de serem consumidos: Produção (Extrair, Sintetizar, Transformar, Reprocessar, Produzir, Fabricar, Embalar, e Reembalar), Distribuição (Armazenar, Distribuir, Importar, e Exportar), Manipulação (Fracionar e Manipular), Comercialização (Dispensar, Expedir, e Comercializar), além do o Transporte entre os diferentes elos.

Essa lógica permite priorizar ações de VISA em relação a dois fatores a serem considerados na delimitação de Cadeias de Risco de produtos. O primeiro corresponde à abrangência do impacto, estando relacionado à posição na cadeia, onde o elo produção apresenta maior abrangência do que o elo comercialização, em termos da capacidade de afetar um número maior de pessoas e das externalidades<sup>103</sup> a ele associadas. O segundo está relacionado aos riscos de diferentes tipos de produtos que integram um mesmo elo da cadeia, a exemplo da produção de medicamentos de uso oral ou intravenosos.

Uma natural organização de Cadeias de Risco em serviços de atenção à saúde corresponde àquela utilizada na classificação e estruturação da rede de assistência à saúde<sup>104</sup> ou, similarmente, aos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde<sup>105</sup>. A noção de Cadeias de Risco de serviços permite avaliar, distintamente, o risco associado à falta de cobertura com inspeções em estabelecimentos assistenciais de atenção primária (consultórios e postos de saúde), secundária (atendimento imediato, centros de referência ambulatorial e clínicas especializadas) e terciária (serviços complexos e hospitais de referência). Além dessas, as cadeias de risco poderiam ser delimitadas a partir dos demais serviços e estabelecimentos sujeitos à VISA, tais como creches, asilos, e clínicas de estética.

Outra forma de delimitar Cadeias de Risco é relacioná-las a problemas sanitários. Essa forma permitiria integrar ações de VISA às prioridades sociais ou àquelas identificadas em análises de situação de saúde, correspondendo a eixos

---

<sup>103</sup> Segundo Luchese (2001, introdução), existe no campo da saúde pública, uma interdependência social entre as unidades federadas, na medida em que as externalidades de uns provocam riscos e danos à saúde de outros. Desse modo, os problemas sanitários devem ser tratados como importantes elos de interdependência entre os estados ou municípios sejam eles produtores e consumidores ou apenas consumidores de bens, processos e serviços em regime de VISA. Neste caso, a externalidade negativa pode ser entendida como risco sanitário.

<sup>104</sup> Caracterizada nas Diretrizes para a programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde pelo Ministério da Saúde, em Atenção Básica, de Média e alta complexidade Ambulatorial, e de Média e Alta complexidade Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

<sup>105</sup> De acordo com o DeCS: *atenção primária* à saúde é a atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade ...; *atenção secundária* à Saúde é o nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação; e *atenção terciária* à saúde é o nível de atenção constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.

transversais (saúde do idoso, da mulher, ou da criança), podendo envolver estabelecimentos que produzem produtos ou que ofertem serviços.

Assim, a noção de Segurança em Cadeias de Risco propõe: uma re-significação das ações de inspeção junto aos diferentes atores; preservar e expor o modelo causal inerente às ações da VISA, explicitando que a segurança, ou risco, estão associados à capacidade do sistema de VISA oferecer adequada cobertura com ações de inspeção; e relacionar as ações de VISA a prioridades socialmente estabelecidas. Nesse sentido, a noção de segurança em Cadeias de Risco não se constitui em uma forma de definir risco em VISA, mas propõe uma forma de operacionalizar sua avaliação, se configurando como uma contribuição teórica à avaliação das ações e ao aprofundamento da noção do que sejam metas de VISA.

### **3.1.3.3 Dinâmica entre Dimensões: perspectiva estratégica**

Os desempenhos nas dimensões, subdimensões e questões avaliativas representam medidas de desempenho operacional da VISA, permitindo verificar a ênfase atribuída pelos gestores em termos da implantação e implementação de suas ações. Já a avaliação da dinâmica entre dimensões oferece uma perspectiva estratégica do funcionamento da VISA, enquanto um sistema organizado de ação social.

O movimento entre dimensões se estabelece a partir das constantes tensões entre atores internos e externos presentes no campo de ação da VISA<sup>106</sup>, podendo ocorrer entre: dimensões meio (A e CV) e fim (M e P), na busca de equilíbrio, ou alinhamento, entre os recursos disponibilizados para a obtenção dos resultados esperados; e dimensões internas (CV e P) e externas (A e M).

Este equilíbrio depende do exercício de poder entre atores, fenômeno central em organizações. Segundo Parsons (1956a), o poder é a capacidade generalizada de mobilizar recursos para a consecução das metas de um sistema,

---

<sup>106</sup> Conforme caracterizado na seção 2.1.2, Figura 3, os atores internos à VISA são entendidos como os Servidores e Administradores de VISA, enquanto os atores externos, correspondem a: Cidadãos, Profissionais de saúde, Legisladores, Administradores do sistema de Saúde; ou representantes de Organizações e entidades de defesa do consumidor, Conselhos de Saúde, Organizações públicas, Serviços de atenção à saúde, Empresas produtoras e Entidades de classe de profissionais de saúde.

cujo alcance somente pode ser efetivo através do poder<sup>107</sup>, estando sujeito ao controle do conjunto de valores institucionalizado, que legitima as metas organizacionais.

Nesse contexto, uma maior ou menor ênfase da VISA em uma determinada dimensão é reflexo do jogo de poder estabelecido entre atores, influenciando o equilíbrio competitivo entre dimensões meio-fim e internas-externas. Nesse sentido, diversos atores poderiam ter interesse em diferentes dimensões, a exemplo de uma maior ênfase em: P, no caso de entidades de classe de profissionais de saúde, reforçando com a ação da VISA a exigência legal por seus representados e conseqüentemente de seu mercado de trabalho; CV, no caso de servidores de VISA, criando condições adequadas para a condução de suas ações, M, no caso de conselheiros, gestores e cidadãos, de modo a materializar a finalidade da VISA; e em A no caso de organizações e entidades de defesa do consumidor, favorecendo uma maior integração com a VISA.

A dinâmica entre dimensões pode ser analisada de diferentes formas, a partir dos seis alinhamentos possíveis entre as quatro dimensões de desempenho, conforme apresentado na Figura 24 **Erro! Fonte de referência não encontrada..** Uma possibilidade é explorar o conjunto dos seis alinhamentos presentes no MMD VISA. Outra possibilidade é identificar qualitativamente relações dominantes, focando a análise da dinâmica entre as dimensões e a proposição de ações para alterar situações não satisfatórias<sup>108</sup>. Uma possível relação dominante deriva do entendimento que a dimensão CV se constitui na base que propicia, e determina o desempenho nas dimensões A e P, a partir das quais é alcançada M.

Outra possibilidade, adotada nesta tese, explora o alinhamento entre dimensões meio e fim, caracterizadas na Figura 24. Essa relação representa um nexos causal, onde é esperado que os fins não sejam alcançados sem que sejam disponibilizados os meios adequados. A exposição deste nexos causal é ponto de partida para caracterizar o funcionamento da VISA, com base na influência que a

---

<sup>107</sup> Uma profunda e abrangente compreensão do trabalho de Talcott Parsons deve considerar seu interesse por elementos racionais e não racionais (FISH, 2004). O poder como mecanismo de mobilização em organizações suscita o uso de não racionalidades na ação humana, não racionalidades estas presentes no modelo de Parsons, e muitas vezes negligenciadas (JUNG, 1984).

<sup>108</sup> As relações dominantes também poderiam ser exploradas quantitativamente através de técnicas inferenciais, como pela modelagem de Equações Estruturais (*Structural Modeling Equations*).

falta de ênfase, ou deficiência no desempenho, em alguma dimensão, pode causar no funcionamento das demais.

Assim, a identificação da falta de desempenho em uma dimensão determina a necessidade de um rearranjo capaz de estabelecer novo equilíbrio, ativando um jogo de poder entre atores internos e externos que movimenta o mecanismo relacional entre dimensões. Esse mecanismo pode ser caracterizado a partir de quatro possíveis situações.

Uma primeira situação se refere à falta de desempenho na dimensão Adaptação (A), conforme apresentado na Figura 30a. Enquanto dimensão meio, a falta de A gera como efeito externo uma deficiência no Alcance de Metas (M) e, como efeito interno, uma deficiência nos Processos de Trabalho (P). A dificuldade em conduzir P se manifesta em uma insatisfação interna ao sistema (VISA), impactando na manutenção da Cultura e Valores (CV), produzindo ação através de um processo de Tensão (T) entre atores internos e externos, na busca por correções na dimensão A.

Uma segunda situação pode ocorrer pela falta de desempenho na dimensão manutenção da Cultura e Valores (CV), conforme apresentado na Figura 30b. Como dimensão meio, a falta de CV é capaz de gerar como efeito externo uma falta de desempenho em relação ao Alcance de Metas (M) e, como efeito interno, uma dificuldade na condução dos Processos de Trabalho (P). A falta de alcance de M produz uma insatisfação externa ao sistema, impactando em seu processo de A e produzindo ação através de uma Tensão (T) entre atores externos e internos na busca por correções na dimensão CV.

A falta de desempenho nas dimensões Adaptação (A) e manutenção da Cultura e Valores (CV) expressam situações onde a VISA apresenta dificuldades em relação aos meios necessários ao desenvolvimento das ações. Em ambos os casos, a busca de um novo equilíbrio capaz de satisfazer os atores produz tensão em um processo de disputa por espaço e poder.

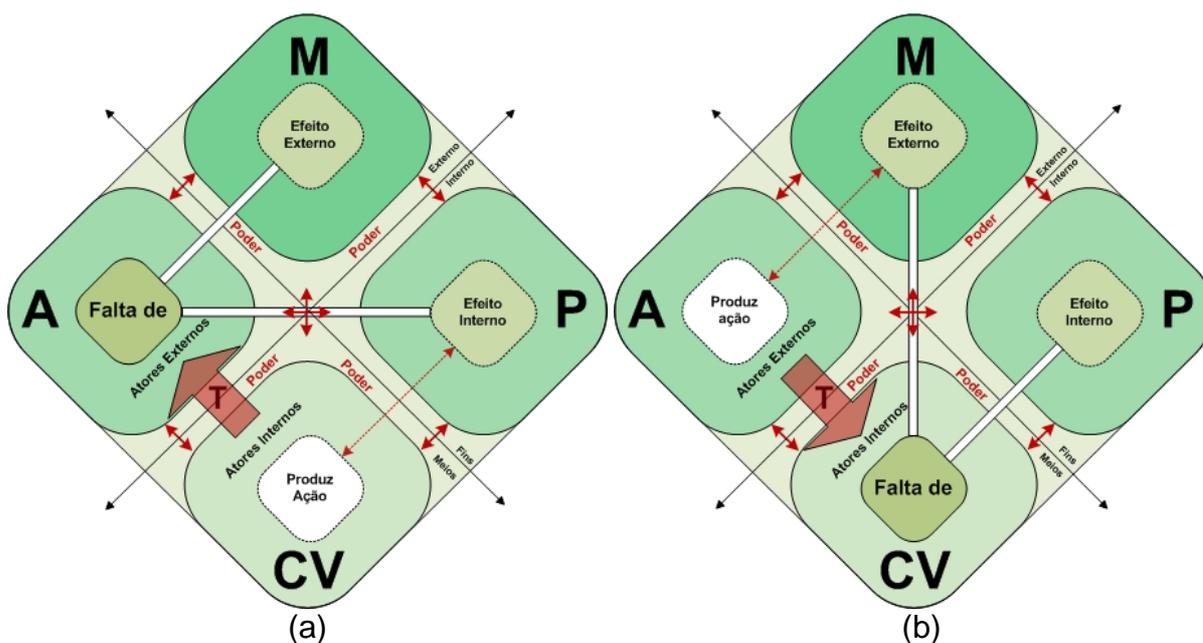


Figura 30. Dinâmica de funcionamento com a falta de desempenho em dimensões meio: Adaptação e manutenção da Cultura e Valores

Uma terceira situação ocorre com a falta de desempenho na dimensão Alcance de Metas (M), conforme apresentado na Figura 31a. Enquanto dimensão fim, a falta de M pode ter como causa externa uma deficiência no processo de A e como causa interna uma fragilidade na dimensão CV. Essa fragilidade acaba por gerar insatisfação interna ao sistema, impactando em P e produzindo ação através de um processo de Tensão (T) entre atores internos e externos, na busca por correções na dimensão M.

A quarta situação se refere à falta de desempenho na dimensão Processos de Trabalho (P), conforme apresentado na Figura 31b. Enquanto dimensão fim, a falta de P pode ter como causa externa uma deficiência no processo de A, e interna, uma fragilidade na dimensão CV. Essa deficiência é capaz de produzir uma insatisfação externa ao sistema, interferindo em M e produzindo ação através de uma Tensão (T) entre atores externos e internos, na busca por correções na dimensão P.

A falta de desempenho nas dimensões Alcance de Metas (M) e Processos e Trabalho (P), expressa situações onde a VISA apresenta dificuldades em relação a dimensões fim. Em ambos os casos, a busca de um novo equilíbrio capaz de satisfazer os atores leva a um processo de tensão, onde o exercício do poder entre atores exerce papel fundamental na alteração do quadro estabelecido.

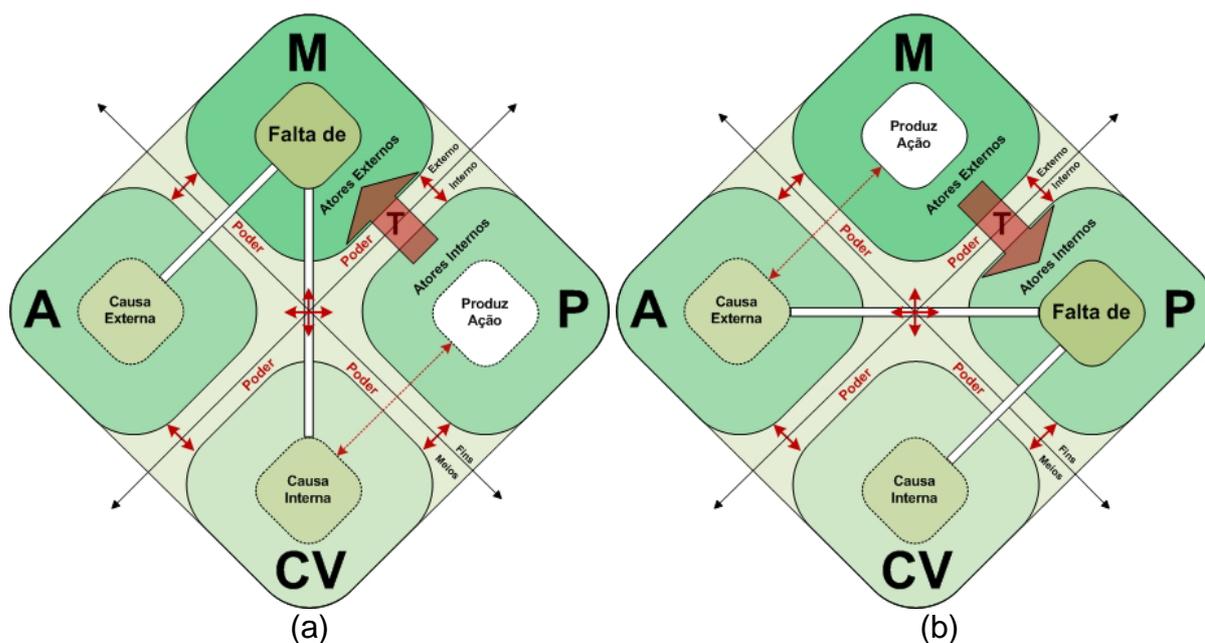


Figura 31. Dinâmica de funcionamento com a falta de desempenho em dimensões fim: Alcance de Metas e Processos de Trabalho

É importante destacar para essas mesmas quatro situações, que o nexos causal também poderia ser utilizado inversamente, para explicar desempenhos adequados em alguma das quatro dimensões. Na prática, é possível que mais de uma dimensão apresente falta de desempenho, situação na qual, além da análise com base no nexos causal entre dimensões meio e fim, poderia ser necessário explorar as demais relações entre dimensões.

### 3.1.4 DEFINIÇÕES QUANTO À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA

A coleta tem por objetivo obter dados, caracterizando a etapa de investigação da implantação VISA, onde alguns aspectos preparatórios se apresentam importantes. Um aspecto inicial se refere ao tipo de dado coletado. O método de avaliação da VISA, utiliza dados primários sobre a implantação das ações de VISA<sup>109</sup>, obtidos a partir de entrevistas e da busca em dados de arquivo e registros administrativos.

<sup>109</sup> Como opção de pesquisa conduzida no Capítulo 4, as ações de VISA objeto de investigação são aquelas desenvolvidas em relação a produtos e serviços, sob gerência do nível Estadual ou Municipal, não envolvendo assim a investigação de ações cuja atribuição seja do nível Federal (ANVISA), mesmo que desenvolvidas no território do Estado.

Um segundo aspecto está relacionado aos atores envolvidos no processo avaliativo. A investigação de diferentes grupos auxilia na delimitação do desempenho da VISA, que pode ser avaliada diferentemente em função do grau de conhecimento e da posição assumida pelos atores investigados, caracterizando um paradoxo presente em processos avaliativos. Além disto, o pouco conhecimento das ações de VISA e a especificidade das questões avaliativas constantes no Instrumento de Coleta implicam em um grande conhecimento pelos respondentes, o que pode limitar a investigação de alguns dos grupos de atores caracterizados na seção 2.1.2, Figura 3. De modo a lidar com estas questões, que atribuem subjetividade ao processo avaliativo, a avaliação conduzida no Capítulo 4 investigou o desempenho da VISA em relação a três grupos avaliativos (técnicos de VISA, gestores de VISA e de Vigilância em Saúde e Conselheiros de Saúde), cujas avaliações nas questões avaliativas foram utilizadas na formação de desempenho nas subdimensões, dimensões e global da VISA, a partir de uma composição compensatória<sup>110</sup>, conforme apresentado nas seções 4.1.1 e 4.1.2.

Um terceiro aspecto se refere à delimitação da perspectiva de tempo utilizada na análise. O impacto das ações desenvolvidas pela VISA depende de um acúmulo social, nem sempre obtido em curto prazo, especialmente em se tratando de ações de promoção em VISA. De acordo com Hurst (2002), o processo avaliativo deveria oferecer uma avaliação *ex-ante*, para identificar causas de deficiências na performance ou na relação custo-efetividade, e *ex-post*, para monitorar e avaliar os resultados das ações e estabelecer uma base de evidência para ações futuras. Neste sentido, em uma situação ideal, o processo avaliativo deveria permitir acompanhar as alterações no desempenho da VISA, ao longo do tempo, em um processo sistemático de avaliação, o que pode ser facilitado com a utilização de uma estrutura teórica estável para a avaliação da VISA, como aquela aqui proposta.

Um quarto aspecto está relacionado à determinação do nível de análise a ser utilizado. Constitucionalmente, o SN VISA é composto pelos níveis Municipal e Estadual e Federal, todos autônomos e, igualmente, responsáveis pela condução

---

<sup>110</sup> Segundo Sheth, Mittal e Newman (1999) os modelos compensatórios representam um modelo mental adotado pelos indivíduos frente à necessidade de realizar uma opção. Nestes modelos, ao avaliar o conjunto de atributos de uma dada alternativa os indivíduos realizam uma conciliação, ou mediação, permitindo que a presença ou ausência de um atributo possa ser compensada por outro.

das ações de VISA. Porém, as ações de VISA podem ser desenvolvidas em cinco níveis inter-relacionados, uma vez que, operacional e institucionalmente os níveis municipal-local e estadual-regional coexistem no âmbito do SN VISA. O nível municipal-local se caracteriza em uma possível subdivisão administrativa utilizada pelos Municípios, usualmente chamados de distritos sanitários, podendo ou não coincidir com os distritos censitários. O nível estadual-regional é também uma subdivisão administrativa, utilizada pelos Estados como forma de aproximar a oferta de serviços à população operando, muitas vezes, como um nível municipal com território de atuação supramunicipal.

A Figura 32 apresenta esses cinco níveis e suas interfaces, onde se destacam um eixo vertical, que representa uma hierarquia apenas técnica, dado a autonomia administrativa entre entes federativos, e um eixo horizontal, que caracteriza uma hierarquia institucional. Essa dualidade técnico-institucional no âmbito do SN VISA torna sua avaliação uma tarefa ainda mais complexa.

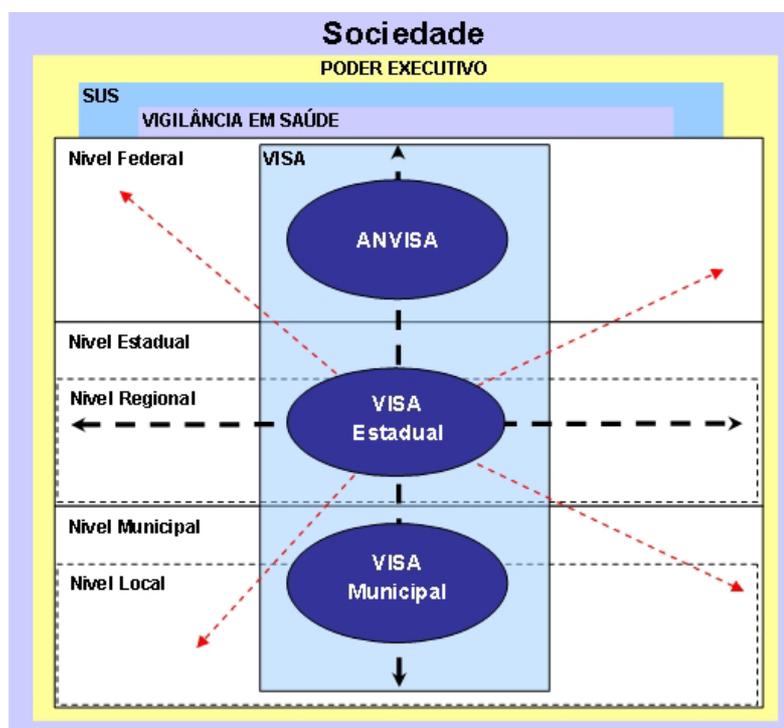


Figura 32. Níveis e interfaces do SN VISA

Apesar da aplicação do método (Capítulo 4) focar o nível municipal, enquanto opção de pesquisa, o MMD VISA se apresenta robusto à aplicação nos diferentes níveis do SN VISA, desde que consideradas as especificidades destes níveis, o que poderia demandar ajustes, em especial no Instrumento de Coleta.

### 3.1.5 INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A valoração é uma etapa fundamental do processo avaliativo, sendo importante definir o referencial sobre o qual ocorrerá o julgamento de valor. Algumas alternativas descritas por Cameron e Whetten (1983), se apresentam úteis nessa delimitação: comparar a performance de dois níveis similares de uma organização; comparar a performance de determinado nível a partir de um referencial ideal previamente estabelecido; e comparar a performance de um mesmo nível ao longo do tempo. No contexto da VISA, essas possibilidades poderiam ser, respectivamente, comparar dois municípios com mesmas características, delimitar níveis aceitáveis de desempenho em relação a uma escala referencial e observar um mesmo município em dois ou mais momentos no tempo.

As três alternativas se apresentam possíveis na aplicação do método, tendo sido adotada, no estudo de caso apresentado no Capítulo 4, a comparação com um referencial previamente estabelecido (escala contínua 0-10). Assim, o juízo de valor quanto ao desempenho, ou performance, nas questões avaliativas, subdimensões, dimensões e global da VISA foi estabelecido com base na referência: desempenho satisfatório, valores iguais ou superiores a sete (7); desempenho regular, valores entre 5,1 e 6,9; e desempenho não satisfatório, valores iguais ou inferiores a cinco (5). Esses intervalos foram eleitos considerando que uma disposição do respondente em atribuir avaliações acima de sete ou abaixo de cinco, representa forte convicção, sendo assim tomados como ponto de inflexão para o juízo de valor realizado.

Além disso, merece destaque a possibilidade de gerar informação nos níveis de agregação operacional, gerencial e estratégica. A informação operacional é gerada a partir da avaliação das questões avaliativas, presentes no Instrumento de Coleta, permitindo verificar “o que está bem” e “o que melhorar”. Já a informação gerencial, ou tática, é produzida pela avaliação do desempenho nas quatro (04) dimensões e doze (12) subdimensões, possibilitando identificar “quais dimensões e subdimensões priorizar”, auxiliando o processo de planejamento e a administração das ações de VISA. Enquanto a informação estratégica é gerada a partir da avaliação da dinâmica entre as dimensões presentes no MMD VISA, representando

um importante diferencial do método, que permite a proposição de ações de melhoria, com o objetivo de aprofundar a implantação das ações de VISA.

## Capítulo 4

Nada é tão prático quanto uma boa teoria (KURT LEWIN, 1952  
apud PAWSON, 2003).

### **APLICAÇÃO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA VISA**

A aplicação do método se caracteriza como uma avaliação de implantação (Champagne e Denis, 1992; Patton, 1997 e 2002; Rossi, Lipsey e Freeman, 2004; Frias, De Lira e Hartz, 2005) por analisar as condições de operação e os efeitos produzidos pelas ações de VISA em contextos determinados, a partir de um mesmo modelo teórico referencial.

A avaliação conduzida assume um propósito formativo, que busca identificar pontos a serem melhorados, priorizados ou mantidos, com o objetivo de potencializar a capacidade da VISA proteger cidadãos frente a riscos inerentes a produtos e serviços. Essa capacidade depende do grau de implantação das ações de Vigilância Sanitária (VISA), estando diretamente relacionado ao seu desempenho, ou performance, considerada por Rossi, Lipsey e Freeman (2004, p. 177) uma das principais abordagens avaliativas de um programa em curso: “investigar se o serviço está sendo ofertado adequadamente é a mais significativa questão de performance em avaliações de implantação”.

O método se embasa em um modelo teórico que propõe a investigação das ações desenvolvidas pelas organizações públicas que compõem o Sistema Nacional de VISA, em uma perspectiva organizacional, conforme apresentado no Capítulo 3. Neste contexto, a avaliação do desempenho da VISA é concebida como um construto multidimensional representado por quatro funções, ou dimensões, desenvolvidas por todos os sistemas sociais, utilizadas como referências para o julgamento de valor realizado no processo avaliativo.

O desempenho da VISA é explorado a partir da perspectiva de três grupos (técnicos de VISA, gestores e conselheiros de saúde) incorporando assim, múltiplos atores, com interesses muitas vezes competitivos em relação às mesmas dimensões de análise, conforme descrito em Sicote et al. (1998) para avaliações da performance organizacional. A utilização de diferentes perspectivas não tem como objetivo o estabelecimento de um consenso, antes disto pretende revelar consensos e diferenças de entendimento entre grupos, em relação ao desempenho da VISA. Essa abordagem reconhece o ambiente organizacional como palco de tensões sistemáticas entre grupos de atores em um processo dinâmico, responsável pela evolução do sistema de VISA.

A estrutura de seções adotada no Capítulo 3, onde a avaliação é apresentada na seqüência utilizada na construção do método, segue ordem inversa à utilizada no Capítulo 4, que apresenta a informação na ordem em que foi gerada. A estrutura do capítulo 4 contempla a caracterização da VISA no Município A na seção 4.1, enquanto a seção 4.2 apresenta sua avaliação: operacional, com as questões avaliativas (4.2.1); avaliação gerencial, com as subdimensões e dimensões (4.2.2); e avaliação estratégica, com a dinâmica entre dimensões (4.2.3).

#### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA VISA NO MUNICÍPIO A**

O método de avaliação foi aplicado em um município do Estado do Rio Grande do Sul (RS), tendo como período base de investigação o ano de 2007. O município A foi eleito por estar entre os dez mais populosos do RS e desenvolver ações de baixa, média e alta complexidade, conforme caracterizado no Termo de Ajustes e Metas (TAM), instrumento utilizado na pactuação das ações de VISA, no ano de 2007. Segundo o relatório anual do TAM, para o ano base de 2007, o

Município A alcançou os percentuais de inspeções pactuados, o que implica, sob a perspectiva normativa vigente, no atendimento do compromisso institucional em relação às ações de VISA no âmbito do SUS.

O município A é um município do interior do RS que apresenta parâmetros populacionais<sup>111</sup>, de acesso a serviços básicos demográficos, de educação, de renda e de Desenvolvimento Humano superiores aos do Estado do RS, conforme apresentado na Figura 33. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em dezembro de 2007, o município A apresentou percentual de cobertura populacional de 18% com agentes comunitários de saúde, de 21,77% com saúde da família e de 20,09% com saúde bucal.

<b>Parâmetros</b>	<b>RS</b>	<b>Município A</b>
Densidade Demográfica	36,1 hab/km <sup>2</sup>	> 225 hab/km <sup>2</sup>
Taxa de Urbanização	81,65%	> 92%
Água Encanada	94,9%	> 99%
Energia Elétrica	97,9%	> 99%
Coleta de Lixo em domicílios urbanos	97,3%	> 99%
Taxa de analfabetismo	7,8	< 4,5
Média de anos de estudo	6,4	> 7
Mortalidade até 1 ano por 1000 nascidos vivos	17,0	< 13
Esperança de vida ao nascer	72,1 anos	> 74
Renda per capita Média	R\$ 357,70	> R\$ 490,00
Proporção de Pobres	19,7%	< 8%
Índice de Gini	0,59	< 0,5
Renda Adequada por 20% mais pobres	2,5%	> 3,5%
Renda Adequada por 20% mais ricos	62,9%	< 56
IDH - Educação	0,904	> 0,94
IDH - Longevidade	0,785	> 0,80
IDH - Renda	0,754	> 0,80
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano	0,814	> 0,85

Figura 33. Parâmetros do Município A em relação ao Estado do RS

Fonte: Atlas do desenvolvimento Humano, 2000.

Para realizar as ações de VISA o município A conta com 23 servidores<sup>112</sup>, força de trabalho que pode ser comparada com àquela disponibilizada para a realização das demais ações de saúde no âmbito pelo município, correspondendo a uma proporção de 21,5% do total de servidores de Vigilância em Saúde (VS) e de 2,3% do total de servidores da Secretaria Municipal de Saúde

<sup>111</sup> Os parâmetros para o Município A foram aproximados, de modo a não permitir sua identificação.

<sup>112</sup> Todos concursados, sendo que quatro (4) desempenham funções administrativas; dezenove (19) atuam em fiscalização, dos quais doze (12) são de nível médio, com concurso para fiscal, e sete (7) possuem nível superior, sendo que destes, seis (6) possuem especialização.

(SMS), calculadas com base nos dados apresentados na Tabela 1, representando ainda uma razão de 1,5 servidores por cada 100 estabelecimentos cadastrados objeto das ações de VISA.

Além disto, a análise dos dados apresentados na Tabela 1 indica que o valor anual disponível<sup>113</sup> para uso em VISA correspondeu a 23,16% do total de recursos financeiros disponível para as ações de Vigilância em Saúde (VS) e a 0,34% do total disponível para uso da SMS. Estes números dão uma idéia do espaço institucional ocupado pela VISA no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde no município A, situação semelhante àquela da VS que contou em 2007 com 10,5% do total de servidores e 1,5% dos recursos financeiros disponíveis.

Tabela 1. Caracterização dos servidores e recursos de VISA no Município A

	Nível Médio	Nível Superior	Total	Servidores / 100.000 hab	R\$ Disponível / Hab. / Ano
<b>VISA</b>	16	7	23	5,7	1,11
<b>VS</b>	92	15	107	26,5	4,80
<b>SMS</b>		1016	1016	251,4	323,69

Fonte: Dados informados pelo município referentes ao ano de 2007.<sup>114</sup>

## 4.2 AVALIAÇÃO DA VISA NO MUNICÍPIO A

A coleta de dados no município A ocorreu no período entre fevereiro e maio de 2008, tomando como período base de investigação o ano de 2007. A coleta envolveu entrevistas<sup>115</sup>, realizadas em um período de cinco dias no mês de fevereiro de 2008, e a pesquisa em Dados de Arquivo e Registros Administrativos do município, concluída no mês de abril de 2008, com o repasse posterior de informações, por meio digital. As avaliações atribuídas pelos respondentes às questões abertas e às questões avaliativas fechadas foram sistematizadas, respectivamente, no APÊNDICE III e APÊNDICE IV.

<sup>113</sup> O valor disponível foi informado pelo município, incluindo verbas Municipais, Estaduais e Federais, correspondendo assim aos valores arrecadados e repassados no exercício de 2007 e o resultado de aplicações financeiras, não tendo sido considerados saldos em caixa referentes a períodos anteriores.

<sup>114</sup> Os dados da SMS incluem os dados de VS que incluem àqueles de VISA.

<sup>115</sup> A duração das entrevistas envolveu um tempo total médio de 94 minutos (mínimo 45 e máximo 152), sendo que o conjunto das questões abertas teve duração média de 27 minutos (mínimo 20 e máximo 42), e das questões fechadas teve duração média de 67 minutos (mínimo 35 e máximo de 125).

Os respondentes dos três grupos avaliativos investigados se apresentaram qualitativamente representativos, sendo: (i) 04 Técnicos de VISA, dois servidores da área de produtos e dois de serviços, com formações em Enfermagem, Medicina Veterinária, Farmácia e Nível Médio, e experiência de trabalho em VISA entre 3,5 e 10 anos; (ii) 02 Gestores, de VISA e Vigilância em Saúde, ambos com formação em Enfermagem e experiência entre 9 meses e 3 anos nas funções; e (iii) 02 Conselheiros, sendo um dos conselheiros e outro o presidente do Conselho, com formações em ensino fundamental e ensino médio e experiência de 1 e de 10 anos.

## QUESTÕES ABERTAS

A primeira questão aberta apontou os principais aspectos positivos e negativos da VISA. Os aspectos positivos foram: evolução do setor regulado a partir das ações de VISA; conhecimento técnico e comprometimento da equipe; e incremento de ações educativas. Enquanto os aspectos negativos foram: deficiência de recursos e estrutura, falta de padronização dos processos de trabalho; falta de divulgação das ações de VISA; falta de capacitações; dificuldade de integração entre servidores de nível médio e superior; e divergências entre técnicos e gestores.

Com base na segunda questão aberta foi possível caracterizar o entendimento dos respondentes quanto ao atual processo de avaliação das ações de VISA. A forma institucional utilizada foi caracterizada como falha por não representar as ações desenvolvidas pelo município, tendo o processo sido considerado por técnicos, gestores ou conselheiros como “inadequado”, “ruim”, “ineficiente” ou “vertical”, com instrumentos que “deixam a desejar”, sendo voltada para a “quantidade e produtividade e não para a qualidade das ações”, merecendo destaque o reconhecimento de um dos gestores que “ações de VISA se configuram um objeto de difícil mensuração”, e que “o processo de avaliação é falho, apesar de o município ter atingido as metas propostas pela Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP-VS) e Termo de Ajustes e Metas (TAM)”.

A terceira questão aberta permitiu verificar uma avaliação espontânea quanto ao desempenho da VISA, descrita por gestores e conselheiros como “bom” e “razoável” e, de modo mais crítico, pelos técnicos de VISA com avaliações “razoável”, “ruim” e “bom”. A amplitude destas avaliações demonstra, por um lado, uma

satisfação e reconhecimento quanto ao atendimento do compromisso institucional em relação às ações de VISA (TAM e PAP-VS) e, por outro, uma preocupação em relação à realidade observada e com as dificuldades enfrentadas. Além disto, a avaliação espontânea de desempenho realça o fato de diferentes atores avaliarem de forma diversa as ações de VISA, paradoxo presente nos processos avaliativos.

Os fatores que envolveram a formulação destas avaliações foram objeto de investigação da quarta questão aberta. Gestores e conselheiros consideraram como aspectos importantes na avaliação das ações de VISA a utilização de percentuais de inspeção como os estabelecidos no TAM e PAP-VS, por auxiliarem no planejamento e serem úteis na prestação de contas junto à sociedade; avaliar as ações educativas desenvolvidas; e, além disto, que o volume de autuações pode servir como indicativo do estágio de evolução do setor regulado. Já os técnicos, identificaram como aspectos importantes na avaliação das ações de VISA a percepção da população, a opinião e a evolução do setor regulado, a verificação do uso de recursos da VISA com base no enfoque de risco e os processos de trabalho desenvolvidos.

A análise das questões abertas permitiu caracterizar o contexto da VISA no município A. De um modo geral, a VISA no município A: está estruturada; tem sob sua responsabilidade um expressivo universo de estabelecimentos, compatível com o porte do município e com a assunção esperada para as ações de VISA; encontra-se em um momento de transição entre uma abordagem de trabalho focada em fiscalizações para uma abordagem que também incorpore ações educativas; identifica a necessidade de incorporar novas dimensões à avaliação normativa vigente, considerada insuficiente para expressar as ações de VISA desenvolvidas no município; e apresenta um relacionamento conflituoso entre servidores e gestores e entre servidores de nível superior e técnico. Por um lado, essa tensão demonstrou ter origem na proposta dos gestores de mudar a abordagem das ações de VISA e, por outro, derivar do questionamento dos técnicos quanto à experiência e conhecimento dos gestores em relação às ações de VISA.

O contraste entre as dificuldades caracterizadas nas questões abertas e o atendimento dos percentuais de inspeções preconizados institucionalmente (Termo de Ajustes e Metas) reforça as limitações do processo de avaliação vigente,

demonstrando ser necessário avançar em termos da avaliação do contexto, das condições de operação e os efeitos produzidos pelas ações de VISA.

#### 4.2.1 MEDIDAS DE DESEMPENHO OPERACIONAL: QUESTÕES AVALIATIVAS

A avaliação das questões avaliativas fechadas teve como objetivo a produção de informação operacional no apoio à programação das ações de VISA, auxiliando na compreensão dos fatores que influenciam seu desempenho e apontando condicionantes de sua implantação. Neste sentido, as questões avaliativas fechadas indicam “o que está bem” e “o que melhorar”, se caracterizando como medidas de desempenho operacional.

As avaliações dos respondentes em relação às questões avaliativas fechadas instrumentalizam o processo avaliativo, tendo sido expressas na escala contínua (0 a 10), rápida e facilmente apreendida pelos respondentes. As performances nas questões avaliativas fechadas e subdimensões<sup>116</sup> foram caracterizadas a partir do uso de composições compensatórias, com objetivo similar ao buscado nas aplicações de técnicas de consenso, caracterizadas em De Souza, Vieira-da-Silva e Hartz (2005).

Nas questões avaliativas fechadas, a adoção de uma composição compensatória considera o contexto organizacional um lócus de conflitos, tensões e diferentes interesses, onde é possível a conciliação entre avaliações dos diferentes respondentes, na formação de uma performance média em relação a cada questão avaliativa. Neste sentido, o desempenho nas diferentes questões avaliativas, para cada grupo avaliativo, é representado pela média aritmética das avaliações de técnicos, gestores e conselheiros ( $M_{Q^t}$ ,  $M_{Q^g}$  e  $M_{Q^c}$ ), sendo esperadas avaliações similares de respondentes de um mesmo grupo, para as mesmas questões. Assim, para cada grupo avaliativo a performance nas diferentes questões fechadas é expressa por uma construção compensatória gerada pela média aritmética das avaliações individuais dos respondentes, para os diferentes grupos avaliativos.

---

<sup>116</sup> No texto, as respostas dadas pelos respondentes às questões avaliativas fechadas são denominadas avaliações e as composições que representam o desempenho nas questões avaliativas, subdimensões e dimensões são denominadas desempenho ou performance.

Nas subdimensões a adoção de uma composição compensatória toma a performance como o resultado do desempenho no conjunto de questões para cada grupo avaliativo, podendo apresentar contrastantes entre questões, mas quando tomadas em seu conjunto assumem a condição de performance na subdimensão. Neste sentido, o desempenho nas diferentes subdimensões é representado pela média aritmética das performances nas questões avaliativas fechadas, para gestores, técnicos e conselheiros ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ ). Desta forma, para cada grupo a performance nas diferentes subdimensões é representada por uma construção compensatória das performances nas questões que a compõe.

De modo a verificar a consistência<sup>117</sup>, ou grau de consenso, nos desempenhos conciliados nas questões avaliativas fechadas, foi conduzida uma análise de amplitude entre as avaliações dos diferentes respondentes, gestores, técnicos e conselheiros ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ), tendo o consenso sido considerado baixo, nos casos onde a amplitude foi superior a cinco.

A seguir são apresentadas as avaliações dos respondentes e analisadas as performances nas questões avaliativas fechadas e subdimensões, seguindo a mesma seqüência utilizada no Instrumento de Coleta.

## QUESTÕES AVALIATIVAS: DIMENSÃO ADAPTAÇÃO

A dimensão Adaptação (A) é representada pelas subdimensões Integração (A1, questões Q1 a Q11), Inovação (A2, questões Q12 e Q13) e de Obtenção de Recursos (A3, questões Q14 a Q16). A seguir, a Tabela 2 apresenta para cada questão avaliativa fechada (Q) as avaliações dos respondentes (R1 a R8), as performances médias nas questões ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) e as amplitudes entre avaliações dos respondentes ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ), assim como as performances médias nas subdimensões ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ )<sup>118</sup>. As células sem hachuras representam performances satisfatórias (maiores que 7), as hachuradas em tom claro

<sup>117</sup> A consistência, de acordo com Ferreira (1999), refere-se à concordância aproximada entre os resultados de várias medições de uma mesma quantidade, que no caso da análise conduzida representa a consistência entre as resposta dos respondentes de um mesmo grupo avaliativo.

<sup>118</sup> Exemplificando, em relação ao grupo de técnicos de VISA a performance: na terceira questão avaliativa fechada (Q3),  $M^t = [(3,3+3,3+4,0+0,0)/4] = 2,7$ ; e em relação a subdimensão A3,  $M_{SD}^t = [(3,9+4,2+5,1)/3] = 4,4$ .

performances regulares (entre 5,1 e 6,9), e as hachuradas em tom escuro, performances não satisfatórias (menores que 5).

Tabela 2. Avaliações e performances na dimensão Adaptação

SD	Q	Técnicos de VISA						Gestores						Conselheiros					
		R1	R2	R3	R4	$M_Q^{t(1)}$	$A_Q^{t(2)}$	$M_{SD}^{t(3)}$	R5	R6	$M_Q^{g(1)}$	$A_Q^{g(2)}$	$M_{SD}^{g(3)}$	R7	R8	$M_Q^{c(1)}$	$A_Q^{c(2)}$	$M_{SD}^{c(3)}$	
Adaptação (A)	A1	1	5,3	0,9	6,1	1,6	3,5	5,2	4,8	5,0	1,5	3,3	3,5	6,2	2,9	5,2	4,1	2,3	5,9
		2	5,3	3,1	3,5	5,1	4,3	2,2		4,9	2,1	3,5	2,8		6,2	7,0	6,6	0,8	
		3	3,3	3,3	4,0	0,0	2,7	4,0		0,3	3,7	2,0	3,4		6,3	7,2	6,8	0,9	
	4	4,3	0,6	6,6	4,9	4,1	6,0	4,8	9,7	7,7	8,7	2,0	6,2	7,0	5,3	6,2	1,7	5,9	
	5	6,7	3,5	1,9	0,0	3,0	6,7		9,7	6,3	8,0	3,4		7,2	7,2	7,2	0,0		
	6	6,7	3,4	3,4	0,0	3,4	6,7		5,1	2,9	4,0	2,2		7,0	3,8	5,4	3,2		
	7	4,9	1,9	5,1	0,0	3,0	5,1	4,8	8,5	3,0	5,8	5,5	6,2	2,9	7,0	5,0	4,1	5,9	
	8	8,6	5,1	3,5	10	6,8	6,5		9,7	3,0	6,4	6,7		9,3	5,8	7,6	3,5		
	9	9,7	5,0	2,4	4,9	5,5	7,3		9,7	7,2	8,5	2,5		2,9	4,3	3,6	1,4		
	10	9,0	9,0	8,0	10	9,0	2,0	4,8	9,7	9,7	9,7	0,0	6,2	2,8	9,4	6,1	6,6	5,9	
	11	9,7	6,6	9,2	6,9	8,1	3,1		8,6	7,8	8,2	0,8		9,3	4,2	6,8	5,1		
	12	2,8	6,6	5,2	10	6,2	7,2		5,0	6,6	4,0	5,3		2,6	5,4	6,3	5,1		5,7
	13	6,7	3,5	5,1	0,0	3,8	6,7	6,7		4,2	5,5	2,5	2,9	6,3		4,6	3,4		
	14	5,7	1,7	8,1	0,0	3,9	8,1	4,4		3,3	7,2	5,3	3,9	5,0		6,4	3,1	4,8	3,3
	15	3,4	6,5	6,7	0,0	4,2	6,7		4,9	4,3	4,6	0,6	2,8		5,1	4,0	2,3		
	16	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	0,0		5,1	5,1	5,1	0,0	5,1		5,1	5,1	0,0		

(1)  $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ : Média aritmética das avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (2)  $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$  e  $A_Q^c$ : Amplitudes entre avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (3)  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ : Média aritmética das performances nas questões avaliativas, por subdimensão.

A performance média no conjunto de questões que representam a subdimensão Integração (A1), se apresentou não satisfatória para o grupo de técnicos ( $M_{SD}^t=4,8$ ) e regular para gestores ( $M_{SD}^g=6,2$ ) e conselheiros ( $M_{SD}^c=5,9$ ).

A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) indica uma performance não satisfatória na integração de estruturas, em termos da integração das práticas de VISA com relação aos demais níveis do sistema (Q1,  $M_Q^t=3,5$ ,  $M_Q^g=3,3$  e  $M_Q^c=4,1$ ) e da compreensão do conjunto de ações sob a responsabilidade do município (Q2,  $M_Q^t=4,3$  e  $M_Q^g=3,5$ ). Já as questões que investigaram a integração de processos organizacionais, indicaram performance não satisfatória para o grupo de técnicos em termos da integração entre o planejamento da VISA e das demais ações de atenção (Q3), com o relatório de gestão municipal (Q4), com as demais vigilâncias (Q5), com o conselho de saúde (Q6) e das ações de VISA com as demais ações de atenção à saúde do município (Q7), enquanto que, para as mesmas questões, os gestores consideraram uma performance não satisfatória apenas nas questões Q3 e Q6, e os conselheiros indicaram performance não satisfatória apenas em relação às questões Q7 e Q9 (integração com o sistema

de apoio laboratorial). Além destas, a subdimensão Integração (A1) envolveu a investigação da governança no processo de descentralização das ações de VISA, considerada com desempenho satisfatório, em especial por técnicos e gestores, por reconhecer e reforçar a autonomia do município na gerência de riscos em VISA (Q10) e a autonomia dos vigilantes sanitários para atuar de forma técnica (Q11).

A performance média na subdimensão Inovação (A2) se apresentou não satisfatória, em relação aos técnicos ( $M_{SD}^t=5,0$ ) e regular, em relação a gestores ( $M_{SD}^g=5,4$ ) e conselheiros ( $M_{SD}^c=5,2$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) mostra que estes se devem, em especial, à baixa capacidade de incorporar demandas sociais e do SUS na abordagem da VISA (Q13), considerada não satisfatória pelos três grupos, e ao desempenho regular na atualização tecnológica de equipamentos e de práticas (Q12).

A subdimensão Obtenção de Recursos (A3) apresentou performance média não satisfatória nos três grupos avaliativos ( $M_{SD}^t=4,4$ ;  $M_{SD}^g=5,0$  e  $M_{SD}^c=4,6$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) permite relacioná-los a pouca autonomia do gestor de VISA para executar os recursos disponíveis (Q15) e a baixa prioridade atribuída às ações de VISA em relação ao conjunto das ações de atenção à saúde (Q14), conforme indicam as avaliações dos três grupos, e além disto, ao resultado institucional ( $M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c= 5,1$ ) com a utilização de apenas 51% do total de recursos financeiros executados em relação aos recursos recebidos e arrecadados (Q16). Este resultado, além de caracterizar uma possível deficiência administrativa na gestão de recursos financeiros, pode também sinalizar a falta de autonomia do gestor de VISA, apontada na Q15.

A análise das amplitudes entre as avaliações das questões ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ) na dimensão A, demonstrou adequado grau de consenso (amplitude menor que 5) nos desempenhos médios nas questões para os grupos de gestores e conselheiros ( $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ), o que não ocorreu em relação ao grupo de técnicos, onde amplitudes superiores a cinco indicam que, neste grupo, a composição compensatória utilizada ao gerar as performances médias das questões ( $M_Q^t$ ) envolveu avaliações individuais maiores e menores do que o valor médio.

## QUESTÕES AVALIATIVAS: DIMENSÃO ALCANCE DE METAS

A dimensão Alcance de Metas (M) é expressa pelas subdimensões Percepção de Atores (M1, questões Q17 a Q19), o Acúmulo Social (M2, questões Q20 a Q22) e a Segurança em VISA (M3, questões Q23 a Q25). A seguir, a Tabela 3 apresenta para cada questão avaliativa fechada (Q) as avaliações dos respondentes (R1 a R8), as performances médias nas questões ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) e as amplitudes entre avaliações dos respondentes ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ), assim como as performances médias nas subdimensões ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ ). As células sem hachuras representam performances satisfatórias (maiores que 7), as hachuradas em tom claro performances regulares (entre 5,1 e 6,9), e as hachuradas em tom escuro, performances não satisfatórias (menores que 5).

Tabela 3. Avaliações e performances na dimensão alcance de Metas

SD	Q	Técnicos de VISA							Gestores					Conselheiros					
		R1	R2	R3	R4	$M_Q^{t(1)}$	$A_Q^{t(2)}$	$M_{SD}^{t(3)}$	R5	R6	$M_Q^{g(1)}$	$A_Q^{g(2)}$	$M_{SD}^{g(3)}$	R7	R8	$M_Q^{c(1)}$	$A_Q^{c(2)}$	$M_{SD}^{c(3)}$	
Metas (M)	M1	17	7,5	0,6	5,2	2,9	4,1	6,9		3,0	6,3	4,7	3,3		6,2	5,9	6,1	0,3	
		18	7,9	3,4	8,3	3,5	5,8	4,9	5,0	6,6	7,0	6,8	0,4	6,1	0,5	6,3	3,4	5,8	4,1
		19	6,6	4,5	6,3	3,4	5,2	3,2		6,6	7,0	6,8	0,4		0,7	4,9	2,8	4,2	
	M2	20	8,6	4	5,1	0,4	4,5	8,2		8,3	6,7	7,5	1,6		0,7	8,3	4,5	7,6	
		21	7,9	2	6,6	6,6	5,8	5,9	4,8	3,1	6,6	4,9	3,5	6,2	0,7	3,8	2,3	3,1	3,5
		22	4,9	2,7	8,2	0,0	4,0	8,2		6,6	6,0	6,3	0,6		4,9	2,8	3,9	2,1	
	M3	23	6,6	6,6	5,2	7,8	6,6	2,6		8,4	9,2	8,8	0,8		9,2	6,2	7,7	3,0	
		24	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	0,0	7,0	9,0	9,0	9,0	0,0	7,8	9,0	9,0	9,0	0,0	7,4
		25	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	0,0		5,5	5,5	5,5	0,0		5,5	5,5	5,5	0,0	

(1)  $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ : Média aritmética das avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (2)  $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$  e  $A_Q^c$ : Amplitudes entre avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (3)  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ : Média aritmética das performances nas questões avaliativas, por subdimensão.

A performance média no conjunto de questões da subdimensão Percepção dos Atores (M1), se apresentou regular para gestores ( $M_{SD}^g=6,1$ ) e não satisfatória para técnicos ( $M_{SD}^t=5,0$ ) e conselheiros ( $M_{SD}^c=4,1$ ). Similarmente, a performance média em relação ao conjunto de questões que representam a subdimensão Acúmulo Social em VISA (M2), se apresentou regular para gestores ( $M_{SD}^g=6,2$ ) e não satisfatória para técnicos ( $M_{SD}^t=4,8$ ) e conselheiros ( $M_{SD}^c=3,5$ ). Apesar das performances não satisfatórias em M1 e M2, as avaliações no grupo de técnicos se apresentaram controversas, como pode ser percebido nas avaliações dos respondentes R2 e R4, que se caracterizam como mais pessimistas e alinhados com as avaliações dos conselheiros, enquanto os respondentes R1 e R3, se

apresentam como mais otimistas e alinhados com as avaliações dos gestores. Essa diferença pode estar relacionada aos diferentes entendimentos das questões, que investigam assuntos pouco comuns em relação ao ideário do que se constituem metas da VISA, usualmente avaliadas pelo número de inspeções.

A análise dos desempenhos nas questões avaliativas da subdimensão M1 ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ), indica performance não satisfatória para técnicos e gestores no reconhecimento das ações de VISA pela população e instâncias de participação (Q17,  $M_Q^t=4,1$  e  $M_Q^g=4,7$ ) e, para conselheiros, no reconhecimento pelos atores que desenvolvem as demais no âmbito do SUS (Q18) e pelo setor regulado (Q19). A mesma análise em relação à subdimensão M2, indica um desempenho não satisfatório para técnicos e conselheiros, em relação à oferta universal e equânime das ações de VISA (Q20) e destas incrementarem o conhecimento, consciência e habilidade da população na tomada de decisão frente a riscos objeto de VISA (Q22), enquanto o desempenho para gestores foi não satisfatório em relação à capacidade das ações de VISA potencializar a participação da comunidade (Q21). A performance média em relação ao conjunto de questões que representam a subdimensão Segurança em VISA (M3) se apresentou satisfatória para os três grupos ( $M_{SD}^t=7,0$ ;  $M_{SD}^g=7,8$  e  $M_{SD}^c=7,4$ ). Merece destaque na análise das questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) da subdimensão M3 os desempenhos satisfatórios para os grupos de gestores e conselheiros em termos da capacidade da VISA identificar, gerenciar e comunicar riscos (Q23) e em termos do resultado institucional em relação à investigação de 90% das denúncias, eventos adversos e queixas técnicas (Q24,  $M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=9,0$ ), apesar do resultado regular em relação à cobertura de 55% (Q25,  $M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=5,5$ ) em cadeias de risco objeto de VISA.

A utilização de cadeias de risco (Q25) como meta de VISA, em contraste à utilização de percentuais de cobertura conforme proposto na avaliação normativa vigente, suscita uma análise mais aprofundada. A Figura 34 apresenta, a cada elo da cadeia de risco, o número de estabelecimentos cadastrados e o percentual de cobertura com inspeções, calculado a partir dos dados informados pelo Município A<sup>119</sup>. As coberturas nas Cadeias de Risco de Serviços (55%),

---

<sup>119</sup> Não foram considerados na análise os elos Produção e Distribuição de Alimentos e Produção de Medicamentos, por estes não serem de responsabilidade do nível municipal.

Alimentos (39%), Medicamentos (80%) e Global (55%)<sup>120</sup> foram calculadas a partir dos percentuais de inspeções informados, a exemplo da cadeia de riscos em serviços com: 100% dos Serviços de Atenção Terciária (7 serviços), 83% dos Serviços de Atenção Secundária (45) e 13% dos Serviços de Atenção Primária (39).

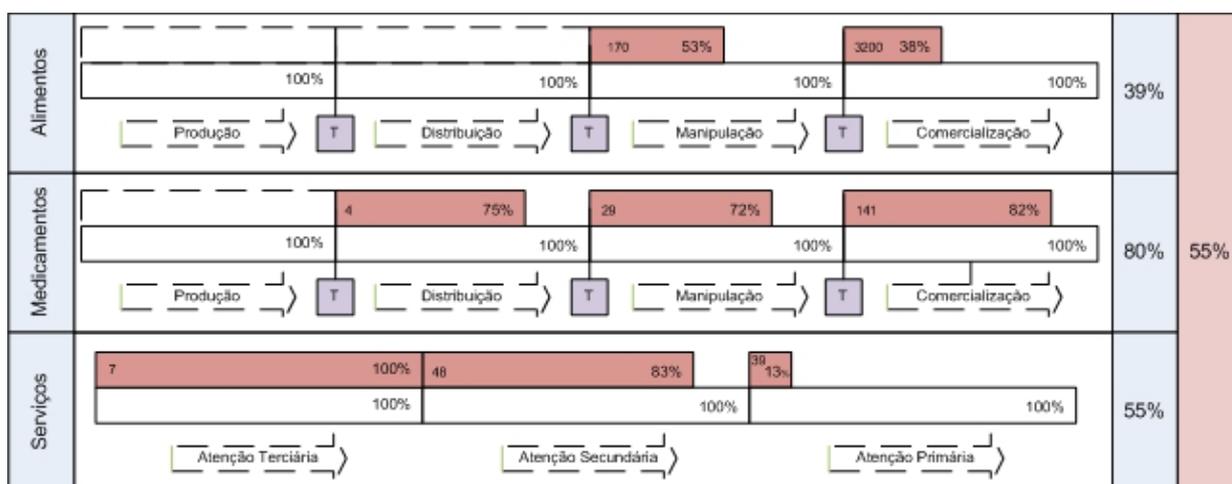


Figura 34. Percentual de cobertura com inspeções em Cadeias de Risco

Essa análise permite caracterizar elos e cadeias com baixos percentuais de cobertura (manipulação e comercialização de alimentos e atenção primária), o que pode se constituir em um instrumento gerencial e estratégico, auxiliando na priorização de ações e ampliando a compreensão, social e institucional, quanto ao significado das ações de inspeção conduzidas pela VISA.

A análise das amplitudes entre as avaliações das questões ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ) na dimensão M apresentou adequado grau de consenso no grupo de gestores em termos dos desempenhos médios nas questões ( $M_Q^g$ ), o que não ocorreu em relação ao grupo de técnicos, na subdimensão M2, e ao grupo de conselheiros, na subdimensão M1, onde amplitudes superiores a cinco indicam que a composição compensatória utilizada ao gerar as performances médias nestas questões ( $M_Q^t$  e  $M_Q^c$ ) envolveu avaliações individuais maiores e menores do que o valor médio.

<sup>120</sup> Os percentuais de cobertura em cada elo da cadeia foram calculados a partir do percentual de inspeções em estabelecimentos cadastrados sob responsabilidade do município A, a exemplo do elo Comercialização de Alimentos:  $38\% = [100\% * (1212/3200)]$ . Os percentuais de cobertura nas cadeias de risco foram calculados a partir média ponderada (pelo número de estabelecimentos cadastrados) dos percentuais de cobertura em cada elo, a exemplo da cadeia de Alimentos:  $39\% = \{[(53\% * 170) + (38\% * 3200)] / [170 + 3200]\}$ . Já o percentual de cobertura global em cadeias de risco, foi calculado pela média geométrica dos percentuais de cobertura de cada cadeia:  $55\% = \sqrt[3]{(39\% * 80\% * 55\%)}$ .

## QUESTÕES AVALIATIVAS: DIMENSÃO PROCESSOS DE TRABALHO

A dimensão Processos de Trabalho (P) é representada pelas subdimensões Coordenação (P1, questões Q26 a Q36) e o desenvolvimento de ações de Promoção (P2, questões Q37 a Q41) e Prevenção em VISA (P3, questões Q42 a Q49). A seguir, a Tabela 4 apresenta para cada questão avaliativa fechada (Q) as avaliações dos respondentes (R1 a R8), as performances médias nas questões ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) e as amplitudes entre avaliações dos respondentes ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ), assim como as performances médias nas subdimensões ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ ). As células sem hachuras representam performances satisfatórias (maiores que 7), as hachuradas em tom claro performances regulares (entre 5,1 e 6,9), e as hachuradas em tom escuro, performances não satisfatórias (menores que 5).

Tabela 4. Avaliações e performances na dimensão Processos de Trabalho

SD	Q	Técnicos de VISA						Gestores				Conselheiros							
		R1	R2	R3	R4	$M_Q^{t(1)}$	$A_Q^{t(2)}$	$M_{SD}^{t(3)}$	R5	R6	$M_Q^{g(1)}$	$A_Q^{g(2)}$	$M_{SD}^{g(3)}$	R7	R8	$M_Q^{c(1)}$	$A_Q^{c(2)}$	$M_{SD}^{c(3)}$	
Processos de Trabalho (P)	P1	26	2,3	3,3	1,6	4,5	2,9	2,9	4,2	9,3	7,5	8,4	1,8	6,3	0,6	7,2	3,9	6,6	4,0
		27	10	9,9	10	10	10	0,1		9,9	10	10	0,1		9,1	10	9,6	0,9	
		28	2,7	4	5,2	0	3,0	5,2		7,2	8,7	8,0	1,5		0,9	8,3	4,6	7,4	
		29	3,4	3,6	8,1	6,6	5,4	4,7		6,6	4,9	5,8	1,7		0,8	4,9	2,9	4,1	
		30	4,9	8,1	10	6,6	7,4	5,1		5,1	5,1	0,0	0,9		3,7	2,3	2,8		
		31	2,7	2,3	3,7	0	2,2	3,7		6,6	5,4	6,0	1,2		0,6	5,9	3,3	5,3	
		32	3,7	3,7	0,8	3,4	2,9	2,9		3,5	2,3	2,9	1,2		0,7	3,7	2,2	3,0	
		33	5,0	2,8	5,0	4,9	4,4	2,2		6,6	7,0	6,8	0,4		0,7	5,0	2,9	4,3	
		34	9,5	1,3	3,3	1,7	4,0	8,2		5,1	4,5	4,8	0,6		0,6	4,9	2,8	4,3	
	35	1,6	0,1	1,0	6,6	2,3	6,5	9,8	8,6	9,2	1,2	8,9	5,1	7,0	3,8				
	36	0,9	0,9	3,4	0	1,3	3,4	0,2	5,6	2,9	5,4	0,8	4,9	2,9	4,1				
	37	6,9	7,2	5,2	6,7	6,5	2,0	5,0	4,9	5,0	0,1	9,2	7,0	8,1	2,2				
	P2	38	7,1	3,5	3,0	3,4	4,3	4,1	5,5	9,0	7,0	8,0	2,0	5,9	0,7	2,8	1,8	2,1	5,3
		39	10	10	10	10	10	0,0		10	10	10	0,0		10	10	10	0,0	
		40	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0,0		3,3	3,3	3,3	0,0		3,3	3,3	3,3	0,0	
		41	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0,0		3,3	3,3	3,3	0,0		3,3	3,3	3,3	0,0	
	P3	42	5,0	3,4	8,7	6,6	5,9	5,3	6,6	9,8	3,7	6,8	6,1	7,8	6,3	7,0	6,7	0,7	6,4
		43	3,4	4,9	3,4	3,4	3,8	1,5		8,4	8,2	8,3	0,2		9,3	8,0	8,7	1,3	
44		9,1	6,5	8,1	8,0	7,9	2,6	8,7		8,6	8,7	0,1	0,6		7,1	3,9	6,5		
45		3,4	6,5	5,1	6,9	5,5	3,5	9,8		7,2	8,5	2,6	0,9		5,2	3,1	4,3		
46		6,9	7,2	3,5	10	6,9	6,5	6,7		3,7	5,2	3,0	6,1		6,4	6,3	0,3		
47		4,9	6,9	8,2	3,3	5,8	4,9	9,8		6,4	8,1	3,4	5,9		5,9	5,9	0,0		
48		7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	0,0	7,1		7,1	7,1	0,0	7,1		7,1	7,1	0,0		
49		9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	0,0	9,5		9,5	9,5	0,0	9,5		9,5	9,5	0,0		

(1)  $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ : Média aritmética das avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (2)  $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$  e  $A_Q^c$ : Amplitudes entre avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (3)  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ : Média aritmética das performances nas questões avaliativas, por subdimensão.

A performance média no conjunto de questões que representam a subdimensão Coordenação (P1), se apresentou regular para gestores ( $M_{SD}^g=6,3$ ) e não satisfatória para o grupo de técnicos e conselheiros ( $M_{SD}^t=4,2$  e  $M_{SD}^c=4,0$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) da subdimensão P1 indica, em termos de viabilização de estrutura para as ações de VISA, uma performance não satisfatória para os grupos de técnicos e conselheiros em relação às instalações, equipamentos e recursos (Q26,  $M_Q^t=2,9$  e  $M_Q^c=3,9$ ), o que contrasta com a avaliação satisfatória, pelos três grupos, em termos da formalização na designação dos servidores que realizam ações de fiscalização (Q27), condição incomum em nível municipal. Contribuíram também para essa performance não satisfatória na subdimensão P1 questões relacionadas ao planejamento das ações de VISA, tais como o processo de elaboração do Plano de Ação em VISA (Q28), o monitoramento e avaliação das ações (Q31), a fidedignidade do cadastro de estabelecimentos (Q32) e o sistema de informações utilizado (Q33), e em menor escala a mobilização para o atendimento de metas (Q29) e a clareza quanto a prioridades (Q30). Além destas questões, a performance não satisfatória na subdimensão P1 está relacionada ao apoio laboratorial (Q34) e de instituições de ensino na melhora das práticas (Q36), tendo sido também apontado, apenas pelo grupo de técnicos, o apoio jurídico (Q35). É importante destacar que é esperado que gestores se apresentem mais otimistas em relação à performance a subdimensão Coordenação (P1), conforme observado, em se tratando de uma auto-avaliação.

A performance média no conjunto de questões que representam a subdimensão Promoção em VISA (P2), se apresentou regular os três grupos ( $M_{SD}^t=5,5$ ,  $M_{SD}^g=5,9$  e  $M_{SD}^c=5,3$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_{Qt}$ ,  $M_{Qg}$  e  $M_{Qc}$ ) da subdimensão P2 mostrou que o processo de regulação em VISA (Q37) foi considerado não satisfatório apenas pelos gestores, enquanto os mecanismos de comunicação dos riscos à sociedade (Q38) foram considerados não satisfatórios por técnicos e conselheiros. Além disto, na subdimensão P2 foram investigados resultados institucionais em relação às ações de Comunicação de risco que refletiram o esforço dos gestores em incorporar novas práticas à VISA promovendo eventos<sup>121</sup>, responsável pelo desempenho satisfatório

---

<sup>121</sup> Reuniões com sindicatos e responsáveis técnicos de estabelecimentos do setor regulado e Seminário Municipal de VISA, que contou com a presença de 382 pessoas da população em geral.

em relação ao número de eventos de comunicação de riscos discussão da regulação em VISA junto ao setor regulado ( $Q39, M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=10$ ), porém sem o mesmo ímpeto, questões com performance não satisfatória, em relação à eventos para profissionais ( $Q40, M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=3,3$ ) e Conselheiros ( $Q41, M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=3,3$ ) de saúde. É importante ressaltar a consistência entre as avaliações desta subdimensão e àquelas das subdimensões Percepção dos Atores (M1) e Acúmulo Social em VISA (M2), com as quais ela guarda estreita relação causal, reforçando a necessidade de intensificar ações de promoção na abordagem utilizada pela VISA.

A performance média no conjunto de questões que representam a subdimensão Prevenção em VISA (P3), que envolve questões que se ajustam ao ideário reconhecido para as práticas de VISA, se mostrou satisfatória para gestores ( $M_{SD}^g=7,8$ ) e regular para técnicos e conselheiros ( $M_{SD}^t=6,6$  e  $M_{SD}^c=6,4$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t, M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) da subdimensão P3, que investigaram a padronização dos processos de trabalho (Q42) e a compatibilidade entre as ações e a formação e capacitação dos servidores de VISA (Q43), apresentou avaliação não satisfatória na Q43, apenas para o grupo de técnicos. Enquanto as questões da subdimensão P3 que envolviam a qualificação dos processos de trabalho, em termos do grau de dependência técnica na realização das ações assumidas (Q44), acesso a conhecimentos científicos (Q45) e à capacidade de incorporação do conhecimento gerado nas práticas (Q46), apresentaram avaliação não satisfatória nas questões Q44 e Q45, apenas para o grupo de conselheiros. Merece destaque a avaliação satisfatória de técnicos e gestores em relação à Q44, que demonstra o conhecimento técnico dos servidores de VISA, conforme já destacado na primeira questão avaliativa aberta, apesar da avaliação não satisfatória de conselheiros.

Além destas questões, a subdimensão P3 também foi investigada em termos de Inspeções Sanitárias<sup>122</sup>, quanto à função do processo administrativo sanitário (Q47), satisfatório apenas para gestores e quanto aos resultados

---

<sup>122</sup> Em 2007 foram realizadas no município 3317 inspeções, em um total de 6630 estabelecimentos cadastrados, 14 Interdições Cautelares, e emitidas 1530 licenças, 319 autos de infração, 100 autos de apreensão de produtos. Destes números pode ser abstraído um indicativo da utilização de uma abordagem educativa pela comparação entre a diferença do número de inspeções e de licenças ( $3317-1530= 1787$ ) e o número de autos de infração emitidos (319), uma vez que, implícito a esta diferença está a constatação de inadequações durante a inspeção, o que tecnicamente poderia ser motivo de aplicação de autos de infração.

institucionais em termos do percentual global de inspeções (Q48,  $M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=7,1$ ) e da comparação entre as ações assumidas e o universo de estabelecimentos existentes no território do município (Q49,  $M_Q^t=M_Q^g=M_Q^c=9,5$ ), com desempenho satisfatório correspondendo, respectivamente, a um percentual global de inspeções de 50,0% e a 95,0% de ações assumidas em relação ao universo de estabelecimentos. É importante destacar a performance nas questões Q48 e Q49 depende do universo conhecido de estabelecimentos, intimamente relacionado à fidedignidade do cadastro, considerada não satisfatória na Q32. Mesmo assim, verifica-se a coerência entre o desempenho nestas questões e àquele da subdimensão Segurança em VISA (M3), o que é consistente com o senso comum que relaciona ao percentual de inspeções maior segurança, ou menor risco.

A análise das amplitudes entre as avaliações das questões ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ) na dimensão P demonstrou adequado grau de consenso nos grupos de gestores e conselheiros em termos dos desempenhos médios nas questões ( $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ), o que não ocorreu em relação ao grupo de técnicos ( $M_Q^t$ ), onde amplitudes superiores a cinco, em relação às questões da subdimensão P1, indicam que as performances médias nas questões contêm avaliações individuais maiores e menores do que o valor médio.

## QUESTÕES AVALIATIVAS: DIMENSÃO MANUTENÇÃO CULTURA E VALORES

A dimensão manutenção da Cultura e Valores (CV) é expressa pelas subdimensões Assunção de princípios (CV1, questões Q50 e Q51), a Valorização e o Aperfeiçoamento Profissional (CV2, questões Q52 e Q56) e a Produção de Conhecimento (CV3, questões Q57 e Q58). A seguir, a Tabela 5 apresenta para cada questão avaliativa fechada (Q) as avaliações dos respondentes (R1 a R8), as performances médias nas questões ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) e as amplitudes entre avaliações dos respondentes ( $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$ ,  $A_Q^c$ ), assim como as performances médias nas subdimensões ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ ). As células sem hachuras representam performances satisfatórias (maiores que 7), as hachuradas em tom claro performances regulares (entre 5,1 e 6,9), e as hachuradas em tom escuro, performances não satisfatórias (menores que 5).

A performance média no conjunto de questões que representam a subdimensão Assunção de Princípios (CV1) se apresentou satisfatória para técnicos ( $M_{SD}^t=7,6$ ) e regular para gestores e conselheiros ( $M_{SD}^g=6,4$  e  $M_{SD}^c=5,5$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) da subdimensão CV1 investiga a incorporação pelos servidores de VISA dos princípios da administração pública (Q50) e dos princípios e diretrizes do SUS (Q51), considerada não satisfatória apenas na Q51, pelo grupo de conselheiros. Em relação à subdimensão CV1, é importante destacar que é esperado que técnicos se apresentem mais otimistas, por se tratar de uma auto-avaliação, e que existam maiores variações entre as avaliações dos respondentes, conforme observado, devido aos seus diferentes entendimentos em relação aos princípios, sendo importante aprofundar a discussão quanto ao seu significado e sua incorporação nas ações de VISA.

Tabela 5. Avaliações e performances na dimensão manutenção da Cultura e Valores

SD	Q	Técnicos de VISA							Gestores					Conselheiros					
		R1	R2	R3	R4	$M_Q^{t(1)}$	$A_Q^{t(2)}$	$M_{SD}^{t(3)}$	R5	R6	$M_Q^{g(1)}$	$A_Q^{g(2)}$	$M_{SD}^{g(3)}$	R7	R8	$M_Q^{c(1)}$	$A_Q^{c(2)}$	$M_{SD}^{c(3)}$	
manutenção da Cultura e Valores (CV)	CV1	50	10	9,5	9,5	6,6	8,9	3,4	7,6	8,7	4,3	6,5	4,4	6,4	9,2	5,1	7,2	4,1	5,5
		51	10	6,6	6,6	1,6	6,2	8,4		8,6	3,8	6,2	4,8		0,5	7,1	3,8	6,6	
	CV2	52	0,0	0,0	0,7	0,0	0,2	0,7	5,5	0,3	0,3	0,3	0,0	6,0	6,2	2,7	4,5	3,5	6,3
		53	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	0,0		7,6	7,6	7,6	0,0		7,6	7,6	7,6	0,0	
		54	10	10	10	10	10	0,0		10	10	10	0,0		10	10	10	0,0	
		55	3,4	6,6	6,7	8,1	6,2	4,7		9,5	8,5	9,0	1,0		9,2	3,0	6,1	6,2	
		56	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0,0		3,3	3,3	3,3	0,0		3,3	3,3	3,3	0,0	
		57	0,7	3,7	1,2	0,0	1,4	3,7		3,1	6,4	4,8	3,3		4,8	9,3	5,8	7,6	
	58	3,4	2,8	0,5	0,0	1,7	3,4	3,1	6,4	4,8	3,3	4,8	9,1	6,2	7,7	2,9			

(1)  $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ : Média aritmética das avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (2)  $A_Q^t$ ,  $A_Q^g$  e  $A_Q^c$ : Amplitudes entre avaliações dos respondentes, por questão avaliativa; (3)  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ : Média aritmética das performances nas questões avaliativas, por subdimensão.

A subdimensão Valorização e o Aperfeiçoamento Profissional (CV2) apresentou uma performance média regular para os três grupos avaliativos ( $M_{SD}=5,5$ ; 6,0 e 6,3), em relação ao conjunto de questões que a representam. A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) da subdimensão CV2, em relação ao vínculo institucional, apontou uma performance não satisfatória em relação à inexistência de um plano de carreira para servidores de VISA (Q52), que contrasta com uma performance institucional satisfatória em

relação à remuneração de vigilantes de nível superior ( $M_{Q^{t}}=M_{Q^{g}}=M_{Q^{c}}=7,6$ )<sup>123</sup> e médio ( $M_{Q^{t}}=M_{Q^{g}}=M_{Q^{c}}=10$ )<sup>124</sup>. Merece destaque as avaliações das questões Q53 e Q54 em termos de sua influência na motivação e postura ética dos servidores, fatores determinantes na conformação da manutenção da Cultura e Valores da VISA, e objeto de críticas fundamentadas em um passado não distante, estando assim diretamente relacionadas àquelas às avaliações satisfatórias evidenciadas na questão Q50, da subdimensão CV1. A investigação de questões relacionadas ao aperfeiçoamento profissional, indicou para gestores uma performance satisfatória em relação ao incentivo e o planejamento institucional de capacitações para servidores (Q55), entendimento que não se materializou no número médio de horas de capacitação por servidor<sup>125</sup> (Q56), com performance institucional não satisfatória.

A performance média nas questões que representam a subdimensão Produção do Conhecimento (CV3) se apresentou satisfatória ( $M_{SD}=7,6$ ) para conselheiros e não satisfatória para técnicos e gestores ( $M_{SD}=1,5$  e  $4,8$ ). A análise dos desempenhos nas questões avaliativas ( $M_{Q^{t}}$ ,  $M_{Q^{g}}$  e  $M_{Q^{c}}$ ) da subdimensão CV3 mostrou que a performance não satisfatória está relacionada ao pouco incentivo à produção de estudos e pesquisas em relação às ações desenvolvidas (Q57) e de trabalhos científicos (Q58), apesar da avaliação satisfatória dos conselheiros, que se apresenta naturalmente como um olhar mais distante.

A análise das amplitudes entre as avaliações das questões ( $A_{Q^{t}}$ ,  $A_{Q^{g}}$ ,  $A_{Q^{c}}$ ) na dimensão CV demonstrou adequado grau de consenso nos três grupos avaliativos em termos dos desempenhos médios nas questões ( $M_{Q^{t}}$ ,  $M_{Q^{g}}$  e  $M_{Q^{c}}$ ).

De um modo geral, percebe-se que as performances nas questões avaliativas fechadas se apresentaram mais compatíveis com a realidade identificada no município A, mesmo que a avaliação institucional vigente tenha apontado um

---

<sup>123</sup> A avaliação corresponde a um décimo do percentual que a remuneração básica dos vigilantes sanitários de nível superior (R\$ 99,95/hora) representa da remuneração básica de um médico da Estratégia da Saúde da Família (R\$131,18/hora), programa prioritário do governo federal.

<sup>124</sup> A avaliação corresponde a um décimo do percentual que a remuneração básica dos vigilantes sanitários de nível médio (R\$ 48,49/hora) representa da remuneração básica de um auxiliar de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família (R\$36,70/hora).

<sup>125</sup> O número médio de Horas Capacitação dos vigilantes sanitários (13,2h) foi avaliado em relação a um mínimo de 40h de capacitação anuais por servidor (avaliação igual a 10).

desempenho adequado, o que reforça a fragilidade desta forma de avaliação em representar o desempenho da VISA.

#### 4.2.2 MEDIDAS DE PERFORMANCE GERENCIAL: SUBDIMENSÕES E DIMENSÕES

O uso do método de avaliação da VISA propicia a integração entre a informação operacional e gerencial, permitindo a visualização do conjunto de questões avaliativas em termos de um desempenho em subdimensões e dimensões, que compõem sua performance. Assim, enquanto a avaliação das questões fechadas apresentada na seção 4.2.1 identificou desempenhos satisfatórios e não satisfatórios, a avaliação apresentada nesta seção se ocupa de quais subdimensões e dimensões priorizar de modo a influenciar a performance da VISA.

Similarmente, às performances médias nas questões ( $M_Q^t$ ,  $M_Q^g$  e  $M_Q^c$ ) e subdimensões ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$ ), por grupo avaliativo, a performance nas Subdimensões ( $M_{SD}$ ), Dimensões ( $M_D$ ) e Global ( $M_{Global}$ ) envolveu o uso de uma composição compensatória, diferenciando-se porém, na forma de construção da média. As performances médias  $M_{SD}$ ,  $M_D$  e  $M_{Global}$  foram calculadas pela média geométrica, que por definição penaliza quando valores individuais diferem entre si, privilegiando assim a homogeneidade entre as mesmas. Desta forma, os valores de  $M_{SD}$ ,  $M_D$  e  $M_{Global}$  expressam uma construção compensatória gerada pela média geométrica das performances nas  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$ ,  $M_{SD}^c$  que as compõem<sup>126</sup>.

A Tabela 6 consolida as performances médias nas Subdimensões ( $M_{SD}$ ), Dimensões ( $M_D$ ) e Global ( $M_{Global}$ )<sup>127</sup> e exhibe as performances médias nas subdimensões por grupo avaliativo ( $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$  e  $M_{SD}^c$ ) já apresentadas na Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4 e Tabela 5. As células sem hachuras representam performances satisfatórias (maiores que 7), as hachuradas em tom claro performances regulares

<sup>126</sup> Diferentemente da compensação gerada pela média aritmética, a compensação derivada da média geométrica privilegia que a performance seja homogênea. Vale lembrar que no caso da média geométrica ser composta por algum valor igual a zero, situação não esperada na prática, esta não representará uma compensação por resultar em média igual a zero.

<sup>127</sup> Exemplificando para: a subdimensão Integração (A1),  $M_{SD} = \sqrt[3]{(4,8 * 6,2 * 5,9)} = 5,6$ ; para a dimensão Adaptação (A),  $M_D = 5,1 = \sqrt[9]{4,8 * 6,2 * 5,9 * 5,0 * 5,4 * 5,2 * 4,4 * 5,0 * 4,6}$ .

(entre 5,1 e 6,9), e as hachuradas em tom escuro, performances não satisfatórias (menores que 5).

Tabela 6. Performances nas Subdimensões e Dimensões

Dimensões (D) e Subdimensões (SD)		$M_{SD}^t$	$M_{SD}^g$	$M_{SD}^c$	$M_{SD}^{(1)}$	$M_D^{(2)}$	$M_{Global}^{(3)}$
A	A1- Integração	4,8	6,2	5,9	5,6	5,1	5,4
	A2- Inovação	5,0	5,4	5,2	5,2		
	A3- Obtenção de Recursos	4,4	5,0	4,6	4,7		
M	M1- Percepção Atores	5,0	6,1	4,1	5,0	5,6	
	M2- Acúmulo Social em VISA	4,8	6,2	3,5	4,7		
	M3- Segurança em VISA	7,0	7,8	7,4	7,4		
P	P1- Coordenação	4,2	6,3	4,0	4,7	5,6	
	P2- Promoção em VISA	5,5	5,9	5,3	5,6		
	P3- Prevenção em VISA	6,6	7,8	6,4	6,9		
CV	CV1- Assunção de Princípios	7,6	6,4	5,5	6,4	5,2	
	CV2- Valoriz. e Aperf. Profissional	5,5	6,0	6,3	5,9		
	CV3- Produção do Conhecimento	1,5	4,8	7,6	3,8		

(1)  $M_{SD}$ : Médias Geométricas entre as três  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$  e  $M_{SD}^c$ , para cada Subdimensão;  
 (2)  $M_D$ : Médias Geométricas entre as nove  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$  e  $M_{SD}^c$  que compõem cada Dimensão; e (3) Média Geométrica Global de todos  $M_{SD}^t$ ,  $M_{SD}^g$  e  $M_{SD}^c$ .

A análise da Tabela 6 expõe dois paradoxos de processos avaliativos. O primeiro se refere à multiplicidade de fatores que envolvem o juízo de valor a ser conduzido na avaliação de performance, a exemplo do que ocorre em relação à dimensão Alcance de Metas (M), onde as subdimensões Percepção Atores (M1) e Acúmulo Social em VISA (M2) apresentam performances não satisfatórias ( $M_{SD}=5,0$  e  $M_{SD}=4,7$ ), enquanto a subdimensão Segurança em VISA (M3) apresenta performance satisfatória ( $M_{SD}=7,4$ ). Essa constatação reforça a necessidade de ampliação da visão estreita utilizada nos instrumentos normativos vigentes (TAM e PAP-VS), focada na produção de inspeções, quanto ao que sejam metas de VISA, com a incorporação de novas dimensões mais alinhadas com as diretrizes estabelecidas para o sistema de VISA, pelo PD VISA.

O segundo se refere à possibilidade de atores diferentes realizarem avaliações distintas em relação aos mesmos itens avaliados, como no caso da performance regular ( $M_{SD}^g=6,3$ ) de gestores para a subdimensão P1, em contraste com as performances não satisfatórias de técnicos ( $M_{SD}^t=4,2$ ) e conselheiros e ( $M_{SD}^c=4,0$ ). Essa constatação fortalece a necessidade de investigar diferentes grupos avaliativos, o que amplia o desafio do processo avaliativo e inspira a avaliação de performance da VISA, a seguir apresentada.

A seguir as quatro dimensões presentes no MMD VISA são analisadas, seguindo a mesma ordem do Instrumento de Coleta.

Na dimensão Adaptação (A), a avaliação do Município A indicou uma performance regular ( $M_D=5,1$ ) em relação à capacidade da VISA se integrar, auto-modificar e assegurar recursos para a realização das ações. Essa avaliação foi influenciada por uma performance: (i) regular em relação à sua habilidade de Integração (A1,  $M_{SD}=5,6$ ), motivada por dificuldades na integração das ações de VISA com o planejamento, avaliação, outras vigilâncias, conselho e demais ações de atenção à saúde do município; (ii) regular em relação à sua capacidade de Inovação (A2,  $M_{SD}=5,2$ ), derivada de dificuldades em incorporar demandas sociais e do SUS na abordagem da VISA; e (iii) não satisfatória na Obtenção de Recursos (A3,  $M_{SD}=4,7$ ), devido a problemas em relação à autonomia do gestor de VISA para executar os recursos disponíveis, à prioridade atribuída às ações de VISA em relação ao conjunto das ações de atenção à saúde e a baixa execução de recursos financeiros.

A avaliação da dimensão Alcance de Metas (M) no Município A indicou uma performance regular ( $M_D=5,6$ ) em relação à capacidade da VISA atender seus objetivos fundamentais (resultados finais ou *outcomes*). Essa avaliação é consequência de uma performance: (i) não satisfatória em relação à Percepção Atores (M1,  $M_{SD}=5,0$ ), motivada pelo pouco reconhecimento das ações de VISA frente à população e instâncias de participação; (ii) regular em relação ao Acúmulo Social em VISA (M2,  $M_{SD}=4,7$ ), derivada de dificuldades em relação à oferta universal e equânime de ações de VISA e destas incrementarem o conhecimento, consciência e habilidade da população na tomada de decisão frente a riscos objeto de VISA e potencializarem a participação da comunidade; e (iii) satisfatória em relação à Segurança em VISA (M3,  $M_{SD}=7,4$ ).

As performances nas subdimensões de M refletem a necessidade de ampliar o entendimento historicamente estabelecido, presente no inconsciente coletivo de vigilantes sanitários e assumido nos instrumentos normativos de avaliação vigentes (TAM e PAP-VS), que relacionam um menor risco à condução de ações preventivas de inspeções. Este não é o único resultado esperado para os processos de ação de VISA, devendo-se somar a ele iniciativas capazes de incrementar a consciência, conhecimento, habilidades e tomada de decisão da

população, além de conferir-lhe maior visibilidade frente aos demais atores, melhorando assim a percepção quanto à adequação e eficiência das ações de VISA.

A avaliação do Município A na dimensão Processos de Trabalho (P) indicou uma performance regular ( $M_D=5,6$ ) em relação à dimensão que envolve a qualidade das ações de VISA e caracteriza seu núcleo técnico. Essa avaliação derivou de uma performance: (i) não satisfatória em relação à função de Coordenação (P1,  $M_{SD}=4,7$ ), motivada por dificuldades em relação às instalações, equipamentos e recursos disponibilizados, ao processo de elaboração do Plano de Ação em VISA, ao monitoramento e avaliação das ações, à fidedignidade do cadastro de estabelecimentos, ao sistema de informações utilizado, ao apoio laboratorial, e ao apoio de instituições de ensino na melhora das práticas; (ii) regular em relação a ações de Promoção em VISA (P2,  $M_{SD}=5,6$ ), derivada de dificuldades nos mecanismos de comunicação de riscos utilizados e da baixa oferta de eventos de comunicação para profissionais e Conselheiros de saúde; e (iii) regular em relação à Prevenção em VISA (P3,  $M_{SD}=6,9$ ), devido à dificuldades no acesso a conhecimentos científicos e na compatibilidade entre as ações desenvolvidas e a formação e capacitação dos servidores de VISA.

Em relação às performances nas subdimensões de P, é importante destacar a necessidade de associar o desenvolvimento de ações de Coordenação (P1) ao movimento de modificação da abordagem das ações de VISA já iniciado pelos gestores, conforme caracterizado na primeira questão avaliativa aberta. Além disto, que o desempenho muito próximo a satisfatório na subdimensão Prevenção em VISA (P3) reforça a importância da manutenção e investimento em um corpo técnico qualificado em quantidade adequada, estando intimamente ligado ao desempenho satisfatório na dimensão Segurança em VISA (M3).

A avaliação dimensão manutenção da Cultura e Valores (CV) no Município A indicou uma performance regular ( $M_D=5,2$ ) em relação a esta dimensão que influencia a implementação das demais dimensões e atribui sentido e coesão entre atores do sistema sócio-técnico da VISA. Essa avaliação é consequência de uma performance: (i) regular em relação à Assunção de princípios (CV1,  $M_{SD}=6,4$ ), motivada pela necessidade de aprofundar a incorporação de princípios e diretrizes previstos para a VISA; e (ii) regular em relação à Valorização e Aperfeiçoamento Profissional (CV2,  $M_{SD}=5,9$ ), derivada da inexistência de um plano de carreira para

servidores de VISA e do baixo número médio de horas de capacitação por servidor; e (iii) não satisfatória em relação à Produção do Conhecimento (CV3,  $M_{SD}=3,8$ ), devido ao pouco incentivo à produção de estudos e pesquisas em relação às ações desenvolvidas e de trabalhos científicos.

A importância de uma performance satisfatória na dimensão CV, em especial nas subdimensões CV1 e CV3, está relacionada à necessidade de re-significar as ações e as competências do corpo técnico da VISA, de modo a instrumentalizar a melhora na performance das demais dimensões.

Outra forma de visualizar as performances nas subdimensões ( $M_{SD}$ ) é a utilização de um gráfico radar. A Figura 35 apresenta para as doze subdimensões os valores de  $M_{SD}$ , já apresentados na Tabela 6, onde o círculo tracejado interno representa o limite das performances não satisfatórias (igual ou inferior a 5) e o círculo tracejado externo o limite das performances satisfatórias (igual ou superiores a 7), pontos de inflexão da escala utilizada para avaliar o desempenho.

Um primeiro aspecto a destacar na Figura 35 se refere ao grau de concordância entre grupos em relação a performances satisfatórias e não satisfatórias. Em relação à performance satisfatória, houve concordância dos três grupos avaliativos em relação à subdimensão Segurança em VISA (M3). Enquanto em relação à performance não satisfatória houve concordância dos três grupos avaliativos em relação à subdimensão Obtenção de Recursos (A3), e similarmente, com a concordância de pelo menos dois grupos avaliativos quanto à performance não satisfatória nas dimensões Percepção dos Atores (M1), Acúmulo Social em VISA (M2), Coordenação (P1) e Produção do Conhecimento (CV3).

Um segundo aspecto é uma tendência ao uso diferenciado da escala, por parte dos três grupos avaliativos, que pode ser verificado em relação ao grupo gestores, que assume uma postura mais otimista em relação à maioria das subdimensões, demonstrando uma inclinação destes em perceber de modo mais positivo a performance da VISA.

Um terceiro aspecto refere-se às performances relativas entre as subdimensões de uma mesma dimensão, o que indica uma priorização na implantação de algumas em detrimento de outras. Este comportamento pode ser verificado em relação à dimensão A, sendo consenso, nos três grupos avaliativos,

que a performance na subdimensão A3 é inferior àquela na subdimensão A2, que é inferior àquela na subdimensão A1, o que também pode ser verificado em relação às dimensões P e M, não obstante alguns pontos desarmônicos.

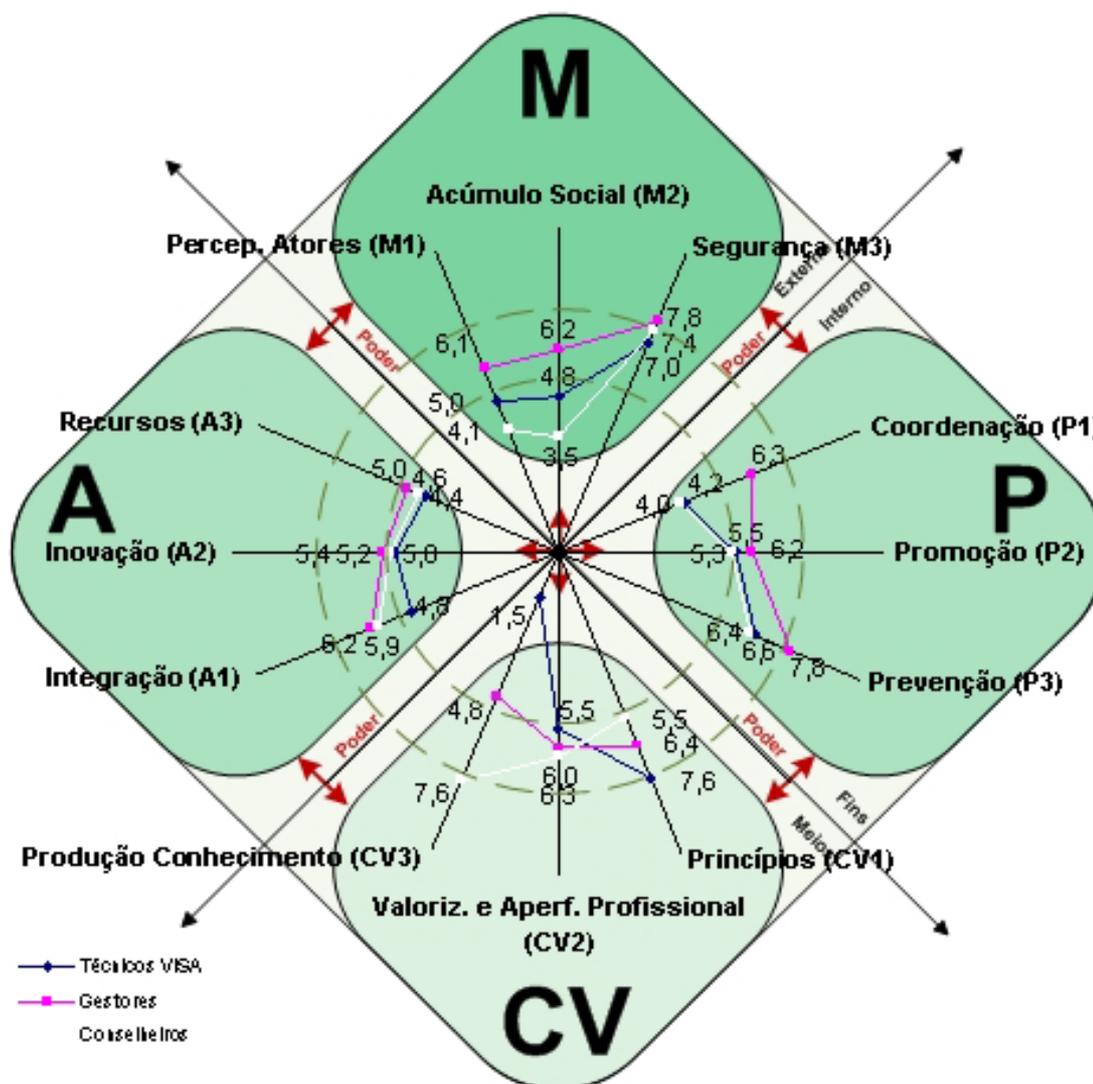


Figura 35. Avaliações das Subdimensões por grupo de investigação

Essa similaridade não se verificou na Dimensão manutenção da Cultura e Valores (CV) em relação ao grupo de conselheiros, que assumiu uma postura inversa a dos grupos de gestores e técnicos. Essa postura pode indicar que o grupo de conselheiros possui opinião diferente dos demais grupos, especialmente em relação às subdimensões Princípios (CV1) e Produção do Conhecimento em VISA (CV3), ou se constituir em um viés, derivado de uma menor apropriação em relação às temáticas questionadas nestas subdimensões pelos conselheiros.

De um modo geral, a avaliação da implantação da VISA no município A indicou uma performance Global regular ( $M_{Global}=5,4$ ), conformada a partir de performances regulares nas quatro dimensões presentes no MMD VISA ( $M_D^{Adaptação}=5,1$ ;  $M_D^{Metas}=5,6$ ;  $M_D^{Processos\ de\ Trabalho}=5,6$  e  $M_D^{manutenção\ da\ Cultura\ e\ Valores}=5,2$ ).

A performance regular nas quatro dimensões demanda a consideração de um critério adicional para a priorização de uma única dimensão, para iniciar o estudo da dinâmica entre as dimensões do MMD VISA. A partir da análise das performances nas subdimensões ( $M_{SD}$ ) das quatro dimensões, apresentadas Tabela 6 e na Figura 35, a dimensão Alcance de Metas (M) foi escolhida por se caracterizar como àquela com maiores dificuldades, por apresentar performance não satisfatória em duas de suas subdimensões (M1 com  $M_{SD}=5,0$  e M2 com  $M_{SD}=4,7$ ), apesar do desempenho satisfatório na subdimensão Segurança em VISA (M3 com  $M_{SD}=7,4$ ).

#### 4.2.3 PERSPECTIVA ESTRATÉGICA: DINÂMICA ENTRE DIMENSÕES

O uso de modelos teóricos em processos avaliativos apresenta um importante diferencial em relação à sua capacidade de descrever e explicar o mecanismo de funcionamento de programas ou sistemas. Essa capacidade auxilia na transposição da identificação de fatores, dimensões ou eixos com performance satisfatória ou não satisfatória. Essa identificação descolada de um modelo explicativo dificulta a priorização de medidas que visem alterar a situação identificada, podendo ter como consequência a utilização parcial ou a não utilização do grande volume de informações produzidas no processo avaliativo.

De modo a lidar com essa dificuldade, esta seção aproveita a capacidade explicativa do MMD VISA, explicitando seu mecanismo de funcionamento. A possibilidade de explorar características específicas que representam o valor relativo da VISA, a partir do alinhamento entre dimensões, permite estabelecer uma seqüência propositiva de ações, que podem auxiliar a aprofundar a implantação das ações de VISA no município A.

É mais fácil compreender essa possibilidade a partir do estudo da VISA no município A. Por onde começar? Como alcançar as metas de VISA propostas no MMD VISA? Frente ao desafio, apresentado no caso real, é importante que o

processo avaliativo ultrapasse a proposta de descrever, analisar e interpretar o presente, se ocupando também com as possibilidades de intervenção.

A análise da dinâmica entre dimensões foi iniciada pela dimensão Alcance de Metas (M), e, além disto, enfatizou as cinco subdimensões que apresentaram performance não satisfatória (A3, M1, M2, P1 e CV3).

Tomando como base o MMD VISA, que apóia o método de avaliação proposto, a análise da dinâmica entre as dimensões permite uma visão estratégica do funcionamento da VISA, apoiando a programação de ações futuras pelos tomadores de decisão, com o intuito de alterar positivamente o desempenho não desejado, na busca de um equilíbrio novo e mais adequado, e de uma re-organização positiva capaz de incrementar a performance da VISA.

A avaliação da dinâmica entre dimensões, a seguir apresentada, corresponde àquela proposta no Capítulo 3 que utiliza o nexos causal entre dimensões meio-fins e interno-externas, avaliação esta que poderia ser aprofundada em relação aos demais seis alinhamentos entre dimensões do MMD VISA.

A avaliação da dinâmica de funcionamento da VISA no Município A tem início pela dimensão Alcance de Metas (M), que se apresentou não satisfatória em relação às subdimensões: Percepção Atores (M1,  $M_{SD}=5,0$ ), devido ao baixo reconhecimento da população e das instâncias de participação quanto às ações de VISA; e também em relação ao Acúmulo Social em VISA (M2,  $M_{SD}=4,7$ ), em função de dificuldades na oferta universal e equânime das ações de VISA, em relação sua baixa capacidade delas potencializarem a participação da comunidade e incrementarem o conhecimento, consciência e habilidade da população na tomada de decisão frente aos riscos objetos de VISA.

A dimensão M, enquanto dimensão externa, expressa uma carência na relação da VISA com o ambiente onde desenvolve suas ações, enquanto dimensão fim, representa uma consequência que pode ter causas externas ou internas. A partir da identificação de uma maior dificuldade em M é possível conduzir uma análise unidirecional do relacionamento entre dimensões meio-fim e a proposição de ações em relação às suas causas internas e externas. A Figura 36 apresenta graficamente os vínculos entre a dimensão M e as dimensões Adaptação (A) e manutenção da Cultura e Valores (CV), respectivamente, suas causas externa e interna, além das



subdimensão Obtenção de Recursos (A3,  $M_{SD}=4,7$ ) com performance não satisfatória, conforme apresentado na seção 4.2.1.

Assim, uma primeira ação para uma alteração positiva no alinhamento entre as dimensões M e A seria a adoção de medidas que impactem nas questões avaliativas com performance não satisfatória na subdimensão A3, em termos de uma maior autonomia da VISA na definição e execução dos recursos disponíveis e de uma maior priorização das ações de VISA, em relação ao conjunto das ações de atenção à saúde. Enquanto dimensão externa, correções em A3 envolvem, necessariamente, uma interação entre atores internos e externos com a produção de tensão, em um jogo de poder e disputa pelo campo, no sentido atribuído por Bourdieu (1992): lócus de significados, relações de força, conflitos e de mudança permanente, cujas fronteiras dinâmicas fazem parte do conflito de interesses presentes no campo. Neste sentido, alterações da performance na dimensão A3, com o incremento na autonomia da VISA, envolveriam uma maior articulação e mobilização do corpo técnico e gestor de VISA, com a reversão das dificuldades internas de relacionamento identificadas na coleta de dados, envolvendo um processo de mudança organizacional.

Em relação à sua causa interna, a falta de performance em M é motivada pela dificuldade de harmonização entre as finalidades da VISA e o sistema de referencia de valores incorporado pelos vigilantes sanitários ao realizar as ações. A deficiência em M propicia questionar se a cultura e os valores incorporados pelos servidores estão harmonizados com as metas propostas à VISA. Neste sentido, a análise das subdimensões de CV, aponta para a necessidade de priorizar a subdimensão Produção de Conhecimento (CV3,  $M_{SD}=3,8$ ), com performance não satisfatória, conforme apresentado na seção 4.2.1.

Assim, uma segunda ação para alterar positivamente o alinhamento entre as dimensões M e CV seria a adoção de medidas que impactem nas questões avaliativas com performance não satisfatória na subdimensão CV3, em termos do incentivo à realização de estudos e pesquisas sobre as práticas desenvolvidas e da produção de trabalhos científicos, buscando desenvolver uma cultura de reflexão junto ao corpo técnico, capaz de produzir uma re-significação das ações desenvolvidas em relação às metas estabelecidas. Enquanto dimensão interna, correções nestas dificuldades se apresentam como de maior domínio pela VISA,

envolvendo uma aproximação entre a cultura e os valores da VISA com os do SUS. Essa aproximação envolve a produção de tensão interna à VISA e a mobilização de esforços para a correção dos Processos de Trabalho (P), na busca de um novo alinhamento entre P e M, conforme apresentado na Figura 36.

A adoção de medidas em relação às causas externas (A) e internas (CV) configuram-se meios indispensáveis a uma performance satisfatória em relação à dimensão Alcance de Metas (M), porém seu alcance não dispensa a condução de Processos de trabalho (P), dimensão fim. A deficiência em M admite questionar a adequação entre as práticas de VISA e as metas estabelecidas. Neste contexto, a análise das subdimensões de P, aponta para a necessidade de priorizar a subdimensão com performance não satisfatória: Coordenação (P1,  $M_{SD}=4,7$ ), conforme apresentado na seção 4.2.1.

Assim, uma terceira ação para alterar positivamente o alinhamento entre as dimensões M e P se relaciona a melhorias nas questões não satisfatórias da subdimensão P1: instalações, equipamentos e recursos disponibilizados; processo de elaboração do Plano de Ação em VISA; monitoramento e avaliação das ações; fidedignidade do cadastro de estabelecimentos; sistema de informações; apoio laboratorial; e utilização de apoio de instituições de ensino na melhora das práticas. Como dimensão interna, correções nestas dificuldades se apresentam com maior domínio da VISA envolvendo porém uma interação entre atores internos e externos, na definição de processos de trabalho harmonizados com as metas demandadas, seja pela ação pró-ativa e mobilização dos atores internos ou pela pressão de atores externos na busca do alcance das Metas de VISA.

De um modo geral, a avaliação da dinâmica entre dimensões auxiliou na projeção e priorização de medidas que auxiliam a alterar positivamente os desempenhos na performance da VISA. A avaliação da dinâmica, baseada na relação entre dimensões meio-fim, indicou que o Alcance de Metas (M) no Município A depende de melhorias, em especial, nas subdimensões A3, P1 e CV3, de modo a melhorar a performance nas subdimensões M1 e M2. Assim, a avaliação da dinâmica entre dimensões contribui para o entendimento do funcionamento da VISA, ao apontar por onde começar a melhora na sua performance e como alcançar suas metas.

A aplicação do método no município A permitiu explorar as diretrizes e subdiretrizes do PD VISA na situação real, ampliando o potencial explicativo do processo avaliativo. Ao mesmo tempo sua aplicação expôs sua adequação à realidade, ao permitir investigar a experiência prática dos respondentes, que ignoravam o MMD VISA, e, ao mesmo tempo, expor os mecanismos de funcionamento das ações de VISA, com uma cumplicidade desconhecida por eles.

É importante destacar que a adoção de medidas de melhoria e a produção de tensão entre atores pressupõem o conhecimento quanto ao desempenho das ações de VISA. Neste sentido, o atendimento da demanda institucional em relação às ações de VISA, considerado adequado com base no instrumento normativo vigente, tende a produzir uma acomodação entre atores envolvidos, não sendo esperada a adoção de medidas capazes de alterar este estado de equilíbrio.

As conclusões obtidas pela aplicação do método de avaliação da VISA podem contribuir ao identificar dificuldades permitindo a adoção de uma postura pró-ativa pelos atores internos e, além disto, que atores externos, em especial conselheiros no exercício de suas atribuições, conheçam as dificuldades enfrentadas pela VISA e possam exercer tensão externa capaz de aperfeiçoar a implantação das ações de VISA no município A.

## Capítulo 5

Organizações, principalmente as de grande porte, terão de basear-se em informações, que são dados dotados de relevância e propósito obtidos por especialistas do conhecimento (DRUCKER, 1997).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese apresentou uma revisão sobre Vigilância Sanitária (VISA) e sobre Avaliação. A VISA foi revisada em relação às finalidades, atores, estrutura, processos de ação e contexto, componentes de um sistema organizado de ação social, consistentemente com a opção de investigar a VISA sobre a perspectiva organizacional. A revisão sobre o processo avaliativo explorou possíveis objetos de avaliação, as questões e objetivos avaliativos e as abordagens, métodos e finalidades identificados na literatura, tópicos que se configuram em etapas do método proposto.

A tese teve como objetivo propor um método para a avaliação do desempenho da Vigilância Sanitária. O método proposto tem como principais características:

- avaliar a implantação da VISA sob a perspectiva organizacional, com um propósito formativo, no intuito de identificar melhorias;
- incorporar ao processo avaliativo as diretrizes e subdiretrizes propostas pelo Plano Diretor de VISA para o Sistema Nacional de VISA;

- basear-se em um modelo sociológico inter-relacionado e multidimensional, que expõe a complexidade envolvida na avaliação do desempenho da VISA;
- investigar medidas de desempenho e sua dinâmica, propiciando a proposição de ações que auxiliem a aprofundar a implantação das ações de VISA;
- incorporar e explicitar ações de promoção ao processo avaliativo da VISA;
- caracterizar metas de VISA, distinguindo-as de seus processos de trabalho;
- propor a avaliação da Segurança em Cadeias de Risco como forma de operacionalizar a avaliação de risco em VISA;
- produzir e integrar informações sobre a VISA em nível operacional, gerencial e estratégica, a partir da análise de questões avaliativas, subdimensões e dimensões que compõem seu desempenho;
- caracterizar qualitativamente as relações entre dimensões, a partir de um modelo explicativo que permite a proposição de ações de melhoria, em uma perspectiva estratégica;
- permitir investigar e incorporar as posições de diferentes grupos avaliativos.

Em relação ao primeiro objetivo específico, foi proposto um modelo multidimensional teoricamente embasado para a avaliação da VISA. O MMD VISA toma como objeto de avaliação do desempenho da VISA sob a perspectiva organizacional, considerando que a avaliação das organizações que compõem o Sistema Nacional de VISA é multidimensional, envolvendo a determinação da performance de quatro dimensões (Adaptação, Alcance de Metas, Processos de Trabalho e manutenção da Cultura e Valores), cada uma delas representadas por três subdimensões.

Em relação ao segundo objetivo específico, foi desenvolvido um Instrumento de Coleta que apóia o processo de avaliação da VISA. O instrumento é composto por um conjunto de cinquenta e oito (58) questões avaliativas e incorpora as diretrizes e subdiretrizes propostas pelo Plano Diretor de VISA para o Sistema Nacional de VISA. Neste sentido, sua importância no método proposto se relaciona ao fato dele permitir a observação na situação concreta da estrutura simbólica preconizada pelo PD VISA. O instrumento funciona como elo operacionalizador do

processo avaliativo da VISA, atribuindo-lhe objetividade, estruturando a coleta de dados e apoiando sua análise.

Em relação ao terceiro objetivo específico, foi caracterizado o desempenho da VISA no município A, avaliando sua implantação a partir da perspectiva de técnicos de VISA, gestores e de conselheiros de saúde. A aplicação do método possibilitou ilustrar seu uso a partir de um Estudo de Caso único, junto a um dos dez mais populosos municípios do Estado do Rio Grande do Sul que desenvolve um conjunto representativo de ações de VISA.

A avaliação da implantação indicou que a VISA no município A apresentou um desempenho Global regular ( $M_{Global}=5,4$ ), conformado a partir de desempenhos também regulares nas quatro dimensões que compõem o MMD VISA ( $M_D^{Adaptação}=5,1$ ;  $M_D^{Metas}=5,6$ ;  $M_D^{Processos\ de\ Trabalho}=5,6$  e  $M_D^{manutenção\ da\ Cultura\ e\ Valores}=5,2$ ).

Em relação ao desempenho nas subdimensões, destaca-se, positivamente, o desempenho satisfatório na subdimensão Segurança em VISA ( $M3$ ,  $M_{SD}=7,4$ ), devido à capacidade de investigar denúncias, eventos adversos e queixas técnicas e de identificar, gerenciar e comunicar riscos. Apesar do desempenho regular, pode-se destacar positivamente o desempenho do município A na subdimensão Prevenção em VISA ( $P3$ ,  $M_{SD}=6,9$ ), em especial devido a compatibilidade entre as ações e a formação e capacitação dos servidores de VISA, a pouca dependência técnica para a condução das ações assumidas, ao percentual global de inspeções e ao percentual de ações assumidas em relação ao universo existente no território do município. Além desta, também se pode destacar positivamente desempenho do município na subdimensão Assunção de Princípios ( $CV1$ ,  $M_{SD}=6,4$ ), em função do grau de incorporação dos princípios da administração pública e do SUS pelos servidores de VISA.

Destacam-se, como pontos a serem melhorados, os desempenhos não satisfatórios nas subdimensões Obtenção de Recursos ( $A3$ ), Percepção de Atores ( $M1$ ), Acúmulo Social em VISA ( $M2$ ), Coordenação ( $P1$ ) e Produção de Conhecimento ( $CV3$ ), que reduziram as performances médias, resultando na avaliação regular da VISA no município A. A análise das questões avaliativas permitiu identificar um conjunto de ações com desempenho não satisfatório na VISA do município A, a seguir consolidadas, por dimensão e subdimensão:

- Adaptação (A,  $M_D=5,1$ );
  - o Integração (A1,  $M_{SD}=5,6$ ), devido a dificuldades na integração das ações de VISA com o planejamento, avaliação, outras vigilâncias, conselho de saúde e demais ações de atenção à saúde do município;
  - o Inovação (A2,  $M_{SD}=5,2$ ), devido a dificuldades em incorporar demandas sociais e do SUS na abordagem da VISA;
  - o Obtenção de Recursos (A3,  $M_{SD}=4,7$ ), devido à falta de autonomia do gestor de VISA para executar os recursos disponíveis, à prioridade atribuída às ações de VISA em relação ao conjunto das ações de atenção à saúde e a baixa execução de recursos financeiros;
  
- Alcance de Metas (M,  $M_D=5,6$ );
  - o Percepção Atores (M1,  $M_{SD}=5,0$ ), motivada pelo pouco reconhecimento das ações de VISA frente à população e instâncias de participação;
  - o Acúmulo Social em VISA (M2,  $M_{SD}=4,7$ ), motivada por dificuldades em relação à oferta universal e equânime de ações de VISA e dessas incrementarem o conhecimento, consciência e habilidade da população na tomada de decisão frente a riscos objeto de VISA e potencializarem a participação da comunidade;
  - o Segurança em VISA (M3,  $M_{SD}=7,4$ );
  
- Processos de Trabalho (P,  $M_D=5,6$ );
  - o Coordenação (P1,  $M_{SD}=4,7$ ), devido a dificuldades em relação às instalações, equipamentos e recursos disponibilizados, ao processo de elaboração do Plano de Ação em VISA, ao monitoramento e avaliação das ações, à fidedignidade do cadastro de estabelecimentos, ao sistema de informações utilizado, ao apoio laboratorial, e ao apoio de instituições de ensino na melhora das práticas;
  - o Promoção em VISA (P2,  $M_{SD}=5,6$ ), devido a dificuldades nos mecanismos de comunicação de riscos utilizados e à baixa oferta de eventos de comunicação para profissionais e Conselheiros de saúde;

- Prevenção em VISA (P3,  $M_{SD}=6,9$ ), devido a dificuldades no acesso a conhecimentos científicos e à compatibilidade entre as ações desenvolvidas e a formação e capacitação dos servidores de VISA;
- manutenção da Cultura e Valores (CV,  $M_D=5,2$ );
  - Assunção de princípios (CV1,  $M_{SD}=6,4$ ), motivada pela necessidade de aprofundar a incorporação de princípios e diretrizes da VISA;
  - Valorização e Aperfeiçoamento Profissional (CV2,  $M_{SD}=5,9$ ), motivada pela inexistência de um plano de carreira para servidores de VISA e pelo baixo número médio de horas de capacitação por servidor;
  - Produção do Conhecimento (CV3,  $M_{SD}=3,8$ ), motivada pelo pouco incentivo à produção de estudos e pesquisas em relação às ações desenvolvidas e de trabalhos científicos.

O desempenho não satisfatório em relação a essas ações e a performance global regular da VISA no município A, contrasta com a avaliação institucional vigente que indica adequação das ações de VISA, reforçando a fragilidade de instrumentos normativos como o Termo de Ajustes e Metas e Programações Pactuadas em avaliar o desempenho da VISA, instrumentos esses apontados como não adequados nas questões abertas, por alguns respondentes.

Dessa forma, apresentou-se frutífera a busca de uma avaliação alinhada com as diretrizes da VISA, teórica e metodologicamente embasada e dotada de legitimidade social. Espera-se que o método de avaliação proposto contribua para o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de VISA, subsidiando com informação os gestores e colegas vigilantes sanitários e auxiliando a superar as fragilidades presentes na avaliação normativa vigente e aquelas subjetivamente embasadas em discursos de governo.

## **5.1 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Uma sugestão para trabalhos futuros é a aplicação do método a diferentes portes de municípios, explorando seu comportamento em diferentes situações e comparando os resultados obtidos com àqueles apresentados na avaliação normativa vigente ou com outras formas de avaliação propostas na

literatura. O MMD VISA apresenta-se adequado à aplicação aos demais níveis do Sistema Nacional de VISA, desde que consideradas suas especificidades, o que poderia demandar ajustes, em especial no Instrumento de Coleta, podendo se constituir em uma possibilidade para trabalhos futuros.

Outra proposição para trabalhos futuros, relacionada à anterior, é a realização de um Estudo de Caso múltiplo com unidades de análise com características semelhantes, como em diferentes municípios com o mesmo porte ou grau de assunção de ações de VISA, o que possibilitaria a comparar resultados, analisar o comportamento do método e realizar uma generalização analítica.

Uma possibilidade para trabalhos futuros é o aprofundamento do estudo de Segurança em Cadeias de Risco, em relação aos elos de cadeias de produtos e serviços ou em relação a cadeias conformadas a partir de problemas sanitários propostos para o SUS, análises situacionais ou de processos de planejamento em saúde. Outra possibilidade se refere à investigação qualitativa das relações entre as dimensões do MMD VISA, que poderiam ser investigadas quantitativamente com o uso de técnicas inferenciais, a exemplo da modelagem de Equações Estruturais (*Structural Modeling Equations*).

Além disso, poderia ser realizado um estudo transversal, ampliando o período de investigação, o que permitiria acompanhar ao longo do tempo a estabilidade dos resultados obtidos com a aplicação do método. Outra sugestão para trabalhos futuros é aplicação do método ampliando o número de grupos avaliativos e a representatividade intra-grupos avaliativos.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Jeffrey C. *Theoretical Logic in Sociology - The modern reconstruction of classical thought: Talcott Parsons*. Berkeley: UCLA Press, 1983. p. 8-45. v. 4.

ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

ASQ - American Society for Quality Control. *Glossary*. Disponível em: <<http://www.asq.org/glossary/index.html>>. Acesso em: dez. 2006.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Relatório de execução do termo de ajustes e metas - 1º e 2º trimestres 2001*. Brasília: ANVISA, 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_. *RESOLUÇÃO - RDC 200*, de 12 de julho de 2002. Estabelece normas sobre aplicação e controle dos recursos transferidos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, para ações de Vigilância Sanitária de média e alta complexidade. Brasília: ANVISA, 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_. *RESOLUÇÃO - RDC 2473*, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 2004. *Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA, 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 2005. *Categorização das ações de Vigilância Sanitária: Minuta para discussão*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: set. 2006.

\_\_\_\_\_, 2006. *Avaliação do Termo de Ajustes e Metas e Novas perspectivas para o Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: set. 2006.

\_\_\_\_\_, 2007. *Plano diretor de Vigilância Sanitária*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: abr. 2007.

\_\_\_\_\_. *RESOLUÇÃO - RDC 3*, de 28 de janeiro de 2008. Estabelece normas sobre aplicação, controle e acompanhamento dos recursos federais transferidos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios e da execução das ações de Vigilância Sanitária, na forma do componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de financiamento de Vigilância em Saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: mar. 2008.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Atlas IDH 2000. (Software da EMS Consultoria). Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: nov. 2006.

BARBOSA, Luiza de M. M. Glossário de Epidemiologia & Saúde. In: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. c. 23.

BATTESINI, Marcelo. A ordem social e a Agência em Vigilância Sanitária. In: Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, III, 2006. Florianópolis. *Anais*. Rio de Janeiro: REVISÁ, 2006. v. 2. (Suplemento 1, jul.-set.).

BATTESINI, Marcelo; SPERB, Alethea. A Vigilância Contemporânea no Brasil: Contribuições para uma discussão. Boletim de Saúde, Porto Alegre, n. 21, jan-jun, p. 7-22, 2007. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/img2/v21n1Vigi%20Contemp.pdf>>. Acesso em: jun. 2008.

BELONI, Margarete. *Municipalização das ações de Vigilância Sanitária em Marília*. São Paulo: UNESP, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Botucatu. 131p.

BERGERON, Pierre G. *La gestion Moderne: Une vision globale et intégrée*. 3. ed. Montreal: Gaëtan morin éditeur, 1997.

BODSTEIN, Regina Cele de A. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: Rozenfeld Suely. *Fundamentos de Vigilância Sanitária*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc J. D. *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: Univerity of Chicago Press, 1992

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, J.-C.; PASSERON, J.-C. *O ofício de Sociólogo: Metodologia da pesquisa na sociologia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL, 1988. *Constituição*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 1990. *Lei 8080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 1999. *Lei 9.782*, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 2007. *Portaria 1.998*, de 21 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução de ações de Vigilância Sanitária na forma do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: out. 2007.

BRITO, Maria C. M. et. al. *Vigilância Sanitária em transformação no Estado de Goiás*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 25, p. 37-45, nov. 2001.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In.: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CAMERON, Kim S.; WHETTEN, David A. Organizational Effectiveness: One model or Several? In: \_\_\_\_\_. *Organizational Effectiveness: A comparison of multiple models*. Orlando: Academic Press, 1983. c. 1 e 12.

CAMPOS, Vicente Falconi. *TQC – Controle de Qualidade Total no estilo Japonês*. 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Christiano Ottoni, 1995.

CANO, Ignácio. *Introdução à avaliação de programas sociais*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção em Saúde. Ottawa, nov. de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Ottawa.pdf>>. Acesso em: dez. 2005.

CAVALHEIRO, José da R. Desafios da Vigilância Sanitária e a Função Regulatória. In.: *Caderno de Textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA; 2001.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. Atlanta: CDC, 2005.

CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. *Service Social*, Presses de l'Université Laval, v. 41, n.1, p. 143-163, 1992.

CAMPAGNE, François. La capacité de gérer le changement dan les organisations de santé. Montreal: Universidade de Montreal, 2002. Étude n 39.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS A.P., PICOUT-TOUCHÉ, Julie; J.; et al. Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle de Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS). *Relatório Técnico R05-05*, GRIS (Groupe de Recherche interdisciplinaire en santé. Secteur Santé Publique), Faculté de Médecine, Université de Montréal, Avril 2005. Disponível em: <<http://http://www.gris.umontreal.ca>>. Acesso em: out. 2005.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS A. P. Elementos de Arquitetura dos Sistemas de Avaliação do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. In: *Caderno de Textos do 1º Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona da Saúde – COLUFRAS*. Montreal, 2005.

CHEN, H. T. Issues in constructing Program Theory. *New directions for Program Evaluation*, v. 48, p. 7-18, fall 1990.

\_\_\_\_\_. The Roots of Theory-Driven Evaluation. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria geral da Administração*. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. (Edição Compacta).

CNS – Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 367/GM*, de 14 de fevereiro de 2007. Aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

COMTE, A. *Discurso sobre o espírito Coletivo*. Porto Alegre: Globo / USP, 1976.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. v. 6. tomo 2.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, I. *Relatório Final*. Brasília, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. -P. Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*, v. 5, n. 1, p. 42-57, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. -P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. -L.; AVARGUES M. C. L'Évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Reveu d'épidéet de santé publique*, v. 48, p. 517-539, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, Damien, DENIS, Jean-Lois, DUBOIS, Carl-Ardy. Criar organizações para reformar os sistemas de saúde. In: *Caderno de Textos do 1º Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona da Saúde – COLUFRAS*. Montreal, 2005.

COOK, T. D.; COOK, F. L.; MARK, M. M. Modèles expérimentaux et quasi expérimentaux en recherche évaluative: une intruduction. In: LECOMTE, Roland; RUTMAN, Leonard. *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*. Ottawa, Université de Carleton, 1982. p. 105-141. c. 6.

COSTA, Ediná A. Vigilância Sanitária: Defesa e Proteção da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. c. 14. p. 327-352.

COSTA, Ediná A. Conceitos e área de abrangência. In: Rozenfeld Suely. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

\_\_\_\_\_, Ediná A. Políticas da Vigilância Sanitária: Balaços e Perspectivas. In: *Caderno de Textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA; 2001.

\_\_\_\_\_, Ediná A. Vigilância Sanitária, saúde e cidadania. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001a, p. 15-27.

\_\_\_\_\_, Ediná A. Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde. c. 12. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

\_\_\_\_\_, Ediná A. Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde. São Paulo: SOBRAVIME, 2004.

CUNHA, Ita de Cácia Aguiar; SOLLA, Jorge J S. P. Implantação da Vigilância Sanitária em Vitória da Conquista, Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 25, p. 28-36, nov. 2001.

DA SILVA, Jarbas Barbosa Jr. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas, 2004. 318p.

DALLARI, Sueli G. A gestão da Vigilância Sanitária e a Saúde Coletiva. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Livro de Resumos do I SIMBRAVISA, suplemento especial, dez. 2002.

\_\_\_\_\_, Sueli Gandolfi. O Direito Sanitário como Campo Fundamental para a Vigilância Sanitária. In.: MARQUES, Maria C. da C.; CARVALHO, Marisa L.; DA SILVEIRA, Dalma; et al. *Vigilância Sanitária: Teoria e Prática*. São Paulo: RIMA, 2006. p. 15 – 32.

\_\_\_\_\_, Sueli Gandolfi. A Vigilância Sanitária no contexto constitucional e legal brasileiro. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001. p. 41-527.

DENIS, Jean-Louis; CAMPAGNE, François. L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. *La revue canadienne d'évaluation de programme*, Montreal, v. 5, n. 2, p. 47-67, 1990.

DE SETA, Marismary Horsth. Planejamento e Programação como Instrumentos de Gestão. In.: De SETA, M. H.; PEPE, Vera L. E.; De OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. In: *Gestão da Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 167 - 193.

\_\_\_\_\_; Da SILVA, José Agenor A. A gestão da Vigilância Sanitária. In.: *Caderno de Textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA; 2001.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. A gestão da Vigilância Sanitária. p. 195 - 217. In.: De SETA, M. H.; PEPE, Vera L. E.; De OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. *Gestão da Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_; LIMA, Sheyla M. L. Organização e gestão: o que compreender para o trabalho em vigilância sanitária. In.: De SETA, M. H.; PEPE, Vera L. E.; De OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. *Gestão da Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 133 - 152.

DE SOUZA, Luís Eugênio P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia. e HARTZ, Zulmira M. A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia. *Avaliação em Saúde – Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. c. 3.

DINIZ, Elizeu. Planejamento em Vigilância Sanitária. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001. p. 63-75.

DONABEDIAN, A. *The quality of care: How can it be assessed?* JAMA. v. 260, n.12, p. 1743-1748, 1988.

DOTY, D. Harold; GLICK, WILLIAM H.; HUBER, George P. Fit, Equifinality, and Organizational Effectiveness: a test of two configurational theories. *Academy of Management Journal*, v. 36, n. 6, p. 1195-1250, 1993.

DRUCKER, Peter. O surgimento da Nova Organização. In.: *Avanço Rápido: as melhores idéias sobre gerenciamento de mudanças nos negócios*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 3-14.

DURKHEIM, Emile. *As regras do método sociológico*. Capítulos I, II, V e VI. São Paulo: Editora Nacional, 1978.

DVS Santo André - Departamento de Vigilância à Saúde Secretaria Municipal de Saúde de Santo André. Municipalização de ações de vigilância sanitária no município de Santo André, São Paulo: Um processo contínuo. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 25, p. 84-90, nov. 2001.

DWYER, J. J. M.; MAKIN, S. Using a program logic model that focuses on performance measurement to develop a program. *Canadian Journal of Public Health*, v. 88, p. 421-425, nov-dec. 1997.

EDUARDO, Maria B. de P.; MIRANDA, Isaura C. S. de. *Vigilância Sanitária*. FSP-USP: São Paulo, 1998. (Coleção Saúde & Cidadania, Livro 8). Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude\\_cidadania/index.html](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html)>. Acesso em: fev. 2006.

FERREIRA, Ângela de M. *Desdobramento da qualidade em serviços: o caso da biblioteca da escola de engenharia da UFRGS*. Porto Alegre: UFRGS/PPGEP, 1997. Dissertação de mestrado em Engenharia de Produção. Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio - Século XXI*. [s. l.]: Editora Nova Fronteira, 1999. (Versão 3.0, Lexikon Informática Ltda, Nov.)

FERREIRA, Sibeles M. G. Sistema de informação em saúde. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001, p. 89-104.

FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328 p.

FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz. *Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento à distância para dirigentes municipais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. v. 1 e 3.

FISH, Jonathan S. The Neglected Element of Human Emotion in Talcott Parsons's The Structure of Social. *Journal of Classical Sociology*, v. 4, n.1, p. 115–134.

FOUCAULT, Michel. A descrição arqueológica. In: *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987. p. 151-220.

FREITAS, Rosiene M. Direito Sanitário: Base legal da Vigilância Sanitária. In.: *VISA na Atenção Básica*. Textos de Vigilância Sanitária. Belo Horizonte: COOPMED, 2007.

FRIAS, Paulo G.; DE LIRA, Pedro I. C. e HARTZ, Zulmira M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia. *Avaliação em Saúde – Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. c. 5.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços. In.: CAMPOS, Gastão W. de S.; MINAYO, Maria C. de S.; AKERMAN, Marco. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 715-739.

GADAMER, Hans-Georg, FRUCHON, Pierre. *O problema da consciência histórica*. Rio de Janeiro: FGV, 1998. c. 4.

GCSRO – Government Chief Social Researcher's Office. *Quality in Qualitative Evaluation: A Framework for assessing research evidence*. London: GCSRO, 2003. (March) Disponível em: <<http://www.policyhub.gov.uk>>. Acesso em: nov. 2005.

GEORGEPOULOS, Basil S.; TANNENBAUM, Arnould S. A study of organizational Effectiveness. *American Sociological Review*, v. 22, n. 5, p. 534-540, oct.1957.

GIDDENS, A. The constitution of Society. *Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley an Los Angeles: University of California Press, 1984. p. 1-40.

GOODMAN, Paul S.; PENNINGS, Johannes M. Critical Issues in Assessing Organizational Effectiveness. In: LAWLER III, Edward E.; NADLER, David A.; CAMMANN, Cortlandt. *Organizational assessment: perspectives on the*

*measurement of organizational behavior and the quality of work life*. New York: John Wiley & sons, 1980. c. 10.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Perspectives and issues: an introduction. In: GOODMAN, Paul S.; PENNINGS, Johannes M. and associates. *New perspectives on Organizational Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1981. c. 1.

GOODSTADT, Michel S.; HYNDMAN, David V. M.; POTVIN, Louise; et al. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In.: *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. WHO Regional Publications: 2001. (European series, n. 92).

GREENE, Jennifer C. Mixed-method evaluation: a way of democratically engaging with difference. *Evaluation Journal of Australasia*, v. 2, n. 2, p. 23-29, 2002.

GUBA, E. G., LINCOLN, Y. S. The coming of age of Evaluation. In: *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage, 1998. p. 21-49. c. 1.

HANDLER, Arden; ISSEL, Michele; TURNOCK, Bernard. A conceptual Framework to Measure Performance of Public Health System. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 8, 2001.

House, E. R. *Evaluating with Validity*. Beverly Hill: CA, 1980. c. 2 e 11.

HSCC - Health Surveillance Coordinating Committee. Population and Public Health Branch. *Framework and Tools for Evaluating Health Surveillance Systems*. [s.l.]: Health Canada, 2004. Version 1.0. Disponível em: <<http://www.healthsurv.gc.ca>>. Acesso em: nov. 2006.

HURST, Jeremy. Performance measurement and improvement in OECD Health Systems: overview of issues and challenges. In.: *Measuring up: Improving health system performance in OECD countries*. OECD – Organization for economic co-operation and development: 2002. p. 35-54.

JUNG, Richard. *The Structure of Social Action In Memory of Talcott Parsons*. Problems of Actors and Actions. London: Annetta Pedrett. 1984. p. 207-222. v. 1.

JUNG, Carlos F. *Metodologia Científica: Ênfase em Pesquisa Tecnológica*. 4. ed. Axel Books: Rio de Janeiro, 2004.

KESSNER, D. M.; KALK, M. S.; e SINGER, B. A. Assessing Health Quality – The Case for Tracers. *New England Journal of Medicine*, v. 288, n. 4, p. 189-194, 1979.

KREUTER, Marshall W.; LEZIN, Nicole A.; YOUNG, Laura; KOPLAN, Adam N. Social capital: evaluation implications for community health promotion. In: *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. WHO, 2001. c. 19. (Regional Publications, European series, n. 92).

LACOMBE, Francisco. *Dicionário de administração*. São Paulo: Saraiva, 2004.

LIMA, Luiz Felipe Moreira. *O que fazer com a vigilância sanitária?* In: Caderno de Textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2001.

LUCHESE, Geraldo. *Globalização e regulação sanitária: Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública.

\_\_\_\_\_. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: *Caderno de Textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA, 2001a. p. 53-69.

\_\_\_\_\_. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. p. 33-47. In.: De SETA, M. H.; PEPE, Vera L. E.; De OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. *Gestão da Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MAGALHÃES, Maria da Consolação C. Apontamentos para a discussão da Vigilância Sanitária no modelo de Vigilância à Saúde. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001. p. 31-37.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura M. C. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. FSP-USP: São Paulo, 1998. (Coleção Saúde & Cidadania, v. 3).

MARCUSE, Herbert. *A ideologia da sociedade industrial*. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARK, M. M.; HENRY, Gary T.; JULNES, George. *Evaluation: An integrated Framework for Understanding, Guiding, and Improving Public Policies and Programs*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

MARQUES, Maria C. da Costa. A prática da Vigilância Sanitária e a Ética. In: *Textos e Contextos*. CECOVIDA FSP/USP: São Paulo, 2004. p.28-34. Disponível em: <<http://www.fsp.br/cecovisa>>. Acesso em: fev. 2006.

\_\_\_\_\_, IBAÑEZ, Nelson. Questões sobre a Política de Vigilância Sanitária no Brasil. In.: MARQUES, Maria C. da C.; CARVALHO, Marisa L.; DA SILVEIRA, Dalma; et al. *Vigilância Sanitária: Teoria e Prática*. São Paulo: RIMA, 2006. p. 1 - 14.

McLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, A. Using logic models. In: WHOLEY, J. S. et al. *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey Bass, 2004. c. 1.

MEDINA, Maria G.; SILVA, Gerluce A. P.; Aquino, Rosana; HARTZ, Zulmira M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia. *Avaliação em Saúde – Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. c. 2.

MILLER, Susan J.; HICKSON, David J.; WILSON, David C. Decision-making in Organizations. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. *Handbook of Organization Studies*. London: Sage, 1996. c. 2.3.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Portaria 1565*, de 26 de agosto de 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 1996. *Portaria 2.203/96*, de 06 de novembro de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 2003. *Portaria 2.473*, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 2004. *Portaria 1.172*, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

\_\_\_\_\_, 2006. *Portaria nº 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: mar. 2006.

\_\_\_\_\_. *Portaria 699*, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: abr. 2006.

\_\_\_\_\_. Diretrizes para a programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília, 2006. (Série Pacto pela Saúde, v. 5).

\_\_\_\_\_. *Portaria 3085*, de 01 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: dez. 2006.

\_\_\_\_\_. *Portaria 204/GM*, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento dos recursos para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: mar. 2007.

\_\_\_\_\_. *Portaria 1052/GM*, em 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: mar. 2008.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza\\_cadastro.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php)>. Acesso em: ago. 2008.

MINTZBERG, Henry. *Managing Government, Governing Management*. Harvard Business Review, 1996. May-June.

MORGAN, Gareth. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MUNCH, Richard. Talcott Parsons and the Theory of action. II. The continuity of the development. *The American Journal of Sociology*, v. 87, n. 4, p. 771-826, 1982.

MUÑOZ, Fernando et. al. *Las funciones esenciales de la salud pública: um tema emergente em las reformas del sector se la salud*. Rev Panam de Salud Publica / Pam Am J Public Health, v. 8, p. 126-134, 2000.

MURAHOVSKI, Denis; FREITAS, Flávia de P. L.; ROESSLER, Ione F.; GASTAL, Fábio L. *Treinamento em Avaliação de Serviços: Licenciamento Sanitário e Acreditação*. Brasília: TALSA, 2004. (Módulo 3 - Licenciamento Sanitário).

MURRAY, Christopher J.L.; EVANS, David B. Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview. In.: *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Preface. WHO: Geneva, 2003.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, p. 547-559, 2000.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Glossário de Terminologia: Iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” - Para uso com o instrumento de medição de desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública. [s.l.]: OPAS, 2000.

OWEN, Jonh M. Evaluation Forms: Toward an inclusive framework for evaluation Practice. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

PAIM, Jairnilson S. Modelos de Atenção à Saúde. In: Rouquayrol, Maria Zélia; Filho, Naomar de Almeida. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. c. 19.

PARASSURAMAN, A., ZEITHML, Valarie A., BERRY, Leonard L. Alternative Scales for Measuring Service Quality: A comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria. *Journal of Ratailing*, New York, v. 70, n. 3, p. 201-230, 1994.

PARK, Sung H. *Robust design and analysis for quality engineering*. 5 ed. London: Chapman & Hall, 1996.

PARSONS Talcott. Sugestions for a Sociological Approach to the Theory of organizations – Part I. *Administrative Science Quarterly*, v. 1, p. 63-85, 1956.

\_\_\_\_\_. Sugestions for a Sociological Approach to the Theory of organizations – Part II. *Administrative Science Quarterly*, v 1, p. 225-239, 1956a.

\_\_\_\_\_. Durkheim e a teoria da integração dos sistemas sociais. In: COHN, Gabriel (org.) *Sociologia: para ler os clássicos*. Rio de Janeiro: LTC, 1997. p. 85-120.

PATTON, M. Q. Evaluations Issues in a Practical Perspective. In.: *Practical Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1982.

\_\_\_\_\_. The evaluator's responsibility for utilization. *Evaluation Practicep*, v. 9, n.25-24, 1988.

\_\_\_\_\_. Implementation Evaluation: What happened in the program. In: *Utilization-focused evaluation*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 1997. p. 195-214. c. 9 e 10.

\_\_\_\_\_. *Qualitative Research & Evaluations Methods*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.

PAULA, Ana P. P. *Por uma nova Gestão Pública*. Rio de Janeiro: FGV editora, 2005.

PAWSON, Ray. Nothing as Practical as a Good Theory. *Evaluation*. v. 9. n. 4. p. 471-490.

PEPE, Vera L. E.; REIS, Lenice G. da C.; DE NORONHA, Marina F.; SCHRAMM, Joyce M. Avaliação em Saúde e Vigilância Sanitária: conceitos, estratégias e metodologias. In.: De SETA, M. H.; PEPE, Vera L. E.; De OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. *Gestão da Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 251 - 276.

PHF – Public Health Foundation. *Healthy People 2010 Toolkit: A Field Guide for Health Planning*. Washington, DC: PHF, 2002. February. Disponível em: <<http://www.phf.org/HPtools/state.htm>>. Acesso em: out. 2005.

PIOVESAN, Márcia. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública.

PRO-ADESS - Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. *Relatório Final*. Rio de Janeiro: 2003, Ago. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: out. 2005.

PRESKILL, Hallie. The Transformational Power of Evaluation. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

QUINN, R. E. ROHRBAUGH, J. A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, v. 29, n. 3, p. 363-377, 1983.

QUINN, Robert E. Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991. c. 4 e 5.

RALWS, John. *Liberalismo político*. México: Fundo de Cultura Econômica, 1995. p.29-65 e 171-203

RIBEIRO, Alexandre B. Noções Básicas de Direito administrativo para a Gestão. In.: De SETA, M. H.; PEPE, Vera L. E.; De OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. *Gestão da Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 153 - 166.

ROSSI, Peter. H.; FREEMAN, Howard. E.; LIPSEY, Mark W. *Evaluation: a systematic Approach*. Thousand Oaks: Sage, 1999. 6. ed. p. 119-152 e 173-188.

\_\_\_\_\_; LIPSEY, Mark W.; FREEMAN, H. E. *Evaluation: a systematic Approach*. 7 ed. Thousand Oaks: Sage, 2004.

\_\_\_\_\_. Rooting My views of evaluation and their origins. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004a.

RUSH, Brian; OGBORNE, Alan. Program Logic Models: expanding their role and structure for program planning and evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 6, p. 95-106, 1991.

SCRIVEN, Michael. The Logic of Evaluation and Evaluation Practice. In: *New Directions for Program Evaluation*. Jossey-Bass Publishers, 1995, p. 49-70.

\_\_\_\_\_. An overview of evaluation theories. *Evaluation Journal of Australasia*, v. 1 (new series), n. 2, dez. 2001.

\_\_\_\_\_. Reflections. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

SHARP, Colin A. An organizational evaluation Capability hierarchy model for self-diagnosis. *Evaluation Journal of Australasia*, v. 4. n. 1 e 2 (new series), p. 27-33, 2005.

SHETH, Jagdish N., MITTAL, Banwari, NEWMAN Bruce I. *Costumer Behavior*. Fort Worth: The Dryden Press, 1999.

SICOTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS A. P. La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Rupures – Revue transdisciplinaire en santé*, v. 6, n. 1, p. 34-46, 1999.

\_\_\_\_\_, CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS A.P.; BARNESLEY J.; BÉLAND F.; LEGGAT S. G.; et al. *A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance*. *Health Services Management Research*, v. 11, p. 24-48, 1998.

SIGSGAARD, Peter. Monitoring without indicators. *Evaluation Journal of Australasia*, v. 2, n. 1, p. 8-15, 2002.

SILVA, Reinaldo O. *Teorias da Administração*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

SIQUEIRA, Júlio C. M. Gestão em Vigilância Sanitária. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001, p. 55-62.

SOUTO, Ana Cristina. Saúde e Política: A Vigilância Sanitária no Brasil 1976-1994. São Paulo: Sobravime, 2004. 227 p.

SOUZA, Ana M. A. F. *Vigilância Sanitária na Saúde Pública Brasileira e sua aproximação com o caso Mexicano: Proteger, Vigiar e Regular*. São Paulo: USP, 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós Graduação em Integração na América Latina (Prolan), Universidade de São Paulo. 293 p.

STAME, Nicoletta. Theory-based Evaluation Types of Complexity. *Evaluation*, 2004 v. 10, n. 1, p. 58–76.

STEERS, Richard M. Problems in Measurement of Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, v. 20, 1975.

STEERS, David; PARSONS, Carl. Evaluation – evaluation of a health-promoting school: steps to success. In.: *Second Workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School – models, expertises and perspectives*. Executive Summary, Nottwil, Switzerland, Sep. 2001.

STERN, Elliot. What Shapes European Evaluation? A Personal Reflection. *Evaluation*, v. 10, n. 1, p. 7–15, 2004.

STUFFLEBEAM, Daniel L. The 21<sup>st</sup>-Century CIPP Model: Origins, Development and Use. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

TARRIDE, Mario Iván. *Saúde Pública: Uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 107p.

TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jairnilson S.; VILASBÔAS, Ana L. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII (2), Abr./Jun. 1998. Disponível em: <[http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_2\\_sus.pdf](http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf)>. Acesso em: out. 2006.

\_\_\_\_\_; COSTA, Ediná A. *Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: concepções, estratégias e práticas*. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, Suely. *Fundamentos de Vigilância Sanitária*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

TRAVASSOS, Claudia; NOVAES, Hillegonda M. D. Investigação e avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20 (suplemento 2), p. 144-145, 2004.

UNDP – United Nations Development Programme. *Handbook on Monitoring and Evaluating for Results*. New York, 2002. Disponível em: <<http://www.undp.org>>. Acesso em: out. 2006.

\_\_\_\_\_. *Guidelines for Outcome Evaluators: Monitorig and Evaluation Companion Series*. New York, 2002a. Disponível em: <<http://www.undp.org/eo/>>. Acesso em: out. 2006.

VAN DER KNAAP, Peter. Theory-based Evaluation and Learning: Possibilities and Challenges. *Evaluation*, v. 10, n. 1, p.16–34, 2004.

VAN STRALEN, Cornelis J. Controle social sobre ações de recuperação, proteção e defesa da saúde. In.: *Vigilância Sanitária*. Cadernos de Saúde UFMG. Belo Horizonte: COOPMED, 2001. p. 115-129.

VIACAVA, Francisco, ALMEIDA, Célia, CAETANO, Rosangela, FAUSTO, Márcia, et. al. *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia. *Avaliação em Saúde – Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. c. 1.

\_\_\_\_\_. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia. *Avaliação em Saúde – Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. c. 6.

VIRTANEN, Petri; UUSIKYLÄ, Petri. Exploring the Missing Links between Cause and Effect: A Conceptual Framework for Understanding Micro–Macro Conversions in Programme. *Evaluation*, v. 10, n. 1, p. 77–91, 2004.

WALDMAN, Eliseu A. *Vigilância em Saúde Pública*. Coleção Saúde & Cidadania,. FSP-USP: São Paulo, 1998. (Livro 7)

WDR - World Development Report. *Making Services Work for Poor People*. Washington DC: WDR, 2004. Disponível em: <<http://http://www.worldbank.org>>. Acesso em: out. 2005.

WEISS, Carol Hirschon. If program decisions hinged only on information: a response to Patton. *Evaluation Practice*, v. 9, n. 3, p. 15-28, 1988.

WEISS, Carol Hirschon. *Evaluation*. New Jersey: Prentice Hall, 1998. c. 3.

\_\_\_\_\_. Rooting for evaluation: A Cliff Notes version of my work. In: ALKIN, Marvin. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004.

WHO - World Health Organization. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Preface. Geneva: WHO, 2003.

\_\_\_\_\_. *Protocol for the Assessment of National Communicable Disease Surveillance and Response Systems: Guidelines for Assessment Teams*. Document WHO/CHS/CSR/ISR/2001.2 [2004?]. Disponível em: <<http://www.who.int/emc>>. Acesso em: nov. 2006.

YIN, Robert K. *Case Study Research: Design and methods*. Sage Publications: Newbury Park, 1989. 166p.

YUCHTMAN, Ephraim; e SEASHORE, Stanley E. *A system resource to Organizational Effectiveness*. American Sociological Review, v. 32, n. 6, p. 891-903, dec. 1967.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I – DIMENSÕES, SUBDIMENSÕES, ITENS DE AGRUPAMENTO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO

D	Sub Dimensão	Itens de Agrupamento	Questões Avaliativas		Evidências	Referência Avaliação <sup>(1)</sup>	Referência Construção <sup>(2)</sup>
Adaptação (A)	Integração (A1)	Estruturas <sup>(3)</sup>	1	Integração com demais níveis do SN VISA	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			2	Clareza quanto à responsabilidade sanitária assumida em VISA	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Processos Organizacionais <sup>(3)</sup>	3	Integração no Planejamento: Plano de Ação de VISA e Programação anual de ações de Saúde	Entrevistas e Plano ação	0 a 10	L e E
			4	Rotina de informação sistemática das ações de VISA no Relatório de Gestão Municipal	Entrevistas	0 a 10	L e E
			5	Integração das práticas de VISA com as demais vigilâncias	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			6	Integração da VISA com o Conselho de Saúde	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			7	Integração da VISA com as demais ações SUS	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			8	Integração da VISA com órgãos e entidades de proteção do consumidor, defesa da cidadania, regulação econômica, monitoramento de mercado e controle de qualidade	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			9	Integração com o apoio laboratorial	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Governança <sup>(3)</sup>	10	Autonomia de gestão, gerência e tomada de decisão em relação aos demais níveis SN VISA	Entrevistas	0 a 10	L e E
			11	Autonomia de atuação do nível técnico	Entrevistas	0 a 10	L e E
	Inovação (A2)	Equipamentos e tecnologias	12	Adequação na aquisição de equipamentos e incorporação tecnológica na condução do trabalho	Entrevistas	0 a 10	PD e E
		Avanços tecnológicos	13	Capacidade em reconhecer demandas por regulação de novas tecnologias e alterar abordagem e práticas	Entrevistas	0 a 10	PD e E
	Obtenção Recursos (A3)	Apoio Institucional	14	Prioridade das ações de VISA no âmbito da atenção à saúde	Entrevistas	0 a 10	PD e E
		Financiamento	15	Autonomia do gestor de VISA para executar recursos disponíveis	Entrevistas	0 a 10	L e E
			16	% anual de recursos financeiros executados em relação aos recursos arrecadados/recebidos para ações de VISA	Dados Arquivo ou RGM	% / 10	L e E

(1) Avaliações dos respondentes são expressas numa escala 0 a 10 assim como os dados institucionais, após convertidos pela lógica dada na referência.

(2) Diretrizes e subdiretrizes do PD VISA (PD), Literatura (L), Experiência do autor no trabalho em VISA (E) e nas modalidades de pactuação das ações de VISA, a exemplo do Termo de Ajustes e Metas (TAM) e de Programações de ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

(3) Caracterizados em Contandriopoulos, Denis e Dubois (2005).

D	Sub Dimensão	Itens de Agrupamento	Questões Avaliativas		Evidências	Referência Avaliação <sup>(1)</sup>	Referência Construção <sup>(2)</sup>
Metas (M)	Percepção de Atores (M1)	População	17	Reconhecimento da adequação e eficiência pela população e instâncias de participação da comunidade	Entrevistas	0 a 10	L e E
		SUS	18	Reconhecimento da adequação e eficiência pelos atores que desenvolvem demais ações no âmbito do SUS	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Setor Regulado	19	Reconhecimento da adequação e eficiência pelo setor regulado	Entrevistas	0 a 10	L e E
	Acúmulo Social em VISA (M2) <sup>(3)</sup>	Princípios do SUS <sup>(3)</sup>	20	Consistência entre a oferta de ações de VISA e princípios da Equidade e Universalidade	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Participação da Comunidade <sup>(3)</sup>	21	Aumento da participação e capacidade de organização da comunidade a partir ações desenvolvidas pela VISA	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Comportamento frente a riscos <sup>(3)</sup>	22	Incremento no conhecimento, consciência, habilidades, tomada de decisão quanto a riscos em VISA	Entrevistas	0 a 10	L e E
	Segurança em VISA (M3)	Adequação de Produtos e Serviços	23	Capacidade de regular e gerenciar riscos	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Vigilância de Eventos Adversos	24	% anual denúncias, eventos adversos e queixas técnicas investigados	Dados de Arquivo ou RGM	% / 10	L e E
		Regulação	25	% cobertura anual com inspeções da cadeia de risco eleitas para análise em determinado nível	Dados de Arquivo ou RGM	% Médio Ponderado / 10	L, E, TAM e PAVS

(1) Avaliações dos respondentes são expressas numa escala 0 a 10 assim como os dados institucionais, após convertidos pela lógica dada na referência.

(2) Diretrizes e subdiretrizes do PD VISA (PD), Literatura (L), Experiência do autor no trabalho em VISA (E) e nas modalidades de pactuação das ações de VISA, a exemplo do Termo de Ajustes e Metas (TAM) e de Programações de ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

(3) Presentes no modelo lógico genérico para planejamento e avaliação da promoção em saúde proposto em Goodstadt et al. (2001).

D	Sub Dimensão	Itens de Agrupamento	Questões Avaliativas		Evidências	Referência Avaliação <sup>(1)</sup>	Referência Construção <sup>(2)</sup>
Processos de Trabalho (P)	Coordenação (P1)	Viabilização de Estrutura	26	Instalações, equipamentos e recursos para ações VISA	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			27	Formalização designação de servidores que fiscalizam	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
		Planejamento	28	Processo de elaboração do Plano de Ação em VISA	Entrevistas	0 a 10	L e E
			29	Definição de metas e mobilização para seu alcance	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			30	Clareza servidores quanto a ações prioritárias em VISA	Entrevistas	0 a 10	L e E
			31	Monitoramento e/ou avaliação potencializando processos de trabalho e tomada de decisão	Entrevistas e Reg. Administrativos	0 a 10	PD, L e E
			32	Cadastro de Estabelecimentos	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			33	Sistema Informação em VISA no planejamento ações	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
		Apoio a processos de trabalho	34	Disponibilidade de apoio laboratorial	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			35	Disponibilidade de apoio jurídico sistemático	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
	36		Apoio de instituição de ensino na melhora das práticas	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E	
	Promoção em VISA (P2) <sup>(3)</sup>	Regulação <sup>(3)</sup>	37	Processo de Regulação	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			38	Suficiência e Capacidade Mecanismos comunicação risco	Entrevistas	0 a 10	L e E
		Comunicação de risco <sup>(3)</sup>	39	Nº eventos para comunicação e discussão da regulação em VISA junto ao setor regulado	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	0 evento → 0 3 ou + eventos → 10	L e E
			40	Nº eventos em eventos sobre risco em VISA junto a profissionais de saúde	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	0 evento → 0 3 ou + eventos → 10	L e E
			41	Nº eventos sobre risco em VISA junto Conselho Saúde	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	0 evento → 0 3 ou + eventos → 10	L e E
	Prevenção em VISA (P3)	Padronização das Práticas	42	Padronização de processos de trabalho em VISA	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			43	Compatibilidade: ações, formação e capacitação	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
		Qualificação dos processos de trabalho	44	Dependência técnica para realizar ações assumidas	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			45	Disponibilidade de acesso a conhecimentos científicos	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
46			Incorporação conhecimento gerado nas práticas	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E	
Inspeções Sanitárias		47	Clareza quanto ao processo administrativo sanitário	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E	
		48	% de Inspeções Sanitárias realizadas em relação ao total de Estabelecimentos Assumidos Cadastrados	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	0 → 0 Inspeção 10 → 70% ou mais	E, TAM e PAVS	
		49	% de Inspeções Sanitárias assumidas em relação ao total de Estabelecimentos Existentes Cadastrados	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	% / 10	E, TAM e PAVS	

(1) Avaliações dos respondentes são expressas numa escala 0 a 10 assim como os dados institucionais, após convertidos pela lógica dada na referência.

(2) Diretrizes e subdiretrizes do PD VISA (PD), Literatura (L), Experiência do autor no trabalho em VISA (E) e nas modalidades de pactuação das ações de VISA, a exemplo do Termo de Ajustes e Metas (TAM) e de Programações de ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

(3) Presentes no modelo lógico genérico para planejamento e avaliação da promoção em saúde proposto em Goodstadt et al. (2001).

D	Sub Dimensão	Itens de Agrupamento	Questões Avaliativas		Evidências	Referência Avaliação <sup>(1)</sup>	Referência Construção <sup>(2)</sup>
manutenção da Cultura e Valores (CV)	Assunção princípios (CV1)	Administração Pública	50	Incorporação dos princípios da Administração Pública pelos servidores	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
		SUS	51	Incorporação dos princípios do SUS pelos servidores	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
	Valorização e Aperfeiçoamento Profissional (CV2)	Vínculo Institucional	52	Plano de Carreira	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
			53	Remuneração de servidores de Nível Superior	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	% / 10	L e E
			54	Remuneração de servidores de Nível Médio	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	% / 10	L e E
		Aperfeiçoamento Profissional	55	Incentivo ao Aperfeiçoamento e Planejamento de Capacitações para servidores	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
	56	Horas de capacitação por servidor	Dados Arquivo e Reg. Administrativos	0 → 0 horas 10 → 40h anuais ou mais / servidor	L e E		
	Produção de Conhecimento (CV3)	Ações realizadas	57	Incentivo institucional à produção de estudos para identificar impacto das ações e da função regulatória	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E
Trabalhos Científicos		58	Incentivo institucional à produção de Trabalhos Científicos	Entrevistas	0 a 10	PD, L e E	

(1) Avaliações dos respondentes são expressas numa escala 0 a 10 assim como os dados institucionais, após convertidos pela lógica dada na referência.

(2) Diretrizes e subdiretrizes do PD VISA (PD), Literatura (L), Experiência do autor no trabalho em VISA (E) e nas modalidades de pactuação das ações de VISA, a exemplo do Termo de Ajustes e Metas (TAM) e de Programações de ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

## APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Instrumento de coleta de dados: Avaliação da Vigilância Sanitária

Este instrumento de coleta de dados tem por objetivo avaliar o desempenho da Vigilância Sanitária em seu nível de gestão e está organizado em duas partes.

A primeira, composta por questões abertas, busca identificar seu entendimento em relação ao desempenho em Vigilância Sanitária e ao seu processo de avaliação.

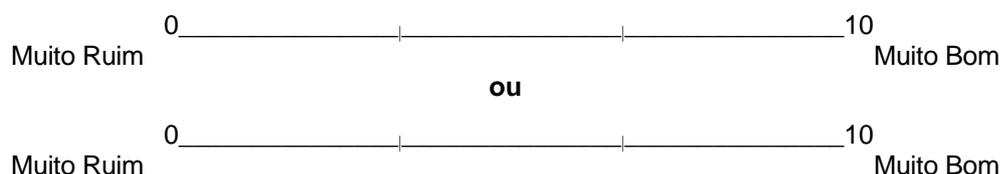
A segunda, composta de questões fechadas, visa caracterizar o desempenho da Vigilância Sanitária em relação à sua capacidade de se Adaptar, alcançar Metas, desenvolver seus Processos de Trabalho e a manutenção da sua Cultura e Valores. Algumas questões fechadas não precisam ser respondidas por envolvem a busca em dados de arquivo e registros administrativos.

Ao responder este questionário devem ser consideradas as ações de Vigilância Sanitária que você observou em seu nível de ação do sistema nos últimos 12 meses e o entendimento de Vigilância Sanitária dado na Lei 8080/90:

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

- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

Ao responder as questões fechadas você deverá expressar sua opinião em uma escala contínua, que possui duas ancoras equivalentes, uma qualitativa (Insuficiente-Muito Bom) e outra quantitativa (0 a 10), conforme exemplos abaixo.



#### Questões Abertas:

1. Quais os pontos positivos e negativos que você identifica em relação às ações de Vigilância Sanitária?
2. Como você caracteriza o processo utilizado para avaliação das ações de Vigilância Sanitária?
3. Como você avalia o desempenho da Vigilância Sanitária?
4. Que aspectos que você considera importantes na avaliação das ações de Vigilância Sanitária?

## Questões Avaliativas Fechadas:

### I- ADAPTAÇÃO

#### Integração

1. Como você avalia a integração das práticas de Vigilância Sanitária do nível que você atua em relação aos demais níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerado: o apoio técnico, a troca de informação, ações conjuntas, entre outras.

2. Como você avalia o entendimento do corpo técnico e da sociedade em relação ao conjunto de ações de Vigilância Sanitária sob a responsabilidade do nível do sistema que você atua?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

3. Como você avalia a integração entre o Plano de Ação de Vigilância Sanitária e a Programação anual de ações de Saúde<sup>1</sup>?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

4. Como você avalia a rotina sistemática de informação das ações de Vigilância Sanitária no Relatório de Gestão Municipal<sup>1</sup>?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

5. Como você avalia a integração entre as práticas de Vigilância Sanitária e as das Vigilâncias: Ambiental, Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

6. Como você avalia a integração entre a Vigilância Sanitária e o Conselho de Saúde?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerado: a importância, o interesse, e a constituição de grupo de trabalho, entre outros.

7. Como você avalia a integração entre as ações de VISA e as demais ações no âmbito do SUS?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerado: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Assistência de Média e Alta Complexidade, Planejamento e Gestão e Auditoria, entre outras.

8. Como você avalia a integração entre as ações de Vigilância Sanitária e os demais órgãos e entidades de proteção ao consumidor, defesa da cidadania, regulação econômica, monitoramento de mercado e controle de qualidade?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

9. Como você avalia a integração entre a Vigilância Sanitária e o sistema de apoio laboratorial?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

10. Como você avalia a autonomia na gestão, gerência e tomada de decisão sobre riscos objeto de Vigilância Sanitária, em relação aos demais níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

11. Como você avalia a autonomia dos agentes de Vigilância Sanitária para atuar de forma técnica em seu nível de gestão?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

<sup>1</sup> A Programação de Ações de Saúde, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão Municipal são os três instrumentos previstos no Sistema de Planejamento do SUS.

**Inovação**

**12.** Como você avalia a adequação na aquisição de equipamentos e incorporação de tecnologias nas práticas de Vigilância Sanitária, frente à constante evolução tecnológica de seus objetos de ação?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**13.** Como você avalia a capacidade de incorporar demandas sociais e do SUS, por regulação e aperfeiçoamento na abordagem da Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerada a capacidade da Vigilância Sanitária alterar a abordagem utilizada, adotar novas práticas e identificar a necessidade de regular novas tecnologias.

**Obtenção Recursos**

**14.** Como você avalia a prioridade atribuída às ações de Vigilância Sanitária em relação ao conjunto de ações de atenção à saúde?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Assistência de Média e Alta Complexidade, Planejamento e Gestão, Auditoria, entre outras, e, a formalização desta priorização na Programação Anual de Saúde.

**15.** Como você avalia a autonomia do gestor de Vigilância Sanitária para executar os recursos disponíveis?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**16.** Qual o percentual anual de recursos financeiros executados em relação aos recursos recebidos / arrecadados?

a) Total executado em Vigilância Sanitária R\$ \_\_\_\_\_  
b) Total recebido / arrecadado em Vigilância Sanitária R\$ \_\_\_\_\_

% executado em Vigilância Sanitária =  $100 * [a] / [b] =$  \_\_\_\_\_

Total executado em Vigilância em Saúde R\$ \_\_\_\_\_  
Total executado em Saúde R\$ \_\_\_\_\_  
Total recebido / arrecadado em Vigilância em Saúde R\$ \_\_\_\_\_  
Total recebido / arrecadado em Saúde R\$ \_\_\_\_\_

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados os valores executados, recebidos e arrecadados no ano, incluindo os Federais, Estaduais, Municipais; desconsiderando saldos de anos anteriores. Considerar os valores informados no Relatório de Gestão Municipal e/ou Dados de Arquivo.

**II- METAS****Percepção de Atores**

**17.** Como você avalia o reconhecimento pela população e instâncias de participação social quanto à adequação e eficiência das ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**18.** Como você avalia o reconhecimento pelos atores que desenvolvem as demais ações no âmbito do SUS quanto à adequação e eficiência das ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Assistência de Média e Alta Complexidade, Planejamento e Gestão, e Auditoria, entre outras.

**19.** Como você avalia o reconhecimento pelo setor regulado quanto à adequação e eficiência das ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**Acúmulo Social em Vigilância Sanitária**

20. Como você avalia as ações de Vigilância Sanitária, em relação aos princípios da universalidade e equidade?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

21. Como você avalia as ações de Vigilância Sanitária em relação à sua capacidade de potencializar um aumento da participação e organização da comunidade?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

22. Como você avalia a capacidade das ações de Vigilância Sanitária incrementar o conhecimento, consciência e habilidades da população na tomada de decisão frente aos riscos objeto de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**Segurança em Vigilância Sanitária**

23. Como você avalia a capacidade da Vigilância Sanitária Identificar, Gerenciar e Comunicar riscos?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

24. Qual o percentual anual de denúncias, eventos adversos e queixas técnicas investigados em relação a produtos e serviços objeto de Vigilância Sanitária?

	Ocorrido	Investigados
a) Número de denúncias	_____	_____
b) Número de eventos adversos	_____	_____
c) Número de queixas técnicas	_____	_____
% de denúncias investigados = $100 * [\text{Investigado (a+b+c)}] / [\text{Ocorrido (a+b+c)}]$ =	_____	

25. Qual o percentual de cobertura anual de Inspeções em relação ao total de Estabelecimentos cadastrados de responsabilidade de seu nível do sistema?

Área	Tipo	Total	Inspeções		Cobertura
			Total	%	
Produtos	Alimentos	Indústrias de Alimentos <sup>(1)</sup>			
		Distribuidoras de Alimentos			
		Cozinhas Industriais			
		Comércio de Alimentos			
	Medicamentos	Indústrias Medicamentos			
		Distribuidoras Medicamentos			
		Farmácias de Manipulação			
		Drogarias			
Serviços	Atenção Primária	Unidades de Saúde Públicas <sup>(2)</sup>			
	Atenção Secundária	STRS <sup>(3)</sup>			
		Serviços de Quimioterapia			
		Laboratórios Clínicos			
		UI <sup>(4)</sup>			
Atenção Terciária	HT <sup>(5)</sup>				

(1) Considerar Demais Indústrias, caracterizadas no Termo de Ajustes e Metas (TAM), não estando assim incluídas as Indústrias Processadoras de Palmito em conserva; Beneficiadoras de Sal para consumo humano, Processadoras de Gelados Comestíveis, de Amendoins Processados e Derivados; Processadoras Frutas e Hortaliças em conserva e Cozinhas Industriais; (2) Unidades Básicas de Saúde, apoiando ou não equipes da Saúde da Família; (3) Serviços de Terapia Renal Substitutiva; (4) Unidades com Internação - Considerar Demais Unidades com Internação ou que realizam cirurgia, caracterizadas no TAM; (5) Hospitais Terciários - Considerar Unidades Hospitalares que possuam, exclusivamente ou não, serviços de Obstetrícia, UTI, Urgência / Emergência e cirurgia grande porte, conforme caracterizado no TAM.

OBS.: Esta questão deve ser respondida com base em dados de arquivo do ano anterior, considerando que, segundo a RDC 2473/2003, uma inspeção sanitária (fiscalização sanitária) é: "O conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de Vigilância Sanitária", nas quais não devem ser computadas as re-inspeções sanitárias "inspeção de retorno para a verificação do cumprimento das adequações apresentadas pelos estabelecimentos inspecionados".

### III- PROCESSOS DE TRABALHO

#### Coordenação

**26.** Como você avalia as instalações, equipamentos e recursos utilizados na execução em ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**27.** Como você avalia a formalização dos servidores que realizam fiscalização, em relação à sua habilitação e designação legal para executar ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerado o investimento na função por ato legal (diário oficial designando o poder de polícia administrativa).

**28.** Como você avalia o processo de elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**29.** Como você avalia a definição e mobilização para atendimento das metas estabelecidas para Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**30.** Como você avalia clareza dos servidores quanto às ações prioritárias em Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**31.** Como você avalia o processo de monitoramento e avaliação das ações de Vigilância Sanitária no nível do sistema que você atua, considerando a possibilidade deste processo potencializar o trabalho e a tomada de decisão?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**32.** Como você avalia a fidedignidade do cadastro de estabelecimentos utilizado em seu nível do sistema, em relação ao universo de estabelecimentos existente?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**33.** Como você avalia o sistema de informação utilizado em relação à sua capacidade de auxiliar o processo de planejamento das ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**34.** Como você avalia o acesso e a disponibilidade de apoio laboratorial às ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**35.** Como você avalia o apoio jurídico aos servidores nos processos administrativos decorrentes das ações de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**36.** Como você avalia a utilização de auxílio de instituições de ensino na melhora das práticas de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

#### Promoção em Vigilância Sanitária

**37.** Como você avalia o processo de regulação em Vigilância Sanitária, em relação a sua capacidade de promover a saúde?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerado que sua atribuição legal de regular o risco sanitário não deve se restringir apenas a uma função de árbitro entre produtores e consumidores ou a uma perspectiva fiscalizatória, incorporando práticas de proteção e promoção da saúde, sendo conduzido em um processo eficaz e efetivo se valendo da participação e do uso de consulta pública.

**38.** Como você avalia os mecanismos de comunicação utilizados, em relação à sua suficiência e capacidade de promover o entendimento da sociedade quanto aos riscos objeto de VISA?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**39.** Qual o número de eventos para a comunicação de riscos e discussão da regulação de Vigilância Sanitária, realizados junto ao setor regulado?

a) Número de eventos \_\_\_\_\_

b) Número total de participantes \_\_\_\_\_

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados eventos com o objetivo de divulgar e debater a regulação junto estabelecimento, entidades, sindicatos, associações, fortalecendo parcerias e reforçando o papel educativo das ações de Vigilância Sanitária.

**40.** Qual o número de eventos para comunicação de riscos e discussão da regulação em Vigilância Sanitária, realizados junto aos profissionais de saúde servidores da secretaria de saúde?

a) Número de eventos \_\_\_\_\_

b) Número total de participantes \_\_\_\_\_

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados eventos com o objetivo de divulgar, debater e integrar as ações de Vigilância Sanitária junto a Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Odontólogos, dentre outros profissionais de saúde.

**41.** Qual o número de eventos para comunicação de riscos e discussão da regulação em Vigilância Sanitária, realizados junto ao Conselho de Saúde?

a) Número de eventos \_\_\_\_\_

b) Número total de participantes \_\_\_\_\_

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados eventos com o objetivo de divulgar e debater a regulação junto ao Conselho de Saúde.

### **Prevenção em Vigilância Sanitária**

**42.** Como você avalia a padronização dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerados, entre outros, o conjunto de procedimentos administrativos utilizados e o uso de roteiros de inspeção padronizados.

**43.** Como você avalia a compatibilidade entre a formação e capacitação dos servidores de Vigilância Sanitária em relação às ações por eles desenvolvidas?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão devem ser considerados servidores de nível médio e superior.

**44.** Como você avalia o grau de dependência técnica para realizar as ações assumidas, em relação aos demais níveis do sistema de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**45.** Como você avalia a disponibilidade e acesso a conhecimentos científicos no apoio à condução das práticas de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**46.** Como você avalia a capacidade da Vigilância Sanitária incorporar o conhecimento gerado na investigação de denúncias, eventos adversos e queixas técnicas, em sua abordagem e processos de trabalho?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**47.** Como você avalia a clareza de gestores, técnicos e do setor regulado em relação à rotina e a função do Processo Administrativo Sanitário?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerada a clareza na definição de instâncias hierárquicas e o processo de análise e julgamento de defesas e recursos.

**48.** Qual o percentual anual de Inspeções Sanitárias realizadas em relação ao número total de estabelecimentos cadastrados?

a) Número total de Inspeções Sanitárias realizadas \_\_\_\_\_

b) Número total de estabelecimentos cadastrados \_\_\_\_\_

% de inspeções sanitárias realizadas =  $100 * [a] / [b] =$  \_\_\_\_\_

OBS.: Esta questão deve ser respondida considerando o conjunto de todos os estabelecimentos inspecionados ano anterior e o total de estabelecimentos cadastrados.

**49.** Qual o percentual de inspeções sanitárias assumidas em relação ao total de inspeções existentes no território adstrito?

a) Número total de inspeções sanitárias assumidas \_\_\_\_\_

b) Número total de inspeções sanitárias existentes \_\_\_\_\_

% assumido de inspeções sanitárias =  $100 * [Assumidas] / [Existentes] =$  \_\_\_\_\_

OBS.: Ao responder esta questão deve ser considerado o conjunto dos estabelecimentos assumidos (universo de estabelecimentos cadastrados) e o conjunto de estabelecimentos cadastrados no território adstrito cujas inspeções são realizado pelos demais níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

#### IV- CULTURA E VALORES

##### Assunção de princípios

**50.** Como você avalia a incorporação dos princípios da administração pública pelos servidores de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS: Ao responder esta questão, devem ser considerados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, além da autonomia entre entes federativos.

**51.** Como você avalia a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS pelos servidores de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS: Ao responder esta questão deve ser considerado que são princípios do SUS a universalidade, equidade, integralidade, participação da comunidade e a descentralização.

##### Valorização e Aperfeiçoamento Profissional

**52.** Como você avalia o Plano de Carreira dos servidores de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**53.** Qual o percentual entre o valor da hora trabalhada pago a servidores de Vigilância Sanitária de Nível Superior em relação aqueles do PSF / ESF?

a) R\$ / hora trabalhada pago a servidores de Vigilância Sanitária \_\_\_\_\_

b) R\$ / hora trabalhada pago a servidores do PSF/ESF \_\_\_\_\_

% entre os valores de hora trabalhada =  $100 * [a] / [b] =$  \_\_\_\_\_

OBS: PSF/ESF, Programa ou Estratégia da Saúde da Família. Considerar salário básico sem adicionais.

**54.** Qual o percentual entre o valor da hora trabalhada pago a servidores de Vigilância Sanitária de Nível Médio em relação aqueles do PSF / ESF?

a) R\$ / hora trabalhada pago a servidores de Vigilância Sanitária \_\_\_\_\_

b) R\$ / hora trabalhada pago a servidores do PSF/ESF \_\_\_\_\_

% entre o valor da hora trabalhada =  $100 * [a] / [b] =$  \_\_\_\_\_

**55.** Como você avalia o incentivo institucional ao aperfeiçoamento e o planejamento de capacitações para servidores de Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

**56.** Qual o número anual médio de horas de capacitação por servidor de Vigilância Sanitária?

a) Total de horas capacitação de servidores de Vigilância Sanitária \_\_\_\_\_

b) Total de servidores de Vigilância Sanitária \_\_\_\_\_

Número médio anual horas capacitação por servidor =  $[a / b] =$  \_\_\_\_\_

OBS: O total de horas de capacitação deve ser considerado individualmente para cada servidor e depois somado e o número de servidores deve considerar os de Nível Superior e Médio.

### **Produção de Conhecimento**

**57.** Como você avalia o incentivo institucional à produção de estudos e pesquisas, pelos vigilantes sanitários do nível em que você atua, para identificar o impacto das ações e da função regulatória nos problemas de saúde e no controle de riscos em Vigilância Sanitária?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS: Ao responder esta questão deve ser considerada a produção de trabalhos institucionais para uso interno, ou não, com o objetivo de incrementar a efetividade das práticas de Vigilância Sanitária.

**58.** Como você avalia o incentivo institucional à produção de trabalhos científicos, pelos vigilantes sanitários do nível em que você atua?

0 \_\_\_\_\_ 10  
Muito Ruim \_\_\_\_\_ Muito Bom

OBS: Ao responder esta questão deve ser considerada a produção de monografias, resumos apresentados em eventos, textos em boletins epidemiológicos, artigos, dissertações e teses produzidas por servidores de Vigilância Sanitária no ano anterior.

**Documentos para consulta durante a Coleta de Dados:** Plano de Ação de Vigilância Sanitária, Programação anual de ações de Saúde, Relatório de Gestão Municipal do ano de 2007.

**Dados para a Caracterização da Vigilância Sanitária:** Organograma; relação de cargos e níveis hierárquicos; número de funcionários de Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde e da Secretaria de Saúde, de nível Superior e médio; níveis processo administrativo sanitário; estrutura física disponível (localização, instalações, equipamentos, computadores e tamanho da área física); número de trabalhos científicos produzidos vigilantes sanitários; número de licenças sanitárias e autos de infração emitidos; e número de interdições cautelares e apreensões realizadas.

### APÊNDICE III – CONSOLIDAÇÃO RESPOSTAS ÀS QUESTÕES AVALIATIVAS ABERTAS

	1. Quais os pontos positivos (+) e negativos (-) que você identifica em relação às ações de Vigilância Sanitária?	2. Como você caracteriza o processo utilizado para avaliação das ações de Vigilância Sanitária?	3. Como você avalia o desempenho da Vigilância Sanitária?	4. Que aspectos que você considera importantes na avaliação das ações de Vigilância Sanitária?
R1	+ O trabalho em VISA força a busca pelo desenvolvimento técnico atraindo profissionais	A forma utilizada pelos níveis estadual e federal (PAP e TAM) é razoável, mas não é a ideal. A forma utilizada pelo nível municipal é o número de vistorias, sendo mais voltada para quantidade e produtividade sem focar na qualidade das ações	Não foi bom, em função de a cobrança basear-se no número de vistorias e pelas constantes trocas de funções (setores) dos fiscais de NM dentro da VISA	Impacto em termos de melhorias no setor regulado
	- Falta de divulgação das ações e do papel da VISA junto à população			Avaliar ações de comunicação em saúde
	- Falta de integração entre níveis do SN VISA			Avaliar a participação da comunidade
	- Falta de um canal direto de comunicação entre níveis do SN VISA para discussões técnicas (para a ANVISA um técnico de VISA é tratado da mesma forma que um usuário do SUS)			
	- Falta equipamentos e acesso à internet			
	- Falta tempo para aprimoramento técnico e padronização dos processos de trabalho			
	- Falta capacitação para formar agentes de VISA			
R2	+ Redução/Évitou-se doenças pela melhoria da qualidade de produtos e estabelecimentos, que evoluíram com as ações de fiscalização	A forma atual não considera a qualidade e sim a quantidade de ações, sendo assim inadequada por não representar o todo - "parâmetro isolado"	Razoável diante das condições	Analisar a evolução dos estabelecimentos - resultado das ações
	- Falta de conhecimento dos gestores (VISA e VS) a respeito do que são as ações de VISA			Opinião do setor regulado
	- Falta de respaldo às ações			
	- Falta de valorização do histórico das ações desenvolvidas pelos agentes produzindo uma desmotivação no trabalho			
	- Falta de divulgação das ações de VISA à população em geral			
	- Tipo de vínculo institucional interfere na relação entre técnicos de NM e NS			
	- Falta de estrutura (carro, pessoal, computadores, SI)			
	- Falta de consciência da importância das ações de VISA			
- Desmotivação e desunião da equipe devido à forma de gestão	Reconhecimento do valor da ação de VISA			
R3	+ Aumentou-se a orientação e a consciência do setor regulado quanto aos riscos objeto de VISA	Ruim, porque a avaliação se baseia em quantidade e produtividade	Bom, apesar das dificuldades enfrentadas	Quantidade de capacitações
	+ Crescimento técnico em virtude das capacitações realizadas			
	- Ainda é necessário utilizar punições financeiras e interdições			
	- Falta de recursos humanos e físicos para o volume de ações a desenvolver			

R4	+ A multidisciplinariedade presente quando considerado o conjunto da equipe - ampliação da abordagem	O processo de avaliação é ineficiente, vertical, sem discussão sobre o que avaliar e baseado apenas metas quantitativas pactuadas.	O desempenho da VISA foi Ruim	Planejamento das ações e uso dos recursos com enfoque de risco
	+ Comprometimento da equipe com o trabalho de VISA			Conhecimento da população sobre a VISA e suas ações
	- Ausência de ações em serviços de saúde públicos por não existir interesse político para que elas ocorram			Percepção da população quanto aos resultados obtidos pelas ações de VISA
	- Visão fragmentada dos novos servidores de VISA, que vai melhorando ao longo do tempo			Percentual de cobertura submetido ao enfoque de risco de modo a permitir priorizações
	- Insistência de capacitação específica de VISA para profissionais novatos			
	- Falta de direcionamento do trabalho para os principais riscos - riscos estabelecidos individualmente (alimentos, medicamentos, estabelecimentos, ...) e não em conjunto			
	- Interferência política em ações técnicas nos serviços de saúde ofertados pelo município			
	- Desconhecimento da chefia de VISA quanto às ações de VISA			
- Falta de estrutura				
R5	+ Suporte em termos de legislação é muito bom e atualizado, especialmente as de nível federal	Muito Bom, mas tem muito a melhorar	Bom, em função da relação entre o volume de trabalho e os recursos disponíveis	Volume de autuações, por caracterizar o estágio de evolução do setor regulado
	+ A comunicação entre níveis do SN VISA é boa, assim como com outros municípios			Indicadores (PAP e TAM) auxiliam o planejamento das ações e sua avaliação
	+ Mudança no enfoque das ações de policialesca para educativa			
	+ Estratégia de capacitações para setor regulado sobre legislações em VISA			
	+ Grande conhecimento técnico da equipe de VISA, tanto de nível médio (NM) quanto de superior (NS)			
	- A visão da VISA pelo setor regulado ainda é inadequada; medo da VISA / fiscalização			
	- Insuficiente quantidade de agentes de NM e NS			
	- Insuficiente numero de veículos			
- Divergência entre agentes de VISA (NM e NS) motivado pela forma de contratação			Organização do trabalho com apoio de um SI	

R6	+ Mudança no entendimento das ações com foco para ações educativas e não "policialescas"	O processo de avaliação das ações é falho por ter um objeto de difícil mensuração, apesar das metas (PAP e TAM) atingidas. As ações de VISA são mal avaliadas por falta de tempo sendo preciso ir além das metas preconizadas na PAP e TAM.	Bom, em função dos pontos positivos citados na primeira questão. Eu já avaliei como péssimo. e da melhora nas questões negativas.	Assiduidade dos agentes de VISA com o cumprimento do contrato de trabalho
	+ Segurança técnica passada pela equipe de VISA aos gestores			Comprometimento com as ações por parte dos agentes de VISA com retorno ao estabelecimento e ao gestor
	+ Reestruturação processos trabalho: prioridade para encerrar pendências e também a utilização de ordenação das ações por endereço ao invés de ordem alfabética, respeitando as prioridades por outros motivos			Atendimento das metas PAP e TAM
	+ Ação de VISA integração olhar para objetos das demais vigilâncias propiciando sua integração			Avaliação das ações educativas e não só das de fiscalização
	+ Envolvimento da coordenação (VS e VISA) nas pendências ou dificuldades junto aos estabelecimentos propiciando maior agilidade em resolvê-las			Estas coisas se relacionam com o produto final obtido, evitando conflitos diretos com os estabelecimentos
	- Falta de agentes (NS e NM) para executar as ações			
	- Dificuldade de integração entre os agentes de NM e NS devido a uma disputa de poder amparada por diferentes formas instituição do poder de polícia (concurso de fiscal e portaria nomeando servidores)			
	- Falta de veículos "se não tem carro não tem ação", principalmente na área de alimentos, o que tende a melhorar com a distritalização das ações de VISA			
	- Competição ou disputa técnica-hierárquica entre agentes e gestor de VISA			
	- Falta de comprometimento dos agente de NM (fiscais) ao caracterizar e embasar tecnicamente suas ações			
R7	+ A VISA atua e consegue desenvolver seu trabalho	Os instrumentos deixam a desejar, são insuficientes - "não recebemos isto"	Como um todo está insuficiente	Número de ações realizadas por tipo de estabelecimento em determinado período
R8	- A VISA precisa aumentar a fiscalização, especialmente na área de alimentos			
	+ A VISA tem atuado em relação à dengue	Os critérios são adequados	Bom	Os indicadores existentes
	+ Não foram identificadas reclamações em relação à falta de segurança em VISA			
- A VISA deveria informar ao Conselho suas ações				

## APÊNDICE IV – CONSOLIDADO QUESTÕES AVALIATIVAS FECHADAS

Município A	Questão	Técnicos VISA <sup>(1)</sup>				Gestores <sup>(2)</sup>		Conselheiros <sup>(3)</sup>		
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	
Adaptação (A)	Integração (A1)	1	5,3	0,9	6,1	1,6	5,0	1,5	2,9	5,2
		2	5,3	3,1	3,5	5,1	4,9	2,1	6,2	7,0
		3	3,3	3,3	4,0	0,0	0,3	3,7	6,3	7,2
		4	4,3	0,6	6,6	4,9	9,7	7,7	7,0	5,3
		5	6,7	3,5	1,9	0,0	9,7	6,3	7,2	7,2
		6	6,7	3,4	3,4	0,0	5,1	2,9	7,0	3,8
		7	4,9	1,9	5,1	0,0	8,5	3,0	2,9	7,0
		8	8,6	5,1	3,5	10,0	9,7	3,0	9,3	5,8
		9	9,7	5,0	2,4	4,9	9,7	7,2	2,9	4,3
	Inovação (A2)	10	9,0	9,0	8,0	10,0	9,7	9,7	2,8	9,4
		11	9,7	6,6	9,2	6,9	8,6	7,8	9,3	4,2
		12	2,8	6,6	5,2	10,0	6,6	4,0	6,3	5,1
	Obtenção Recursos (A3)	13	6,7	3,5	5,1	0,0	6,7	4,2	2,9	6,3
		14	5,7	1,7	8,1	0,0	3,3	7,2	6,4	3,1
		15	3,4	6,5	6,7	0,0	4,9	4,3	2,8	5,1
		16	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1
Metas (M)	Percepção de Atores (M1)	17	7,5	0,6	5,2	2,9	3,0	6,3	6,2	5,9
		18	7,9	3,4	8,3	3,5	6,6	7,0	0,5	6,3
		19	6,6	4,5	6,3	3,4	6,6	7,0	0,7	4,9
	Acúmulo social em VISA (M2)	20	8,6	4,0	5,1	0,4	8,3	6,7	0,7	8,3
		21	7,9	2,0	6,6	6,6	3,1	6,6	0,7	3,8
		22	4,9	2,7	8,2	0,0	6,6	6,0	4,9	2,8
	Segurança em VISA (M3)	23	6,6	6,6	5,2	7,8	8,4	9,2	9,2	6,2
		24	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
		25	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Processos de Trabalho (P)	Coordenação (P1)	26	2,3	3,3	1,6	4,5	9,3	7,5	0,6	7,2
		27	10,0	9,9	10,0	10,0	9,9	10,0	9,1	10,0
		28	2,7	4,0	5,2	0,0	7,2	8,7	0,9	8,3
		29	3,4	3,6	8,1	6,6	6,6	4,9	0,8	4,9
		30	4,9	8,1	10,0	6,6	5,1	5,1	0,9	3,7
		31	2,7	2,3	3,7	0,0	6,6	5,4	0,6	5,9
		32	3,7	3,7	0,8	3,4	3,5	2,3	0,7	3,7
		33	5,0	2,8	5,0	4,9	6,6	7,0	0,7	5,0
		34	9,5	1,3	3,3	1,7	5,1	4,5	0,6	4,9
	Promoção em VISA (P2)	35	1,6	0,1	1,0	6,6	9,8	8,6	8,9	5,1
		36	0,9	0,9	3,4	0,0	0,2	5,6	0,8	4,9
		37	6,9	7,2	5,2	6,7	5,0	4,9	9,2	7,0
		38	7,1	3,5	3,0	3,4	9,0	7,0	0,7	2,8
		39	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
		40	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
		41	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
Prevenção em VISA (P3)	42	5,0	3,4	8,7	6,6	9,8	3,7	6,3	7,0	
	43	3,4	4,9	3,4	3,4	8,4	8,2	9,3	8,0	
	44	9,1	6,5	8,1	8,0	8,7	8,6	0,6	7,1	
	45	3,4	6,5	5,1	6,9	9,8	7,2	0,9	5,2	
	46	6,9	7,2	3,5	10,0	6,7	3,7	6,1	6,4	
	47	4,9	6,9	8,2	3,3	9,8	6,4	5,9	5,9	
	48	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	
	49	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	
Cultura e Valores (CV)	Assunção de princípios (CV1)	50	10,0	9,5	9,5	6,6	8,7	4,3	9,2	5,1
		51	10,0	6,6	6,6	1,6	8,6	3,8	0,5	7,1
		52	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3	0,3	6,2	2,7
	Valorização e Aperfeiçoamento Profissional (CV2)	53	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
		54	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
		55	3,4	6,6	6,7	8,1	9,5	8,5	9,2	3,0
	Produção de Conhecimento (CV3)	56	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
		57	0,7	3,7	1,2	0,0	3,1	6,4	9,3	5,8
		58	3,4	2,8	0,5	0,0	3,1	6,4	9,1	6,2
Média		5,8	4,7	5,5	4,5	6,7	6,0	4,9	5,9	
Desvio Padrão		2,7	2,7	2,7	3,5	2,8	2,4	3,4	2,0	

(1) Técnicos de VISA: Enfermeiro, Médico Veterinário, Farmacêutico, Técnico com vínculo de nível médio e formação em Direito; (2) Gestores: VISA e Vigilância em Saúde; (3) Conselheiros Municipais de Saúde: com formação em ensino fundamental e ensino médio.

**ANEXO**

## **ANEXO – EIXOS, DIRETRIZES E SUBDIRETRIZES DO PD VISA**

### **EIXO I. Organização e gestão do SN VISA no âmbito do SUS**

1. Reafirmação do caráter indissociável da Vigilância Sanitária, como componente do SUS, respeitando os seus princípios e diretrizes;
  - a. Adequação dos processos de trabalho de Vigilância Sanitária, visando à integração com as demais políticas e práticas de saúde;
  - b. Estímulo à construção de práticas de gestão que incentivem a intersetorialidade, institucionalizadas formalmente, compartilhando espaços de ações e serviços com outros setores governamentais e não governamentais que possuam interface com o campo de atuação da vigilância sanitária e respeitando as especificidades locais;
  - c. Desenvolvimento, na esfera federal, de mecanismos que garantam a integração da ANVISA com as demais áreas responsáveis por ações de promoção e proteção à saúde;
2. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária, com a definição do elenco norteador para subsidiar a descentralização da gestão e das ações, mediante: a análise dos riscos sanitários, da situação de saúde e das necessidades sociais; o levantamento e análise dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e os necessários ao desenvolvimento das ações de VISA; a definição de agendas de prioridades locais, com vistas a intervenções;
3. Definição das relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de governo, estabelecendo formas de articulação e execução de ações de vigilância sanitária de forma integrada e consoante com os princípios do SUS;
  - a. Articulação, cooperação e apoio efetivo entre Ministério da Saúde, ANVISA, estados, Distrito Federal e municípios, visando à consolidação do processo de estruturação do SNVS, por meio da pactuação entre as três esferas de governo;
  - b. Definição e implementação de instrumentos de pactuação e gestão que favoreçam maior eficiência, eficácia e efetividade à ação de Vigilância Sanitária, reconhecendo e respeitando a diversidade e especificidade local;
  - c. Aprofundamento da estruturação do SNVS para o gerenciamento dos riscos e controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, por meio da pactuação e do fortalecimento da articulação entre as esferas de governo;
4. Fortalecimento da VISA em todas as esferas de governo;
  - a. Indução política da estruturação da Vigilância Sanitária, a fim de que cada esfera de governo tenha estrutura e estratégias para o gerenciamento do risco sanitário local;
  - b. Promoção da qualificação dos profissionais que atuam em Vigilância Sanitária;
  - c. Estímulo à introdução da temática de Vigilância Sanitária na pauta dos espaços colegiados de gestão, discussão técnica e pactuação do SUS;
  - d. Apoio jurídico à Vigilância Sanitária, fortalecendo suas ações locais;
5. Desenvolvimento de processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos, nas três esferas de governo, para melhor apoiá-las no processo de assunção de suas responsabilidades;
  - a. Desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de VISA - expressos nos Relatórios de Gestão das três esferas de governo - visando à redução dos riscos e agravos à saúde;
  - b. Definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho e incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório nas três esferas de governo;
6. Construção de uma política de financiamento para investimento e custeio, em consonância com as diretrizes do Pacto pela Saúde, por parte das três esferas de governo, com vistas à estruturação dos serviços e operacionalização das ações de VISA, adotando a equidade e a transparência na aplicação dos recursos como princípios norteadores;
7. Estruturação e implantação de um Sistema Nacional de Informação, que promova transparência e subsidie o processo de gestão do SNVS, integrado aos sistemas de base nacional do Ministério da Saúde;
8. Harmonização da Gestão do Trabalho e Educação em VISA com as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
9. Articulação da Rede Nacional de laboratórios de Saúde Pública como suporte das ações de VISA;
  - a. Desenvolvimento de tecnologias de comunicação, para permitir a troca ágil de informações referentes a comunicação do risco sanitário;
  - b. Definição de uma linha de financiamento para custeio e investimento;

- c. Reestruturação da rede complementar de laboratórios;
- 10. Articulação efetiva das políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador;
- 11. Consolidação da responsabilidade dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de exercer o seu poder de polícia em relação às condições e ambientes de trabalho.

## **EIXO II. Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes**

1. Institucionalização de ações de caráter intersetorial, com os diversos órgãos que tenham interface com ações de VISA;
  - a. Articulação com outros órgãos responsáveis por ações regulatórias, reconhecendo seus limites de competência;
  - b. Articulação das ações de VISA com as prioridades das demais políticas públicas, nas três esferas de governo;
  - c. Articulação com os diversos órgãos e entidades de proteção do consumidor, defesa da cidadania, regulação econômica e monitoramento de mercado, bem como aos órgãos responsáveis por controle de qualidade e avaliação de conformidade;
  - d. Articulação com as empresas empregadoras, sindicatos, estabelecimentos privados de prestação de serviços de saúde, operadoras de planos de saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar para a redução de riscos sanitários e melhoria das condições de vida e saúde;
2. Aprimoramento da aplicação do princípio da precaução como um valor fundamental para as ações de vigilância sanitária, para a avaliação de novas tecnologias e para a tomada de decisões, de forma a proteger e promover a saúde da população;
3. Sistematização e incorporação dos conhecimentos produzidos dentro do próprio SNVS às práticas de vigilância sanitária, a partir das ações de registro, fiscalização e monitoramento, dentre outras;
4. Promoção do acesso aos conhecimentos científicos pertinentes às ações de regulação para os profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
5. Promoção de mecanismos de disseminação efetiva das comunicações de risco sanitário à população;
6. Articulação entre as diversas esferas de governo para a definição de prioridades da regulação sanitária e execução das ações de VISA;
7. Articulação com a rede de Laboratórios de Saúde Pública nas diversas esferas de governo, como componente essencial ao exercício da ação regulatória.
8. Elaboração e revisão da legislação, do marco regulatório, dos regulamentos técnicos e dos processos de trabalho em VISA, de forma participativa e tripartite, à luz dos conhecimentos recentes e das referências internacionais;
  - a. Harmonização das ações e instrumentos de controle sanitário e adoção de procedimentos operacionais padronizados em Vigilância Sanitária;
  - b. Aprimoramento dos instrumentos inerentes ao processo regulatório, com vistas à racionalização das atividades da Vigilância Sanitária;
9. Consolidação e ampliação, em âmbito nacional, da estratégia de vigilância e monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e serviços de saúde;
10. Articulação da ação regulatória da VISA com as diretrizes e estratégias da política de desenvolvimento nacional, levando em consideração os riscos sanitários, contribuindo para o aprimoramento da qualidade de produtos, processos e serviços.

## **EIXO III. A VISA no contexto da atenção integral à saúde**

1. Articulação permanente entre as ações de Vigilância Sanitária e os demais serviços e ações de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, garantindo a transversalidade nos diversos níveis de atenção à saúde;
2. Articulação das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, no sentido de consolidar a vigilância dos determinantes do processo saúde doença, com vistas à atenção integral à saúde;
3. Promoção e fortalecimento do trabalho conjunto da Vigilância Sanitária com a atenção básica, contribuindo para a reflexão de saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais, favorecendo a integralidade das ações de saúde, nas três esferas de governo;
  - a. Desenvolvimento de novos processos de trabalho que incorporem as tecnologias de VISA às ações básicas de saúde, com enfoque no risco sanitário;

- b. Descompartimentalização dos processos de trabalho nas ações locais, preservando especificidades e compartilhando tecnologias, conhecimentos e experiências;
- 4. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, considerando a responsabilidade sanitária, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse da saúde e as prioridades nacionais e locais de saúde, visando à integralidade das ações de atenção à saúde;
- 5. Articulação na definição de políticas de formação de trabalhadores do SUS de forma a promover a integração da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde, para o cumprimento do princípio da integralidade.

#### **EIXO IV. Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico**

1. Estímulo à Produção de Conhecimento em Vigilância Sanitária, buscando integrá-la à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, do SUS;
  - a. Produção e disseminação do conhecimento em VISA, com a participação de outros atores sociais tais como: segmentos da sociedade civil organizada, setor regulado, instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde e etc.;
  - b. Consolidação e ampliação dos Centros Colaboradores em Vigilância Sanitária, de acordo com as potencialidades regionais, articulando-os com os demais órgãos do SNVS, para o apoio ao desenvolvimento da vigilância sanitária;
  - c. Aprimoramento dos instrumentos de disseminação do conhecimento, para tornar mais efetiva a comunicação entre o SNVS e a população;
2. Consolidação do campo da Vigilância Sanitária nos espaços acadêmicos de formação e de produção científica, ensino e pesquisa;
  - a. Reconhecimento da vigilância sanitária como campo de pesquisa, inerente ao campo da Saúde Coletiva, bem como ressaltando a necessidade de interlocução com outras áreas, tendo em vista seu caráter interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial;
3. Fomento à produção de conhecimento e ao desenvolvimento tecnológico voltados para o aprimoramento do SNVS, na perspectiva da diversidade de abordagens metodológicas;
  - a. Participação com outros setores governamentais envolvidos na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para a elaboração de um plano de incorporação tecnológica a partir da identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias, com vistas à avaliação do impacto social, econômico, ambiental e sanitário decorrente de sua utilização;
  - b. Aporte de recursos de forma contínua e sistemática ao desenvolvimento de pesquisas e tecnologia nos serviços de VISA;
  - c. Fomento à efetivação de estudos sobre os determinantes dos riscos sanitários decorrentes dos novos arranjos demográficos e epidemiológicos e dos modos de produção e consumo, com vistas a ampliar a efetividade na proteção da saúde;
  - d. Estímulo à realização de estudos sobre a função regulatória e seus impactos nos problemas de saúde e no controle de inúmeros riscos à saúde relacionados a processos produtivos, bens de consumo, serviços e ambientes;
  - e. Fomento à efetivação de parcerias entre o SNVS e instituições de ensino e pesquisa - nacionais e internacionais - para o desenvolvimento de projetos em Vigilância Sanitária, de forma a aprimorar suas práticas e bases de ação;
  - f. Incentivo à produção de pesquisa pelos serviços de Vigilância Sanitária;
4. Contribuição da VISA no processo de identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias e na definição de mecanismos de incorporação tecnológica e de pesquisas, que contemplem as singularidades regionais, para avaliação do impacto social, econômico, ambiental e sanitário decorrente do seu uso;
5. Utilização das diretrizes e definições estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) como base para a avaliação de tecnologia em saúde, envolvendo as três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão acerca da incorporação crítica e independente de produtos e processos;
6. Incorporação e utilização do conhecimento acerca dos avanços tecnológicos e biotecnológicos em saúde, com ênfase na biossegurança, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa;
  - a. Utilização de mecanismos e critérios para avaliação do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária e outras inovações tecnológicas, com vistas ao desenvolvimento de pesquisas, considerando a avaliação de impactos e suas consequências para a saúde.

7. Promoção sistemática de eventos para a ampla difusão de conhecimentos sobre os determinantes do processo saúde/doença, fatores de risco e situação de saúde da população.

#### **EIXO V. Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social**

1. Promoção de espaços compartilhados de atuação dos setores envolvidos na produção de saúde, fortalecendo parcerias intersetoriais e intrasetoriais, para desenvolvimento de ações voltadas a informação, mobilização, participação e efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população;

2. Promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário e na compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os aspectos da universalidade, do acesso, da democratização da informação, da comunicação e da transparência;

a. Promoção de ações educativas e de comunicação que possam difundir a vigilância sanitária como uma política pública e responsabilidade indelegável do Estado;

b. Desenvolvimento de processos de educação e de comunicação social, destinados à conscientização da sociedade quanto ao consumo de produtos e à utilização de serviços que têm impacto na saúde, observando-se a diversidade cultural, regional e social do país;

c. Sensibilização e qualificação dos trabalhadores de saúde, para atuação junto à comunidade, fortalecendo a compreensão, mobilização e informação em vigilância sanitária;

3. Fortalecimento e qualificação do controle social na temática de vigilância sanitária;

a. Garantia do acesso à informação em vigilância sanitária;

b. Aperfeiçoamento dos mecanismos de consultas e audiências públicas, a fim de possibilitar maior participação da sociedade na elaboração de normas sanitárias, nas três esferas de governo;

c. Fortalecimento dos fóruns de discussão no âmbito da vigilância sanitária, com a participação dos órgãos de governo, setor produtivo e dos segmentos da sociedade civil organizada;

d. Estímulo à constituição de grupos técnicos para aprofundamento, reflexão e elaboração de subsídios, relativos ao tema Vigilância Sanitária, visando potencializar os trabalhos dos Conselhos de Saúde;

e. Desenvolvimento de ações educativas em vigilância sanitária para os conselheiros de saúde;

f. Articulação com os Conselhos de Saúde para inserção da VISA como um dos temas das Conferências de Saúde.