

S É R I E
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 13

Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde

1ª edição

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 13

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série Pactos pela Saúde 2006, v. 13

Tiragem: 1.^a edição – 2010 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Apoio à Gestão de

Vigilância em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, sobreloja, sala 110

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/svs>

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 6º andar, sala 655

CEP: 70.058-900 – Brasília – DF

Home page: <http://www.saude.gov.br/dab>

Supervisão geral

Gerson Penna – Secretário de Vigilância em Saúde

Coordenação-geral

Gilvânia Westin Cosenza – Diretora do Deptº

de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde

Elaboração

Aide Campagna – SVS/MS

Elaine Mendonça dos Santos – SVS/MS

Fernando Ribeiro de Barros – SVS/MS

George Santiago Dimech – SVS/MS

Gilvânia Westin Cosenza – SVS/MS

Kassandra de Freitas Rodrigues – Anvisa/MS

Liliana Fava – SVS/MS

Musa Morena Silva Dias – Anvisa/MS

Samia Nadaf – SVS/MS

Sonia Maria Feitosa Brito – SVS/MS

Vanessa Pinheiro Borges – SVS/MS

Wender Antonio de Oliveira – SVS/MS

Colaboradores

Angela Pistelli – SVS/MS

Carolina Carvalho – SVS/MS

Christiane Domingues – Visa/SES/SC

Claudia Rezende Medeiros – SVS/MS

Dolly Cammarota – Anvisa/MS

Edlamar Pereira – SVS/MS

Edmundo Costa Gomes – Conasems

Edna Maria Covem – Anvisa/MS

Érika de Oliveira Moraes Rego – Visa/SES/TO

Estanislene Oliveira – SVS/MS

Glauco Henry Leibovich – SVS/MS

Heloiza Machado de Souza – SVS/MS

Ivenise Leal Braga – SVS/MS

Josemir da Silva – SVS/MS

Kassandra de Freitas Rodrigues – Anvisa/MS

Luis Antonio Silva – Conass

Luis Armando Erthal – Anvisa/MS

Marcos da Silveira Franco – Conasems

Musa Morena Silva Dias – Anvisa/MS

Nereu Henrique Mansano – Conass

Pedro Lucena – SVS/MS

Rodrigo Lacerda – Conasems

Sylvéria de Vasconcelos Milhomem – Visa/SES/GO

Tatiana Pino Gomes – Visa/SES/SC

Vagner Souza Luciano – SE/MS

Viviane Rocha Luiz – Conass

Normalização

Adenilson Félix – Editora MS

Revisão

Luciene de Assis – Nucom/SVS

Projeto gráfico

Gilberto Tomé

Diagramação

Sabrina Lopes – Nucom/SVS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

ISBN 978-85-334-1706-9

1. Promoção da Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Planejamento em Saúde. 4. Doença Crônica. I. Título. II. Série.

CDU 614.39

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0474

Títulos para indexação

Em inglês: Directives and Recommendations to the Integral Health Care

Em espanhol: Directrices y Recomendaciones para el Cuidado Integral de Enfermedades

Sumário

Apresentação	9
Capítulo I: Política e Gestão da Vigilância em Saúde . .	11
O Sistema Único de Saúde	13
Como fazer a gestão local do SUS?	13
Diretrizes do SUS: o que é Pacto pela Saúde?	14
Vigilância em Saúde: do que estamos falando? . . .	16
Quais são os componentes da vigilância em saúde?	16
Onde devem ser desenvolvidas as ações da vigilância em saúde? . . .	16
Como buscamos a integralidade da vigilância com a atenção à saúde?	17
Como fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família?	18
Como será realizada a formação do nível médio de vigilância em saúde e dos agentes de combate às endemias?	18
Quais são as ações de cada componente da vigilância em saúde? . . .	19
Como o SUS se organiza para enfrentar as emergências em saúde pública?	21
A vigilância em saúde e o planejamento	22
Planejamento e programação em saúde	23
Que diretrizes norteiam o planejamento?	23
Quais são os instrumentos do planejamento?	24
Como ocorre a programação das ações da vigilância em saúde? . . .	25
Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	27

Quais são as responsabilidades dos entes federativos dos sistemas de vigilância?	28
Em relação ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	28
Em relação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	28
Como compartilhar a gestão da vigilância em saúde entre os municípios e o estado?	29
Caracterização de uma região de saúde	29
Serviços que devem ser disponibilizados em escala regional	30
Levantamento de profissionais e da infraestrutura existentes	30
Financiamento do Sistema Único de Saúde	31
Quais são os seus pressupostos?	31
Quais são os blocos de financiamento e seus componentes?	31
Como gerenciar os recursos financeiros do Bloco da Vigilância em Saúde?	33
O que é limite financeiro da vigilância em saúde?	33
Quais são os componentes do limite financeiro da vigilância em saúde?	33
Quais são os pisos financeiros dos componentes do Bloco da Vigilância em Saúde?	34
Como é constituído o piso financeiro do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde?	34
Como é constituído o piso financeiro do Componente de Vigilância Sanitária?	35
Mecanismo de pactuação das ações de vigilância sanitária	36
Como utilizar os recursos do Bloco da Vigilância em Saúde?	39
Como utilizar os recursos previstos nos pisos financeiros do Componente de Vigilância em Saúde?	40
A que se destinam os recursos previstos no piso financeiro do Componente de Vigilância Sanitária?	42
Impedimentos para a utilização dos recursos do Bloco de Vigilância em Saúde	44

Como são financiadas as ações de saúde do trabalhador?	45
Como são financiadas as ações de promoção da saúde?	45
Bloqueio de repasse de recursos do Bloco da Vigilância em Saúde	46
Capítulo II: Emergências em Saúde Pública	47
Introdução	49
Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)	50
O que é o Regulamento Sanitário Internacional?	50
Qual é o propósito do RSI (2005)?	51
Quais são as razões que justificam a vigilância internacional em saúde pública?	51
Qual é a origem do RSI (2005)?	51
O que o RSI (2005) incorpora no sistema de saúde internacional?	53
Quem é responsável por promover o RSI?	53
Qual é o Ponto Focal Nacional do RSI (2005) no Brasil?	54
Quais são as capacidades básicas de saúde instituídas pelo RSI para vigilância e respostas às emergências?	55
Como se aplica o RSI (2005) no Brasil?	55
O que é a Rede Cievs e quais são as suas finalidades?	56
Quais são as autoridades competentes para a execução do RSI?	57
Quais são os tipos de eventos que devem ser comunicados à AMR/Cievs?	58
Como é o processo de monitoramento, avaliação e notificação da AMR/Cievs à OMS?	59

Qual é o apoio que o Ministério da Saúde pode oferecer, em situações de ESPIN e/ou ESP II, via AMR/Cievs?	60
Quais são os prazos para aplicação integral do RSI (2005)?	61
O que é Comunicação de Risco?	61
Qual o objetivo da Comunicação de Risco?	61
Quais são as diretrizes da Comunicação de Risco?	62
Qual é o papel da Comunicação de Risco em uma emergência de saúde pública?	62
Quais medidas de saúde pública devem ser realizadas nos pontos de entrada do país?	63
Quais são os documentos exigidos pelas autoridades portuárias?	64

Anexos 65

Anexo A – Leitura recomendada 67

**Anexo B – Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro
de 2009. 71**

Lista de siglas

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Cerest – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

Cievs – Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde

AMR – Unidade Nacional de Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta em Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DST/Aids – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

Espin – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

Faec – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

Finlacen – Financiamento para o custeio de ações laboratoriais

FNS/SE/MS – Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOA – Lei Orçamentária Anual

LVE – Lista de Verificação de Emergências

MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB Fixo – Piso da Atenção Básica Fixo

PAB Variável – Piso da Atenção Básica Variável

PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PFVisa – Piso Fixo de Vigilância Sanitária

PFVPS – Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde

PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde

PPA – Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde

PVVisa – Piso Variável de Vigilância Sanitária

PVVPS – Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

TFVS – Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

Vigisus – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

VS – Vigilância em Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

Apresentação

A Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, trata das diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, sistematizando os conceitos que orientam o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde.

Destaque-se que nesta Portaria a Vigilância em Saúde (VS) insere-se normativamente no Pacto pela Saúde, trazendo reflexões a respeito da participação da VS no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), colocando-a como parte desse processo e integrando instrumentos e prazos; definindo estratégias de integração com a atenção, em especial com a atenção primária à saúde. Propõe maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regional – CGR.

Apresenta também as competências das três esferas de governo para o desenvolvimento do Sistema e traz mudanças no financiamento federal.

A Portaria foi elaborada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, em uma demonstração clara do exercício do consenso na construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

O caderno está dividido em dois capítulos: o primeiro trata das diretrizes gerais e estratégicas da Vigilância em Saúde, e o segundo aborda questões relativas ao enfrentamento das Emergências em Saúde Pública.

A publicação deste caderno da série Pactos pela Saúde busca a capilarização das novas diretrizes estratégicas para a Vigilância em Saúde para todos os envolvidos na construção, elaboração e execução das políticas de saúde, em particular da vigilância em saúde, incentivando as discussões e o aprimoramento do tema.



Capítulo I: Política e Gestão em Vigilância em Saúde



O Sistema Único de Saúde

Como fazer a gestão local do SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS), em construção desde 1990, orienta os sistemas de saúde a se organizarem em bases territoriais.

A organização em territórios reflete a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente – e suas características políticas, econômicas e culturais – e significa mais do que uma população que vive dentro de determinados limites geográficos. Pressupõe, também, uma distribuição dos serviços de saúde que atendam a áreas de abrangência delimitadas.

Esse tipo de organização facilita o acesso das pessoas aos serviços mais próximos de sua residência e faz com que os gestores desenvolvam uma responsabilização sanitária pela população local.

A participação da sociedade organizada ressignifica a gestão local, municipal e distrital, propondo uma articulação de políticas intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A territorialização é a base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da vigilância em saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Diretrizes do SUS: o que é o Pacto pela Saúde?

Em 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população.

O Pacto pela Saúde define prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, traduzidos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal.

O Pacto pela Vida pressupõe:

- definir e pactuar as metas locais;
- definir estratégias para alcançar as metas;
- instituir um processo de monitoramento.

As prioridades atuais do PACTO PELA VIDA são:

- I – atenção à saúde do idoso;
- II – controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III – redução da mortalidade infantil e materna;
- IV – fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
- V – promoção da saúde;
- VI – fortalecimento da atenção básica;
- VII – saúde do trabalhador;
- VIII – saúde mental;
- IX – fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X – atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI – saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS passa por um movimento de repolitização da saúde, com clara estratégia de mobilização social vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um de seus pontos centrais.

O Pacto em Defesa do SUS pressupõe:

- discutir nos conselhos municipais e estaduais as ações e estratégias para a concretização desta proposta;
- priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas;
- lutar por um adequado financiamento.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Propõe, ainda, avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando-se as especificidades regionais.

O Pacto de Gestão pressupõe:

- assumir de maneira efetiva as responsabilidades sanitárias inerente a cada esfera de gestão;
- reforçar a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando-se as regiões sanitárias;
- instituir colegiados de gestão regional;
- buscar critérios de alocação equitativa dos recursos financeiros;
- reforçar os mecanismos de transferência fundo-a-fundo entre gestores.

Os gestores estaduais e municipais, ao definirem a aplicação dos recursos, devem considerar as ações relacionadas à Vigilância em Saúde que estão destacadas como prioridades no Pacto pela Saúde.

Vigilância em saúde: do que estamos falando?

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Quais são os componentes da vigilância em saúde?

São as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Onde devem ser desenvolvidas as ações da vigilância em saúde?

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

Como buscamos a integralidade da vigilância com a atenção à saúde?

A Vigilância em Saúde, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

- I – compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes da Saúde da Família;
- II – planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- III – monitoramento e avaliação integrada;
- IV – reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros;
- V – educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo-se a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária – Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações.

Como fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família?

Uma das estratégias indutoras é a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária junto às equipes de saúde da família, sendo agregadas ações como controle ambiental, endemias, zoonoses e controle de riscos e danos à saúde.

A incorporação do ACE nas equipes de saúde da família pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos agentes comunitários de saúde e do agente de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família.

A Portaria nº 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Como será realizada a formação do nível médio de vigilância em saúde e dos agentes de combate às endemias?

A ordenação da educação profissional técnica de nível médio para a área de vigilância em saúde será ofertada no segundo semestre de 2010 aos profissionais de saúde, através das Escolas Técnicas de Saúde – ETSUS, com cursos de no mínimo 1.200 horas/aula, com itinerário formativo para profissionais que trabalham na área da vigilância em saúde e que tenham educação formal de nível médio completo.

Para os profissionais com educação de nível elementar as ETSUS devem ofertar, a partir do segundo semestre de 2010, cursos para agentes de vigilância em saúde, com uma carga horária de 400 horas/aula.

O mapeamento das competências do pessoal de nível médio em vigilância em saúde atende às atividades que o profissional deve desempenhar em seu território, com eixos estruturantes como organização e gestão do processo de trabalho em vigilância em saúde, no âmbito da atenção básica; execução de ações e procedimentos técnico-operacionais; e educação e comunicação.

Quais são as ações de cada componente da vigilância em saúde?

A **vigilância epidemiológica** é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A **vigilância da situação de saúde** desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

A **vigilância em saúde ambiental** visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar

e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

A **vigilância em saúde do trabalhador** caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange 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, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da **promoção da saúde**. Essa política objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

Como o SUS se organiza para enfrentar as emergências em saúde pública?

Para o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão, o sistema de saúde conta com uma rede integrada de unidades de alerta e resposta, denominada Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs), e tem como objetivo a detecção das emergências, a avaliação contínua de problemas que possam constituir emergências de saúde pública e o gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

- I – Rede de Comunicação em Visa (RCvisa), que notifica surtos relacionados a alimentos;
- II – Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;
- III – Hospitais-sentinela, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;
- IV – Notivisa, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:
 - a) medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;
 - b) artigos médico-hospitalares;
 - c) equipamento médico-hospitalar;
 - d) sangue e componentes;
 - e) agrotóxicos;
- V – Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos;
- VI – postos da Anvisa em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos;
- VII – Rede Nacional de Investigação de Surto em Serviços de Saúde (RENISS), com estrutura técnico operacional para investigar e interromper surtos em serviços de saúde.

A vigilância em saúde e o planejamento

A vigilância em saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, identificação de problemas, estabelecimento de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento.

A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, por intermédio da:

- caracterização da população: variáveis demográficas (número de habitantes com distribuição por sexo, idade, local de residência, fluxos de migração, etc.); variáveis socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.); variáveis culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.);
- caracterização das condições de vida: ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições de habitação, acesso a transporte, segurança e lazer); características dos sujeitos (nível educacional, inserção no mercado de trabalho, tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política);
- caracterização do perfil epidemiológico: indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade;
- descrição dos problemas: O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

Recomenda-se, para análise da situação de saúde, utilizar os sistemas de informação disponíveis, indicadores de saúde, fontes diversas de dados, processamento estatístico, construção de séries temporais, desagregação por grupos e distribuição territorial, considerando valores e culturas locais.

Planejamento e programação em saúde

Planejamento é um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. Essas ações devem ser identificadas de modo a permitir que sejam executadas de forma adequada e considerando aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes.

O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde pressupõe a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Define elementos e características que visam a dotar os gestores – de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção – do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no SUS.

Que diretrizes norteiam o planejamento?

Deve ser desenvolvido de forma ascendente, articulada, integrada e solidária entre as esferas de gestão. Cada esfera deve realizar o seu próprio planejamento, fortalecendo os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as necessidades e realidades de saúde locais e regionais. Além disso, deve buscar o monitoramento e avaliação do SUS, bem como promover a participação social e a integração intra e inter-setorial, considerando-se os determinantes e condicionantes de saúde.

Quais são os instrumentos do planejamento?

O processo de planejamento do SUS é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições; dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população; dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde; e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência.

O Plano de Saúde (PS) apresenta as intenções e os resultados a serem perseguidos no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. É a definição das políticas de saúde em determinada esfera de gestão. É a base para a execução, acompanhamento, avaliação e gestão do sistema de saúde. Deve ser feito de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde.

A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Detalha as ações, metas e recursos financeiros para o PAS e apresenta os indicadores para avaliação (a partir dos objetivos, diretrizes e metas do plano de saúde). Contém – de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica – as programações das áreas específicas.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) expressa os resultados alcançados, apurados com base no conjunto de indicadores definidos na programação para acompanhar o cumprimento das metas fixadas.

A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, discutidos nos colegiados de gestão regionais.

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde, e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

O PDR, articulado com a Programação Pactuada Integrada, deve expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. Deve também contemplar as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

A PPI é um processo que visa a definir a programação das ações de saúde relacionadas à assistência, em cada território, bem como nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

Todos os entes federados devem formular/inserir seu plano de saúde no Plano Plurianual (PPA) e elaborar relatório de gestão anual, a serem apresentados e submetidos à aprovação do conselho de saúde correspondente.

Como ocorre a programação das ações de vigilância em saúde?

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) é um conjunto de ações que devem subsidiar a programação das SES e SMS para o alcance das metas do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas federal, estadual e municipais. Deve, portanto, compor a Programação Anual de Saúde, respeitando-se a premissa do planejamento ascendente e permitindo flexibilidade na definição de ações e parâmetros nos espaços locais e regionais.

Em relação às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, devem ser elaboradas com base no Elenco Norteador de VISA e assim como a PAVS, devem compor a Programação Anual de Saúde. O Elenco Norteador foi construído a partir das diretrizes do PDVISA, aprovadas por meio da Portaria nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, e do Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006.

Para a construção da integralidade em saúde exige-se que a programação das ações de VS ocorra de forma articulada com outras áreas da atenção à saúde, particularmente a Atenção Primária.

As secretarias de saúde, com base nos parâmetros definidos na PAVS, elaboram a programação de suas ações, podendo acrescentar algumas de interesse sanitário municipal ou estadual.

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), realiza o monitoramento das ações da PAVS junto às secretarias estaduais de saúde, as quais monitoram seus respectivos municípios.

A SVS/MS, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, também pode realizar este monitoramento junto às secretarias municipais de saúde.

Assim como a SVS/MS, a Anvisa/MS desenvolve mecanismos de acompanhamento da descentralização das ações de vigilância sanitária, atendendo à sua atribuição regimental, regulamentada na Portaria nº 354/GM/MS, de 11 de agosto de 2006.

Os gestores municipais, estaduais e federal devem realizar avaliações anuais da execução da PAVS e das ações de vigilância sanitária, incluindo-as em seu Relatório de Gestão Anual.

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) é coordenado pela SVS/MS no âmbito nacional e é integrado pelos seguintes subsistemas: i) subsistema nacional de vigilância epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis; ii) e subsistema nacional de vigilância em saúde ambiental, incluindo ambiente de trabalho.

Além disso, são integrantes do SNVS o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e saúde ambiental; os sistemas de informações de vigilância em saúde; programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações, e ainda a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Política Nacional de Promoção da Saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é coordenado pela Anvisa no âmbito nacional e integrado pela Anvisa, Vigilâncias Sanitárias Estaduais, Vigilâncias Sanitárias Municipais, Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, no aspecto pertinente à vigilância sanitária; e sistemas de informação de vigilância sanitária.

Quais são as responsabilidades dos entes federativos dos sistemas de vigilância?

Em relação ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

A Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, regula-menta as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde e vigilância sanitária.

Em relação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece, dentre outras, as competências das três esferas de governo em relação às ações de vigilância sanitária. Além da citada Lei, tem-se a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, mencionada acima.

Como compartilhar a gestão da vigilância em saúde entre os municípios e o estado?

A Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e os termos de compromisso de gestão estabelecem que os municípios assumam a responsabilidade pela gestão e execução das ações básicas “não compartilhadas” de vigilância em saúde e que as atividades compartilhadas devem ser pactuadas entre os municípios e o Estado na Comissão Intergestores Bipartite, considerando-se o desenho de regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis e o desenvolvimento racionalizado de ações mais complexas.

Caracterização de uma região de saúde

Delimitada espacialmente de acordo com critérios previamente pactuados, inclui a análise das necessidades da população por ações de saúde, recursos existentes e capacidade instalada de serviços responsáveis por elas.

Características ligadas ao grau e à forma de urbanização; diferenciais socioeconômicos e culturais, bem como ambientais, entre outras, interferem no risco de ocorrência de várias doenças ou agravos.

Exemplo disso é a relação observada entre a ocorrência de dengue e o grau de urbanização: áreas com alta densidade demográfica, regiões conurbadas costumam apresentar maior incidência da doença. Em consequência, as ações a serem desenvolvidas com vistas a seu controle necessariamente ultrapassam os limites dos municípios, devendo ser planejadas regionalmente e executadas de maneira articulada.

Serviços que devem ser disponibilizados em escala regional

Laboratórios de saúde pública, câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos, centros de referência para imunobiológicos especiais, centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos, centrais de armazenamento de inseticidas, serviços de verificação de óbitos, serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade, e outros que vierem a ser definidos.

Levantamento de profissionais e da infraestrutura existentes

Considerando-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas na região, é fundamental para o planejamento a análise da situação existente e da necessidade de profissionais, por tipo e grau de formação, bem como da infraestrutura (espaço físico, equipamentos, etc.).

Cada sistema local/regional de saúde deverá, por intermédio do colegiado de gestão, discutir estratégias integradas com as diversas áreas para o enfrentamento de situações que exijam o compartilhamento da gestão.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

Quais são os seus pressupostos?

- Responsabilidade das três esferas de gestão: União, estados e municípios;
- Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a serem contempladas na metodologia de alocação de recursos, considerando-se as dimensões étnico-racial e social;
- Repasse fundo-a-fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
- Financiamento de custeio com recursos federais constituídos, organizados e transferidos em blocos de recursos – o uso dos recursos fica restrito a cada bloco, atendendo-se às especificidades neles previstas, conforme regulamentação específica.

Nota: As bases de cálculo pertinentes a cada bloco e os montantes financeiros destinados para os estados, municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Quais são os blocos de financiamento e seus componentes?

- Atenção básica. Componentes: piso da atenção básica fixo; piso da atenção básica variável;
- Atenção de média e alta complexidades. Componentes: limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; fundo de ações estratégicas e compensação;
- Vigilância em saúde. Componentes: vigilância e promoção da saúde; vigilância sanitária;

- Assistência farmacêutica. Componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional;
- Gestão do SUS. Componentes: qualificação da gestão do SUS; implantação de ações e serviços de saúde.
- Investimentos na rede de serviços de saúde: composto por recursos financeiros a serem transferidos, mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

Como gerenciar os recursos financeiros do Bloco da Vigilância em Saúde?

Os recursos financeiros federais representam parte do financiamento tripartite, destinado ao desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, definidas como responsabilidade de cada esfera de governo.

O que é limite financeiro da vigilância em saúde?

Os recursos financeiros correspondentes às ações de vigilância em saúde compõem o limite financeiro da vigilância em saúde nos estados, municípios e Distrito Federal, e representam o agrupamento das ações das vigilâncias, epidemiológica, ambiental, e sanitária; e também as ações de promoção da saúde.

Quais são os componentes do limite financeiro da vigilância em saúde?

Os recursos federais transferidos para estados, Distrito Federal e municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde, e são constituídos por:

- I – Componente de Vigilância e Promoção da Saúde; e
- II – Componente da Vigilância Sanitária.

Quais são os pisos financeiros dos componentes do Bloco da Vigilância em Saúde?

São constituídos do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS); e Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) e Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA).

Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica.

Como é constituído o piso financeiro do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde?

O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, e é constituído por:

a) Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS)

O PFVPS compõe-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação das unidades federadas, população e área territorial.

Foi mantida a metodologia de estratificação, tomando-se por base as características epidemiológicas, populacionais e territoriais de cada estado, considerando-se, também as dificuldades regionais para execução das ações.

As unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

- I – Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);
- II – Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

- III – Estrato III: São Paulo, Paraná;
- IV – Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

b) Piso Variável de Promoção e Vigilância em Saúde (PVVPS)

O PVVPS é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica. São eles:

- I – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE;
- II – Serviço de Verificação de Óbito – SVO;
- III – Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP
- IV – Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS;
- V – Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- VI – Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST;
- VII – Promoção da saúde;
- VIII – Outros que venham a ser instituídos.

Como é constituído o piso financeiro do Componente de Vigilância Sanitária?

O componente de vigilância sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído por:

a) Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa)

É composto pelo piso estruturante e pelo piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao Finlacen-Visa;

O piso estruturante é calculado com base no valor per capita. O repasse desse piso não requer pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Já o piso estratégico, calculado também pelo valor per capita, depende de pactuação, segundo critérios acordados na CIB.

Ressalte-se que os atos de homologação de novas pactuações do piso estratégico no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite, relativas

às ações de vigilância sanitária, terão como data limite o mês de julho de cada exercício financeiro.

Em relação ao Finlacen-Visa, este será instituído em normatização específica para os municípios que dispõem de estrutura operacional para realizar ações laboratoriais de Visa.

b) Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa)

É constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica.

- gestão de pessoas em Vigilância Sanitária para política de educação permanente;
- outros que venham a ser instituídos.

Mecanismo de pactuação das ações de vigilância sanitária

A pactuação das ações de vigilância sanitária para recebimento do piso estratégico, que compõe o PFVisa, é realizada através da homologação na CIB das ações de Visa constantes da Programação Anual de Saúde, após aprovação no respectivo Conselho de Saúde.

A Portaria nº 1.106/GM/MS, de 12 de maio de 2010, atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária.

As ações de vigilância sanitária, nos termos da legislação em vigor, serão orientadas pelo Elenco Norteador, de acordo com as necessidades e a realidade locorregional dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

O Elenco Norteador é constituído por dois grupos de ações, descritos a seguir:

Grupo I. Ações para estruturação e fortalecimento da gestão

Área de estruturação	Parâmetros
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de Visa investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da Visa, com definição de atribuições e competências.
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, meio de transporte e impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistemas de informação de interesse do SNVS.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de Visa para o desenvolvimento das atividades.
	Educação permanente.
5. Fortalecimento da Gestão	Participação em instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIB, Colegiado de Gestão Regional e Câmaras Técnicas).
	Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social.
	Monitoramento e avaliação das ações de Visa definidas no Plano de Saúde, nas Programações Anuais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão.
	Participação no processo de descentralização e de regionalização.
	Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde.
	Participação no financiamento das ações.

Grupo II. Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário

Área de intervenção	Parâmetros
1. Produtos, serviços de saúde e de interesse à saúde e ambientes	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostra para análise.
	Notificação, investigação e comunicação de risco.
	Análise sanitária de projetos arquitetônicos
	Ações integradas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Ações intersetoriais de educação em saúde.
	Atendimento à denúncia/reclamação.
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Colaboração com a União nas ações em portos, aeroportos e fronteiras.
	Incorporação das ações de Visa, em conjunto com a Atenção Primária à Saúde, no cotidiano das comunidades.
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, etc.
5. Ações laboratoriais de Visa	Monitoramento de produtos. Sistema de Gestão da Qualidade dos Laboratórios.

Esse conjunto de responsabilidades e compromissos da vigilância sanitária, pactuadas na CIB, deve compor a Programação Anual de Saúde aprovada no respectivo conselho de saúde.

Para definição da responsabilidade sanitária de cada gestor são prioritárias a delimitação de seu universo de atuação e a quantificação

dos estabelecimentos em funcionamento no território, bem como as atribuições da vigilância sanitária para intervenção nos problemas de saúde da população.

Como utilizar os recursos do Bloco da Vigilância em Saúde?

Esses recursos, repassados do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, destinam-se a financiar ações de vigilância em saúde, podendo ser utilizados tanto para custeio como para investimentos, desde que observados os impedimentos e adequações às legislações federal, estaduais e municipais.

Os recursos financeiros devem ser mantidos em conta apropriada e aplicados em caderneta de poupança, caso não sejam imediatamente utilizados para a finalidade a que se destinam e cuja previsão de uso ocorra em período igual ou superior a um mês.

Se a previsão de utilização do recurso for inferior a um mês, este deve ser aplicado em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou em operações de mercado aberto lastreadas em títulos da dívida pública federal, como determina o art. 20 da Instrução Normativa STN nº 1/1997.

É recomendável que cada secretaria estadual ou municipal de saúde procure compatibilizar a utilização dos recursos dos pisos financeiros do Bloco de Vigilância em Saúde com a elaboração dos orçamentos anuais¹, baseado no respectivo plano estadual e/ou municipal de saúde.

1. O orçamento público é o instrumento legal que prevê as receitas e fixa as despesas de cada ente federativo (União, estados, municípios e Distrito Federal). Fundamenta-se nos artigos 165 a 169 da Constituição Federal; na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que institui normas para a elaboração e controle do orçamento e demonstrações financeiras; e na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas para a responsabilidade na gestão.

Como utilizar os recursos previstos nos pisos financeiros do Componente de Vigilância em Saúde?

Exemplos de como gastar os recursos

Observado o princípio básico de destinação específica, para as ações de Vigilância em Saúde poderão ser previstos, nos limites dos pisos financeiros do componente de VS, recursos destinados, entre outros gastos, a:

Despesas de custeio

a) Recursos humanos

- contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de controle de doenças;
- gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da vigilância em saúde;
- capacitações específicas com conteúdo da vigilância em saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial;
- participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros em que sejam apresentados e discutidos temas relacionados à vigilância em saúde;
- diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à vigilância em saúde, bem como para participação em eventos ligados à área.

b) Serviços de terceiros

- pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados à secretaria estadual de saúde, além de pesquisa e troca de informações técnicas;
- confecção e reprodução de material informativo, educativo (folheters, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica);

- manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da vigilância em saúde;
- pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da vigilância em saúde;
- pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da vigilância em saúde;
- aluguel de imóveis para atividades próprias da vigilância em saúde.

c) Material de consumo

- peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos;
- isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório;
- materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública;
- compra de equipamentos de proteção individual (EPI) para atividades de controle de vetores (competências definidas na Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009);
- reposição de peças para equipamentos de aspersão;
- lâminas, lamínulas, estiletes e papel filtro;
- material de escritório.

Despesas de capital

a) Equipamentos/material permanente

- veículos e utilitários, desde que tenham uso exclusivamente destinados ao apoio à execução das ações de vigilância em saúde;
- equipamentos e mobiliários necessários para estruturar a vigilância em saúde municipal e/ou estadual, tais como computadores, fax, aparelhos telefônicos, câmeras fotográficas, retroprojektor, televisão, vídeo, máquina para fotocópia, projetor de multimídia, etc.;

- aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área da vigilância em saúde;
- equipamentos para estruturar a rede de frio no município e/ou estado;
- equipamentos de aspersão de inseticidas;
- equipamentos para suporte laboratorial, como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas, etc.

A que se destinam os recursos previstos no piso financeiro do Componente de Vigilância Sanitária?

Os recursos financeiros destinam-se à execução das ações de vigilância sanitária, nos termos da legislação em vigor, orientadas pelo Elenco Norteador (já mencionado anteriormente), de acordo com as necessidades e a realidade locorregional dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme detalhado a seguir:

Despesas de custeio

a) Recursos humanos

- gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da vigilância em saúde;
- capacitações específicas, com conteúdo da vigilância em saúde, para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial;
- participação em seminários e congressos de saúde coletiva, em que sejam apresentados e discutidos temas relacionados à vigilância em saúde;
- diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à vigilância em saúde, bem como para participação em eventos ligados à área.

b) Serviços de terceiros

- pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados à secretaria estadual de saúde, além de pesquisa e troca de informações técnicas;
- confecção e reprodução de material informativo educativo (folhetos, cartazes, cartilhas, faixas, *banners*, etc.) e técnico (manuais, termos legais, dentre outros);
- manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da vigilância em saúde;
- pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da vigilância em saúde;
- pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da vigilância em saúde;
- aluguel de imóveis para a realização de atividades próprias da vigilância em saúde.

c) Material de consumo

- peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos;
- equipamentos para inspeção sanitária;
- materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública;
- material de escritório.

Despesas de capital

a) Equipamentos/material permanente

- veículos e utilitários de apoio à execução das ações de vigilância em saúde;
- equipamentos e mobiliários necessários para estruturar a vigilância em saúde municipal e/ou estadual, tais como computadores, fax,

aparelhos telefônicos, câmeras fotográficas, retroprojetor, televisão, vídeo, máquina para fotocópia, projetor de multimídia, etc.;

- aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área da vigilância em saúde;
- equipamentos para suporte laboratorial, como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas, etc.

Impedimentos para a utilização dos recursos do Bloco de Vigilância em Saúde

Fica vedada, segundo a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, a utilização dos recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS para pagamento de:

- I – servidores inativos;
- II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV – pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado;
- V – obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Fica vedada a aplicação de recursos do Bloco da Vigilância em Saúde para:

- atividades de assistência médica;
- contratação de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência médica.

Como são financiadas as ações de saúde do trabalhador?

Os recursos para o financiamento das ações de promoção, prevenção, reabilitação e vigilância em saúde do trabalhador são oriundos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, que repassa mensalmente R\$ 40.000,00 para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) estaduais e R\$ 30.000,00 para os regionais (custeio de todas e quaisquer ações). Estão previstos, quando da implantação, recursos de R\$ 50.000,00 em parcela única, a todos os centros habilitados (Bloco de Gestão do SUS).

Como o trabalhador está submetido a todas as circunstâncias do cidadão, a saúde do trabalhador também é financiada pelos demais blocos.

Como são financiadas as ações de promoção da saúde?

O financiamento dessas ações está regulamentado nos instrumentos integrantes dos blocos de financiamento da vigilância em saúde, por meio de incentivos que não têm caráter permanente, no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde e da atenção básica, por intermédio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Bloqueio de repasse de recursos do Bloco da Vigilância em Saúde

De acordo com a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, as transferências fundo-a-fundo do Ministério da Saúde para os estados, Distrito Federal e/ou municípios, do Bloco de Vigilância em Saúde, serão suspensas nas seguintes circunstâncias:

- Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para Estados e Municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos seguintes sistemas de informações: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Componente da Vigilância Sanitária para Estados e Municípios dar-se-á caso seja constatado o não cadastramento no CNES ou 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento do SIA-SUS.

A regularização do repasse dos recursos ocorrerá no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram a suspensão.

Capítulo II:

Emergências em Saúde Pública



Introdução

O fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde frente às emergências de saúde pública constitui-se em uma das prioridades do Pacto pela Vida, refletindo a política do Ministério da Saúde, em parceria com os gestores estaduais e municipais, de aprimorar a infraestrutura do SUS e a organização dos processos de trabalho para a detecção e manejo dessas emergências, no marco do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado em 2005.

A Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprovou as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão, dá um destaque especial a este tema, definindo o papel da SVS, dos estados e municípios e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na resposta oportuna às situações de risco de disseminação de doenças e à ocorrência de outros eventos também caracterizados como emergências de saúde pública.

Este capítulo contempla alguns aspectos que envolvem a aplicação do RSI (2005), enfatizando-se as definições de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional e os sistemas de controle e de resposta em portos, aeroportos e fronteiras terrestres.

Seu objetivo é ampliar a divulgação das rotinas de notificação, verificação, avaliação, monitoramento e resposta aos eventos de importância nacional e internacional aos profissionais de saúde que atuam nas três esferas do SUS. Tais aspectos são fundamentais para a implementação eficaz do RSI (2005), visando ao fortalecimento da gestão nacional e global de eventos de importância de saúde pública.

No Brasil, a implantação da Rede Cievs é uma das estratégias principais para fortalecer a capacidade de resposta às Emergências em Saúde Pública, estando contemplada na 3ª Diretriz do Pacto pela Saúde “Mais Saúde”. Esta Rede já está implantada em 24 estados e em 22 capitais brasileiras, devendo atingir 100% das unidades federadas e das capitais até o final do próximo ano.

Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)

O que é o Regulamento Sanitário Internacional?

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) é um instrumento jurídico internacional, elaborado para ajudar a proteger os países contra a propagação internacional de doenças, incluindo-se os riscos para saúde pública e as emergências de saúde pública.

O RSI (2005) introduz o conceito de “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII), que é definido como um risco de saúde pública com potencial de propagação de doenças para outro país, requerendo uma resposta internacional coordenada.

Por sua vez, a SVS/MS passou a adotar a seguinte definição para caracterizar situações de emergência nacional:

***Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional:**

Evento que apresente RISCO de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma unidade federada (estado ou Distrito Federal) ou outros eventos de saúde pública (independentemente da natureza ou origem) que possa necessitar de resposta nacional coordenada.

Qual é o propósito do RSI (2005)?

Prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, direcionada especificamente aos riscos para a saúde pública, evitando-se interferências desnecessárias no tráfego e no comércio internacionais.

Quais são as razões que justificam a vigilância internacional em saúde pública?

- Detecção oportuna, contenção e/ou controle de qualquer risco para a saúde pública internacional.
- Notificação dos eventos de importância internacional à Organização Mundial de Saúde (OMS), facilitando a resposta de saúde pública dos países-membros, com o intercâmbio de informações de interesse epidemiológico.
- Possibilitar a coordenação internacional, por meio da OMS, o que favorece a assistência por meio de instituições multilaterais, em caso de eventos de saúde pública, minimizando-se os prejuízos ao tráfego e ao comércio internacionais.

Qual é a origem do RSI (2005)?

O RSI (2005) foi aprovado pela 58ª Assembléia Geral da OMS, em 23 de maio de 2005, e entrou em vigor no dia 15 de junho de 2007. Atualmente o documento está em uso em 194 países-membros da OMS. No Brasil o seu texto foi aprovado pelo Decreto Legislativo nº 395, do Senado Federal, e promulgado em 9 de julho de 2009.

Segue abaixo um breve histórico dos fatos que culminaram na elaboração do RSI e suas atualizações:

Século XIX

Entre 1830 e 1847, as gestões diplomáticas a respeito de doenças infecciosas e a cooperação multilateral se intensificaram frente às epidemias de cólera que atingiu a Europa, dando início à primeira Conferência Sanitária Internacional em Paris, em 1851.

Em 1892 a Conferência Sanitária Internacional, realizada em Veneza, adaptou uma convenção sanitária internacional unicamente sobre cólera.

Em 1897 foi aprovada uma convenção sanitária internacional sobre a peste.

Século XX

Em 1902, em Washington D.C., uma conferência internacional criou o Escritório Sanitário Internacional dos Estados Americanos, precursor do Escritório Panamericano e da atual Organização Pan-Americana de Saúde.

Em 1907 os países europeus criaram o Escritório Internacional de Higiene Pública.

Em 1924, na cidade de Havana, Cuba, governos de 21 países assinaram o Código Sanitário Pan-Americano.

Em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde.

Em 1951 os países-membros da OMS aprovaram primeiro Regulamento Sanitário Internacional.

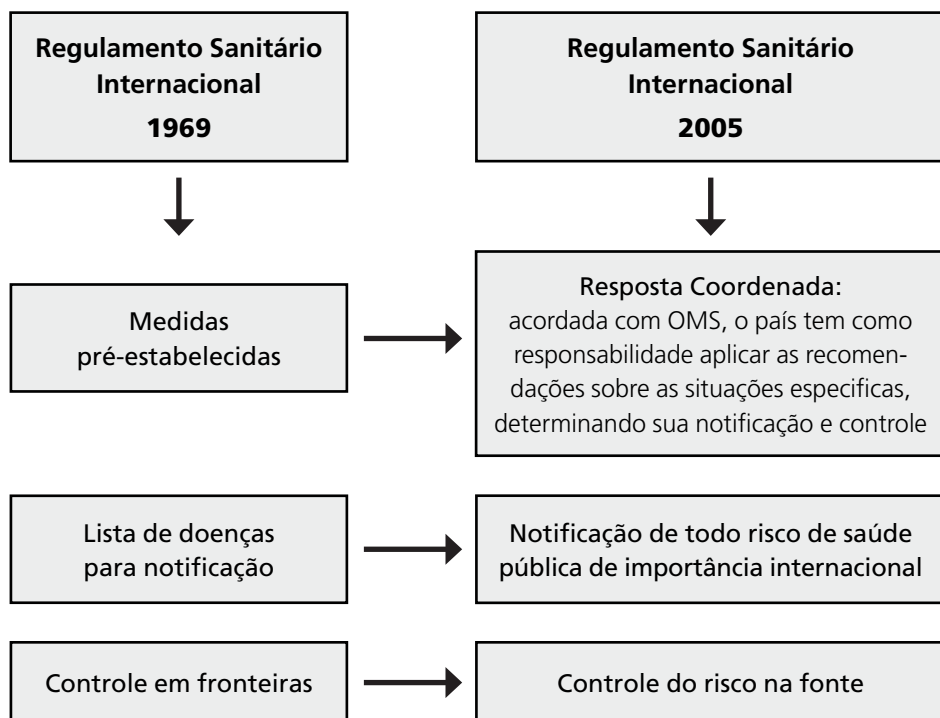
Em 1969 a 22ª Assembléia Mundial de Saúde estabeleceu que fosse notificada à OMS a ocorrência de casos de febre amarela, cólera e peste, bem como as áreas onde ocorressem.

O Regulamento passou por pequenas revisões em 1973 e 1981.

Século XXI

Em maio de 2005 foi aprovada a nova versão do RSI na 58ª Assembléia Mundial da Saúde, resultado de um processo intenso e sistemático de discussão que durou cerca de dois anos.

O que o RSI (2005) incorpora no sistema de saúde internacional?



Quem é responsável por promover o RSI?

Nível internacional: A Organização Mundial da Saúde (OMS) coleta informações sobre os eventos, através das suas atividades de vigilância, e avalia seu potencial de disseminação internacional e possíveis interferências no tráfego internacional, disponibilizando, se necessário, assistência complementar em situações específicas e protocolos pré-estabelecidos.

Nível nacional: Cada país membro deve estabelecer um Ponto Focal Nacional para o RSI (2005) e designar as autoridades responsáveis pela aplicação das medidas de saúde previstas no presente Regulamento. O ponto focal recebe o nome de Unidade Nacional de Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta em Saúde – AMR.

Qual é o Ponto Focal Nacional do RSI (2005) no Brasil?

Unidade Nacional de Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta em Saúde – AMR



No Brasil, a AMR integra a estrutura do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Cievs) do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

O AMR/Cievs amplia a capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional e internacional, integrando a Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos (*Global Outbreak Alert and Response Network – Goarn*) da Organização Mundial de Saúde.

Este Centro é equipado com televisores de plasma, modernos computadores e *laptops*, aparelho para videoconferência, câmara de

segurança, quatro servidores de dados, telefones via satélites, telefones com *palmtop*, placas de conexão via celular e outros recursos tecnológicos de última geração. É similar à do Centro de Operações Estratégicas em Saúde (*Strategic Health Operation Center – Shoc*) existente na sede da OMS em Genebra. Existem outros centros similares em funcionamento nos Estados Unidos, Canadá, México, Chile e Suécia. O Brasil foi o terceiro país das Américas a estruturar o seu centro de alerta e resposta.

Na AMR/Cievs são desenvolvidas as atividades relacionadas à gestão do RSI (2005) e da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências de Saúde Pública – Rede Cievs.

Quais são as capacidades básicas de saúde instituídas pelo RSI para vigilância e respostas às emergências?

Os países-membros devem implementar e manter, até 2012, as seguintes capacidades básicas: possuir uma legislação nacional sobre vigilância e resposta às emergências de saúde pública; instituir uma política e coordenação para essa ação; desenvolver sua capacidade de vigilância, monitoramento e resposta a emergências; desenvolver a comunicação de risco; fortalecer a rede de laboratórios; e capacitar os recursos humanos para a vigilância e resposta.

Como se aplica o RSI (2005) no Brasil?

A implementação do RSI (2005) no Brasil baseia-se na promoção de parcerias globais para a troca de experiências e aprimoramento técnico, e no fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Destaca-se em particular a estruturação do Cievs/SVS e da Rede Cievs, bem como o aprimoramento da Rede de Referência Nacional para a Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, pelo seu potencial de detecção de eventos de importância nacional e/ou internacional.

O que é a Rede Cievs e quais são as suas finalidades?

Visando a ampliar a capacidade de vigilância e resposta às emergências de saúde pública em todo o território nacional, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde está investindo na estruturação de uma rede composta por centros de monitoramento e resposta às emergências de saúde pública, vinculada às secretarias estaduais de saúde e às secretarias municipais das capitais, podendo ainda ser ampliada para outros municípios prioritários. Estes centros são similares às AMR do Cievs/SVS, tanto no quesito de tecnologia utilizada como na finalidade.

Nos Centros estadual e/ou municipal, que constituem a Rede Cievs, redes vêm sendo estruturadas de acordo com uma padronização tecnológica e de recursos humanos mínimos necessários para melhorar a oportunidade das ações de detecção e resposta oportuna às emergências de saúde pública. Dentre as finalidades da Rede Cievs, destacam-se:

- Desenvolver um processo de trabalho padronizado relativo ao fluxo de informações, objeto de interesse e cooperação técnica em situações de emergências em saúde pública;
- Institucionalizar os mecanismos de busca e/ou recebimento, registro, monitoramento, análise e divulgação das informações;
- Estabelecer atenção diferenciada frente às situações de emergência de saúde pública;
- Divulgação de informações estratégicas: Lista de Verificação de Emergências – LVE – com informação oficial;
- Instituir os Comitês de Avaliação dos Eventos: reuniões periódicas para avaliação das emergências em curso (integração com outras áreas, compartilhamento de informações e agilidade nas respostas);
- Desenvolvimento das capacidades da comunicação de risco.

Esta tem sido uma das ações estruturantes frente ao desafio da organização da resposta coordenada às emergências de saúde pública. Neste sentido, a estruturação da Rede Cievs constitui-se não apenas

numa articulação técnico-gerencial para viabilizar as ações de detecção, verificação, resposta e monitoramento de emergências de saúde pública, mas também numa estratégia de gestão compartilhada entre as três esferas do SUS para aumentar a capacidade global do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Quais são as autoridades competentes para a execução do RSI?

Todas as autoridades sanitárias dos órgãos da administração direta e indireta do SUS, bem como dos demais setores afins ao setor Saúde, conforme abaixo:

Ministério da Saúde e parceiros:

- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
- Ministério da Ciência e Tecnologia
- Ministério das Comunicações
- Ministério da Defesa
- Ministério do Desenvolvimento Agrário
- Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Ministério da Educação e Cultura
- Ministério da Fazenda
- Ministério da Integração Nacional
- Ministério da Justiça
- Ministério do Meio Ambiente
- Ministério da Pesca e Aquicultura
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
- Ministério das Relações Exteriores
- Ministério dos Transportes
- Ministério do Turismo
- Casa Civil da Presidência da República
- Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
- Secretaria Geral da Presidência da República.

Observe-se que a articulação intra e intersetorial é condição primordial quando se fala em resposta coordenada. Dependendo da característica do evento que esteja sendo monitorado, um número maior ou menor de órgãos estará envolvido.

Exemplo recente deste compartilhamento de responsabilidades é o funcionamento, há quase cinco anos, do Grupo Executivo Interministerial para a Pandemia de Influenza, criado por Decreto Presidencial, é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e é composto por dezesseis órgãos do Governo Federal, de distintos ministérios. Esta experiência se replicou nos estados, com a criação dos respectivos Comitês Estaduais.

Quais são os tipos de eventos que devem ser comunicados à AMR/Cievs?

Os eventos a serem notificados são:

- Cada caso suspeito ou confirmado de doença de notificação imediata;
- Agregado de casos de doenças que apresentem padrão epidemiológico diferente do habitual (para doenças conhecidas);
- Agregado de casos de doenças novas;
- Epizootias e/ou mortes de animais que podem estar associadas à ocorrência de doenças em humanos (por exemplo, epizootia por febre amarela);
- Outros eventos incomuns ou inesperados;
- Desastres de origem natural: inundações, terremotos, furacões;
- Desastres de origem antropogênica: acidentes químicos e radio-nucleares.

Estes eventos são considerados como Eventos de Importância Nacional (possíveis emergências de Saúde Pública).

Para o recebimento da notificação de eventos de importância nacional a AMR/Cievs/SVS disponibiliza os seguintes meios:

A. Disque-notifica (0800-644-6645): este é o serviço telefônico para recebimento das notificações de eventos de relevância nacional, por meio de discagem direta gratuita. Este número permite receber ligações provenientes de números fixos e celulares de qualquer parte do Brasil. O público-alvo deste serviço são os profissionais de saúde das localidades que não dispõem de fluxos e números de atendimento na Secretaria de Saúde do estado ou município, principalmente nos finais de semana, feriados ou período noturno.

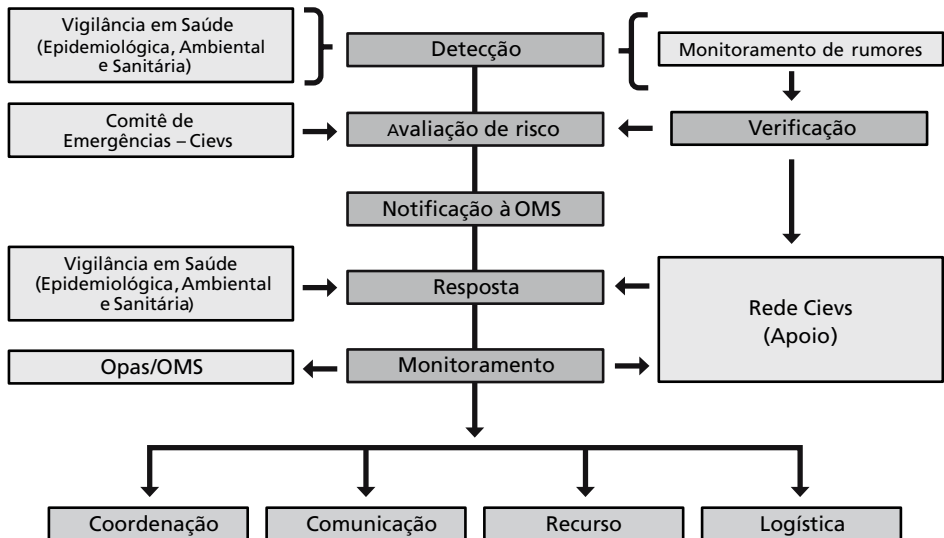
B. E-Notifica (notifica@saude.gov.br): endereço de *e-mail*, divulgado aos profissionais de saúde do país para recebimento de notificações pelo correio eletrônico. Propositamente seu nome não é composto, pois o objetivo é que seja de fácil intuição e de fácil memorização.

C. FormSUS (www.saude.gov.br), *link* do formulário desenvolvido em plataforma web. Ao preencher este formulário, ele é enviado automaticamente para o notifica@saude.gov.br.

Como é o processo de monitoramento, avaliação e notificação da AMR/Cievs à OMS?

- **Avaliação de risco:** cada país avalia os eventos que ocorrem dentro do seu território, utilizando um instrumento padronizado (chamado de Instrumento de Decisão);
- **Notificação à OMS:** configurada uma situação de ESPII, a AMR/Cievs notificará à OMS, pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, dentro de 24 horas;
- **Monitoramento:** O país continuará a comunicar à OMS as informações de saúde pública de que dispõe sobre o evento notificado de maneira oportuna e detalhada, enquanto o evento apresentar o risco de saúde pública.

Resumo das ações da Unidade Nacional de Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta em Saúde



Qual é o apoio que o Ministério da Saúde pode oferecer, em situações de ESPIN e/ou ESPII, via AMR/Cievs?

Em parceria com o estado, o MS poderá:

- Orientar e prover assistência técnica;
- Avaliar a eficácia das medidas de controle adotadas;
- Mobilizar equipes especializadas para prestar serviço *in loco*.

Quais são os prazos para aplicação integral do RSI (2005)?

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) exige que as capacidades básicas do sistema de vigilância e resposta às emergências em cada país sejam plenamente estabelecidas em um período máximo de cinco anos, a contar da data de sua entrada em vigor no país, de acordo com as seguintes fases:

Até 15 de junho de 2009: Os Estados-membros da OMS deveriam avaliar a capacidade da sua infraestrutura para cumprir os requisitos das capacidades básicas de vigilância e resposta demandados pelo RSI (2005). O Brasil cumpriu esta etapa e atualmente está em processo de elaboração de um plano operativo nacional para implementar suas capacidades básicas;

Até 15 de junho de 2012: Fase de execução do plano operativo nacional, a fim de garantir o pleno funcionamento da capacidade de resposta às emergências em saúde pública em todo o território nacional.

O que é Comunicação de Risco?

A Comunicação de Risco é uma ferramenta fundamental a ser utilizada para o enfrentamento de situações de emergência em saúde pública; pode ser tomada como um processo interativo de intercâmbio de informações e de opiniões entre os indivíduos, grupos e instituições. É um diálogo em que se discutem múltiplas mensagens que expressam preocupações, opiniões ou reações às próprias mensagens ou acordos legais e institucionais do gerenciamento de risco.

Qual o objetivo da Comunicação de Risco?

O objetivo da Comunicação de Risco é adequar a percepção do risco sobre um determinado evento ao risco real, buscando-se balancear esses elementos para evitar tanto situações de pânico na população em geral ou em grupos específicos, como a subestimação de problemas de interesse da saúde pública.

Quais são as diretrizes da Comunicação de Risco?

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2004, baseada em evidências científicas, as normas da comunicação de risco visando a controlar rapidamente os surtos epidêmicos com o menor transtorno possível para a sociedade, quais sejam:

- **Confiança:** o objetivo crucial de uma comunicação em um surto epidêmico é comunicar-se com o público de forma a criar, manter ou resgatar a confiança;
- **Anúncio imediato:** os parâmetros de confiança são estabelecidos ao primeiro anúncio oficial. A oportunidade, a franqueza e a amplitude desta mensagem podem fazer do anúncio o mais importante de toda a comunicação em surto epidêmico;
- **Transparência:** manter a confiança da opinião pública em uma emergência de saúde pública exige transparência (ou seja, uma comunicação que seja franca, facilmente entendida, completa e fiel aos fatos). A transparência caracteriza as relações entre os administradores da crise e o público.
- **Escutar o público:** entender o público é crítico para uma comunicação eficaz.
- **Planejamento:** incorporar as estratégias de comunicação de risco em todas as etapas da organização da resposta à emergências em saúde pública, por meio de um Plano de Comunicação de Emergência.

Qual é o papel da Comunicação de Risco em uma emergência de saúde pública?

Quando há uma ameaça real para a saúde pública as intervenções de saúde podem requerer certo tempo para serem implementadas, como, por exemplo, as opções de tratamento. A Comunicação de Risco torna-se, em muitos casos, a única ferramenta disponível para a resposta a essa emergência e um dos mais importantes componentes na gestão do risco.

A Comunicação de Risco estimula a população a tomar decisões fundamentadas epidemiologicamente, fomenta comportamentos de prevenção e complementa o sistema de vigilância existente. Propicia ainda a interlocução da instituição com os meios de comunicação e outros setores, reduzindo ao mínimo a perturbação social e econômica, criando a confiança necessária para se preparar para graves ameaças à saúde pública, assim como para ajudar na resposta e na recuperação à emergência.

Quais medidas de saúde pública devem ser realizadas nos pontos de entrada do país?

O intenso trânsito internacional e nacional de pessoas e mercadorias, potencializado pela velocidade dos meios de transporte, viabiliza o contato com distintas fontes de infecção, com consequentes transtornos à saúde individual e coletiva.

A vigilância e o controle sanitário em pontos de entrada internacional do país (portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados) são de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS) que, dentro do seu campo de atuação, detecta eventos de relevância nacional e define ações de intervenção.

Os pontos de entrada internacional fornecem uma oportunidade para implementar medidas para prevenir a propagação internacional de doenças. Por esta razão, devem fornecer:

- Acesso a serviços médicos apropriados;
- Serviço de transporte de doentes;
- Profissionais capacitados para a inspeção de meios de transporte, como navios e aviões;
- Instalações para implementar medidas de emergência (como a observação temporal de doentes);
- Planos de contingência para emergências de saúde pública.

Quais são os documentos exigidos pelas autoridades portuárias?

Para os meios de transportes

- Certificado de Isenção de Controle de Saúde a Bordo;
- Certificado de Controle de Saúde a Bordo;
- Declaração Geral de Aeronaves;
- Declaração Marítima de Saúde;

Para os viajantes

- Certificado Internacional de Vacinação ou
- Atestado ou Certificado de Isenção de Vacinação e Profilaxia.

As orientações em relação às exigências de vacinação ou sua isenção, quando for o caso, bem como demais orientações aos viajantes antes, durante e depois da viagem podem ser encontradas no *site* da Anvisa (<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home/portosaeropertosfronteiras>).

ANEXOS



Anexo A

Leitura recomendada

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

Portaria nº 3.120/GM/MS, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

Portaria nº 3.908/GM/MS, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Lei nº 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.

Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

Portaria nº 1.339/GM/MS, de 18 de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria.

Portaria nº 1.679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, e dá outras providências.

Portaria nº 777/GM/MS, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços-sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria nº 2.529/GM/MS, de 23 de novembro de 2004. Institui o Sub-sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido subsistema e define critérios para a qualificação de estabelecimentos.

Portaria nº 1.125/GM/MS, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador.

Portaria nº 2.437/GM/MS, de 7 de dezembro de 2005. Amplia a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS.

Portaria nº 2.458/GM/MS, de 12 de dezembro de 2005. Redefine os valores do incentivo para custeio e manutenção dos serviços habilitados como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest.

Portaria nº 2.606/GM/MS, de 28 de dezembro de 2005. Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui seu fator de incentivo.

Portaria nº 2.607/GM/MS, de 28 de dezembro de 2005. Institui com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde incentivo financeiro para custeio das atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP.

Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto.

Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Portaria nº 354/GM/MS, de 11 de agosto de 2006. Aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e dá outras providências.

Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta as transferências federais para ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento.

Portaria nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.

Portaria nº 3.271/GM/MS, de 27 de dezembro de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados aos Laboratórios de Saúde Pública para a execução das ações de vigilância sanitária, na forma do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf.

Portaria Interministerial MPOG/MF/CGU nº 127, de 29 de maio de 2008. Estabelece normas para execução do disposto no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.

Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, e dá outras providências.

Portaria nº 3.008/GM/MS, de 1º de dezembro de 2009. Determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas federal, estadual e municipal.

Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, e dá outras providências.

Portaria nº 3.261/GM/MS, de 23 de dezembro de 2009. Estabelece procedimentos para a suspensão do repasse dos recursos financeiros do Bloco de Vigilância em Saúde aos municípios que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde, e dá outras providências.

Portaria Conjunta nº 1/SE/SVS, de 11 de março de 2010. Divulga os valores anuais do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, relativos aos recursos federais destinados ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e ao Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), e dá outras providências.

Decreto nº 7.135, de 29 de Março de 2010. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde; altera o Anexo II ao Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que trata do Estatuto e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde; e dá outras providências.

Portaria nº 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias (ACE) ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Portaria nº 1.106/GM/MS, de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária.

Anexo B

Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009

Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal de 1988, e

Considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que versa sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando as disposições da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se refere à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando o disposto na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como promotora da proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, que aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVisa), contemplando as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando que o Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI) estabelece a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades dos serviços de saúde pública para detectar, avaliar, monitorar e dar resposta apropriada aos eventos que se possam constituir em emergência de saúde pública de importância internacional, oferecendo a máxima proteção em relação à propagação de doenças em escala mundial, mediante o aprimoramento dos instrumentos de prevenção e controle de riscos de saúde pública;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.865/GM/MS, de 10 de agosto de 2006, que estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) como ponto focal nacional para o RSI junto à Organização Mundial da Saúde;

Considerando o disposto no Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, que aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, estabelecendo as competências da SVS/MS como gestora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e como formuladora da Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Anvisa;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – com seus três componentes, quais sejam: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo

de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas;

Considerando Portaria nº 2.751/GM/MS, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde e do Pacto pela Saúde;

Considerando a necessidade de uma atualização normativa da Vigilância em Saúde, tendo em vista o Pacto pela Saúde e o processo de planejamento do SUS, a definição de estratégias de integração com a assistência à saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde, e uma maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regionais – CGR;

Considerando a necessidade de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados, Distrito Federal e municípios no exercício do papel de gestores da Vigilância em Saúde;

Considerando a relevante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno;

Considerando a ampliação do escopo da Vigilância em Saúde com a incorporação da Saúde do Trabalhador, a importância cada vez maior das doenças e agravos não-transmissíveis e da Promoção da Saúde, e a necessidade de organização para respostas rápidas em emergências de saúde pública;

Considerando o processo em curso de integração das vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) nas três esferas de governo;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS; e

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 17 de dezembro de 2009, resolve:

Art. 1º Aprovar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) editarão, quando necessário, normas complementares a esta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010.

Art. 4º Ficam revogados:

I - a Portaria nº 1.172/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no DOU nº 115, de 17 de junho de 2004, Seção 1, páginas 58 e 59;

II - a Portaria nº 740/GM/MS, de 7 de abril de 2006, publicada no DOU nº 70, de 11 de abril de 2006, Seção 1, páginas 42 e 43; e

III - os artigos 18, 19, 20, 21, 22 e 23 e o inciso III e o parágrafo único do art. 37 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, publicada no DOU nº 22, de 31 de janeiro de 2007, Seção 1, páginas 45 a 50.

José Gomes Temporão

Anexo

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Seção I

Da Vigilância em Saúde

Art. 1º A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

III - vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

IV - vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

V - vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e

VI - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens, e da prestação de serviços do 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.

Seção II

Do Pacto pela Saúde

Art. 3º As ações da Vigilância em Saúde têm por premissa as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS –, em suas três dimensões, promovendo:

I - substituição do processo de certificação para a gestão das ações de Vigilância em Saúde pela adesão ao Pacto;

II - a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores;

III - co-gestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo;

IV - revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão, de forma a fortalecer a integralidade da atenção à saúde, a ser disciplinada em ato normativo específico; e

V - fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social vinculadas à instituição da saúde como direito de cidadania.

Seção III

Da integralidade

Art. 4º A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

§1º As redes de atenção à saúde consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

§2º A integralidade é compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

§3º A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na

atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família;

II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III - monitoramento e avaliação integrada;

IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e

V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

Art. 6º As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações.

§ 1º As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), ou agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

§ 2º Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, nas equipes de Saúde da Família, cuja disciplina será realizada por meio de ato normativo específico, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Portaria.

§ 3º Os profissionais de Atenção Primária à Saúde não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de Vigilância Sanitária.

Art. 7º As ações de Vigilância Sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante do SUS.

Art. 8º As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Art. 9º Na busca da integralidade deve-se promover a articulação de atores e políticas sociais no planejamento e execução de ações intersetoriais.

Parágrafo único. Na região de saúde, a pactuação de ações de vigilância e promoção da saúde e a articulação intersetorial devem ocorrer no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional – CGR.

Art. 10. A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

Parágrafo único. O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho.

Art. 11. A disciplina normativa do apoio matricial em Vigilância em Saúde deverá ocorrer no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Portaria, considerando as seguintes atribuições mínimas:

I - análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;

II - apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;

III - articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e

IV - articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Seção IV

Das emergências em saúde pública

Art. 12. A SVS/MS é o ponto focal nacional, da Organização Mundial da Saúde (OMS), para os propósitos previstos no RSI no que se refere à prontidão, ao monitoramento e à resposta oportuna às situações de risco de disseminação de doenças e à ocorrência de outros eventos de saúde pública que impliquem emergências de saúde pública de importância internacional.

Art. 13. A SVS/MS é o ponto focal na representação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Defesa Civil, colegiado responsável pelo acompanhamento do Sistema Nacional de Defesa Civil visando à prevenção, à preparação e à resposta da saúde aos desastres.

Art. 14. Na resposta às emergências de saúde pública, a SVS/MS, em articulação com outros órgãos e entidades federais e demais esferas de governo e com possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços do setor privado e do terceiro setor, atuará na ocorrência de eventos que tenham risco real ou potencial de disseminação no território nacional ou que supere a capacidade de resposta da direção estadual do SUS, de acordo com as especificidades do evento.

Art. 15. Para o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão, o sistema de saúde conta com uma rede integrada de unidades de alerta e resposta, denominada Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde – Rede Cievs.

Parágrafo único. A Rede Cievs é composta por centros com estrutura técnico-operacional voltada para:

- I - a detecção das emergências de saúde pública;
- II - a avaliação contínua de problemas de saúde que possam constituir emergências de saúde pública; e
- III - o gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência.

Art. 16. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

- I - Rede de Comunicação em Visa (RCVisa), que notifica surtos relacionados a alimentos;
- II - Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;
- III - Hospitais Sentinela, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;
- IV - Notivisa, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:
 - a) medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;
 - b) artigos médico-hospitalares;
 - c) equipamento médico-hospitalar;
 - d) sangue e componentes;
 - e) agrotóxicos;
- V - Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos; e
- VI - postos da Anvisa em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos.

CAPÍTULO II

DOS SISTEMAS

Art. 17. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela SVS/MS no âmbito nacional e é integrado por:

I - Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;

II - Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;

III - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à Vigilância em Saúde;

IV - sistemas de informação de Vigilância em Saúde;

V - programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações;

VI - Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e

VII - Política Nacional de Promoção da Saúde.

Art. 18. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é coordenado pela Anvisa no âmbito nacional e é integrado por:

I - Anvisa;

II - Vigilâncias Sanitárias estaduais;

III - Vigilâncias Sanitárias municipais;

IV - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância sanitária; e

V - sistemas de informação de vigilância sanitária.

Art. 19. O conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 1990, executado pela União, estados, Distrito Federal e municípios compõe os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

CAPÍTULO III

DA GESTÃO DOS SISTEMAS

Seção I

Da gestão compartilhada

Art. 20. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária é compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios.

Parágrafo único. As atividades compartilhadas entre União, estados e municípios são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e entre estados e municípios na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e tecnologias disponíveis.

Seção II

Das competências da União

Art. 21. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, formular políticas em Vigilância em Saúde, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito nacional, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação nacional das ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;

V - apoio aos estados, Distrito Federal e aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, que inclui:

- a) participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
- b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;
- c) definição das prioridades, objetivos, metas e indicadores de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, a serem negociados na CIT;
- d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, acordadas de forma tripartite, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde;
- e) assessoria técnica às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

f) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em emergências de saúde pública de importância estadual, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS, conforme definições do RSI;

XII - apoio aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União;

XIII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia nacional de Vigilância em Saúde, sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os estados, os Distrito Federal e os municípios;

XIV - apoio aos estados e ao Distrito Federal na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XV - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde coordenadas e realizadas pelos estados e Distrito Federal;

XVI - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

- a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados pelos estados e pelo Distrito Federal para o nível nacional;
- b) análise da completude dos campos e consistência dos dados e consolidação dos dados provenientes dos estados e Distrito Federal;
- c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde;
- d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito nacional;
- f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais;

XVII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;

XVIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional, que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;

XIX - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde, de acordo com a Política de Desenvolvimento Profissional e a Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde;

XX - promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações no campo da promoção, prevenção e Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Ciência e Tecnologia;

XXI - promoção, fomento e implementação do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento da análise de saúde, do conhecimento de fatores de risco e de contextos de vulnerabilidade da população;

XXII - promoção e fomento à participação social das instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Apoio à Gestão Participativa;

XXIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIV - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos estados e ao Distrito Federal, de acordo com as normas vigentes;

XXV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;
- b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um estado;

- c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na CIT;
- d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, definidos pelos gestores nacionais das redes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), nos termos acordados na CIT;
- e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas – inseticidas, larvicidas e moluscocidas – indicados pelos programas;
- f) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades em Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho;
- g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com pactuação com as demais esferas de governo;

XXVI - coordenação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), conforme disciplina prevista em ato normativo específico;

XXVII - implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do Cievs;

XXVIII - coordenação Sislab nos aspectos relativos às redes de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;

XXIX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normatizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXX - cooperação técnica para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços-Sentinela;

XXXI - estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de:

a) produtos, substâncias de consumo e uso humano;

b) serviços de saúde;

c) serviços de interesse da saúde;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos e entidades públicas;

XXXIV - regulação e a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras; e

XXXV - normatização e coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Parágrafo único. A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea “f” do inciso XVI deste artigo deverá ser pactuada na CIT quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

Seção III

Das competências dos estados

Art. 22. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação das ações definidas na Política Nacional e Estadual de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;

V - apoio aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

- a) participação na elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
- b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;
- c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB;
- d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual;
- e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas;
- f) assessoria técnica às Secretarias Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância

em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar à disciplina nacional;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde, nos termos da disciplina por ele estabelecida;

XII - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual;

XIII - apoio aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual;

XIV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os municípios;

XV - apoio aos municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVI - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios;

XVII - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;

b) consolidação e análise dos dados provenientes dos municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base

nacional com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

- c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;
- d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- e) análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual;
- f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas pelo nível federal;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos municípios, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) seringas e agulhas, sendo facultada ao estado a delegação desta competência à União;

- b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;
- c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos definidos na CIB;
- d) equipamentos de aspersão de inseticidas;
- e) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas;
- f) óleo vegetal para diluição de praguicida;

XXV - coordenação da Renast no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) pactuados na CIB;

XXVI - implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede Cievs;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB e rede nacional de laboratórios;

XXIX - armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional;

XXX - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXXI - cooperação técnica, no âmbito estadual, para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços-Sentinela;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação em caráter complementar à esfera federal na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXIV - colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

§ 1º A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea “f” do inciso XVII deste artigo deverá ser pactuada na CIB quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

§ 2º Os estados poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS.

Seção IV

Das competências dos municípios

Art. 23. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

- IV - coordenação municipal das ações de Vigilância em Saúde;
- V - participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;
- VI - execução das ações de Vigilância em Saúde;
- VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;
- VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:
 - a) participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no município;
 - c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;
 - d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde no município, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;
 - e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;
 - f) definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
 - g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

- IX - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal;
- XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;
- XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, estado e município;
- XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- XV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão;
- XVI - vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
- XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:
- a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;
 - b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;
 - c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;
 - d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

- e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;
- f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - promoção e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;
- b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos definidos na CIB;
- c) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu

âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XXV - coordenação da Renast no âmbito municipal;

XXVI - coordenação e estruturação do componente municipal da Rede Cievs, quando couber;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;

XXIX - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XXX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XXXI - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXXII - coordenação das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e pela Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços-Sentinela, no âmbito municipal, quando couber;

XXXIII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde, no âmbito municipal;

XXXIV - participação, em caráter complementar às esferas federal e estadual, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXV - colaboração com a União e os estados na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Parágrafo único. Os municípios poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 e do inciso XXIV do art. 22 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

Seção V

Do Distrito Federal

Art. 24. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária pelo Distrito Federal compreenderá, simultaneamente, as competências relativas a estados e municípios.

CAPÍTULO IV

DA SUBSTITUIÇÃO DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

Art. 25. A adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão, substitui o processo de certificação da gestão das ações de Vigilância em Saúde como instrumento formalizador do compromisso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no desenvolvimento das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde.

Art. 26. Os entes federados, considerada a situação atual de certificação e adesão ao Pacto pela Saúde, identificam-se nas seguintes categorias:

I - estados, Distrito Federal e municípios certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde;

II - municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde;

III - municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde; e

IV - municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde.

Art. 27. Os municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde permanecem com a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde até a efetivação de sua adesão e deverão atender ao disposto nos arts. 47 e 48, condicionado à alimentação regular dos sistemas de informação acompanhado do monitoramento do saldo bancário, a ser regulamentado em ato específico.

Art. 28. Os municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde assumirão a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde, mediante publicação de portaria com os valores referentes ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, pactuados na respectiva CIB, para efetivação da transferência.

Art. 29. O repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do Bloco da Vigilância em Saúde, a municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde está condicionado à respectiva adesão, ficando extintas novas certificações.

CAPÍTULO V

DO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 30. O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde.

Parágrafo único. As diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão.

Art. 31. A Vigilância em Saúde insere-se no processo de regionalização da atenção à saúde, devendo estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e na Programação Pactuada Integrada (PPI), com inclusão da análise das necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.

Art. 32. O monitoramento e a avaliação das ações de Vigilância em Saúde que orientam a tomada de decisões e qualificam o processo de gestão são de responsabilidade das três esferas de gestão e devem ser realizados:

I - de forma integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde;

II - com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e nas programações das ações; e

III - com metodologia acordada na CIT.

Art. 33. Os resultados alcançados das ações de Vigilância em Saúde comporão o Relatório Anual de Gestão (RAG) em cada esfera de gestão.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES

Seção I

Da composição e transferência de recursos

Art. 34. Os recursos federais transferidos para estados, Distrito Federal e municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

I - Componente de Vigilância e Promoção da Saúde; e

II - Componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde.

Art. 35. O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS; e

II - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS.

Parágrafo único. Os valores do PFVPS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 36. O PFVPS compõe-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa.

Parágrafo único. Para efeito do PFVPS, as unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);

II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

III - Estrato III: São Paulo e Paraná; e

IV - Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 37. Os recursos que compõem o PFVPS serão alocados segundo os seguintes critérios:

I - as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVPS atribuído ao estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Finlacen;

II - cada município perceberá valores equivalentes a, no mínimo, 60% (sessenta por cento) do per capita do PFVPS atribuído ao estado correspondente;

III - cada capital e município que compõem sua região metropolitana perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 80% do per capita do PFVPS atribuído ao estado correspondente; e

IV - fator de ajuste pactuado na CIB, destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

§ 1º Os recursos referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal deverão ser pactuados entre estados e municípios na respectiva CIB e acrescidos aos PFVPS de estados e municípios.

§ 2º A CIB definirá o valor do PFVPS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus municípios, em cada estado.

§ 3º O Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVPS atribuído a esta unidade federativa, acrescido dos valores referentes ao Finlacen e às campanhas de vacinação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 38. O PVVPS é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a) Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE;
- b) Sistema de Verificação de Óbito – SVO;
- c) Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP;
- d) Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids;
- e) fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- f) incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST;
- g) promoção da saúde; e
- h) outros que venham a ser instituídos.

Art. 39. A reserva estratégica federal será constituída de valor equivalente a até 5% (cinco por cento) dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde.

Art. 40. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde será publicado por ato normativo conjunto da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da SVS/MS.

Art. 41. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa), composto pelo piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao Finlacen-Visa; e

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa), constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a) gestão de pessoas em Vigilância Sanitária para a política de educação permanente; e

b) outros que venham a ser instituídos.

Parágrafo único. Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 42. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica, vetada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Seção II

Do monitoramento dos recursos da Vigilância em Saúde a estados e municípios

Art. 43. A comprovação da aplicação dos recursos será feita consoante a disciplina prevista no art. 3º da Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, por meio do RAG aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 44. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas destes Sistemas.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no Sinan, conforme a Portaria nº 5/SVS/MS, de 21 de fevereiro de 2006, e a Instrução Normativa nº 2/SVS/MS, de 22 de novembro de 2005.

§ 2º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão garantir a transferência dos dados das declarações de óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio

eletrônico, conforme a Portaria nº 116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, e o ato normativo específico a ser publicado anualmente.

Art. 45. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; e

II - preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de Visa no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SAI-SUS.

Art. 46. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos municípios situados no âmbito de seu estado.

Art. 47. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para estados e municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do art. 44, segundo parâmetros a serem publicados em ato normativo específico.

Art. 48. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para estados e municípios dar-se-á caso seja constatado o não cadastramento no CNES ou 2(dois) meses consecutivos sem preenchimento do SIA-SUS.

Art. 49. O Ministério da Saúde publicará ato normativo específico com a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados.

Art. 50. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 51. Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão certificados a assumir a gestão das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 52. Compete aos estados a execução das ações de Vigilância em Saúde em municípios não certificados e que não aderiram ao Pacto pela Saúde.

Art. 53. O monitoramento do saldo bancário dos municípios que recebem recursos do Bloco de Vigilância em Saúde e que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde será realizado anualmente para efeito de bloqueio, a ser disciplinado em ato normativo específico.

Art. 54. Para efeito da implantação das novas regras estabelecidas, o Ministério da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da publicação desta Portaria, realizará o levantamento dos saldos financeiros existentes em 31 de dezembro de 2009 nas contas dos estados e dos municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde, referentes ao Bloco de Vigilância em Saúde.

§ 1º O estado ou município em que for constatado saldo bancário superior ao valor correspondente a 6 (seis) meses de repasse deverá

apresentar na respectiva CIB, no prazo de três meses após a divulgação do saldo, um formulário de aplicação dos recursos acumulados, que deverão ser executados até o final do ano de 2010.

§ 2º O formulário descrito no parágrafo anterior deverá apresentar o demonstrativo dos recursos comprometidos ou proposta de aplicação do respectivo saldo vinculada às ações estabelecidas nas programações anuais de saúde.

§ 3º A CIB fica responsável por informar ao Ministério da Saúde o consolidado da situação identificada.

§ 4º A comprovação da aplicação dos recursos dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 55. As disposições contidas nos arts. 44, 45, 46, 47 e 48 do Anexo a esta Portaria entrarão em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, de forma a permitir a adequação necessária por parte do Ministério da Saúde, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde não efetuará o bloqueio durante o período estabelecido no caput deste artigo.

Art. 56. A CIB deverá enviar até 31 de março de 2010 os valores relativos do PFVPS destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus municípios de que trata o § 2º do art. 37.

Art. 57. A periodicidade do repasse mensal será mantida no primeiro quadrimestre de 2010 para efetivar a operacionalização de que trata o art. 42.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. O Ministério da Saúde editará ato normativo anualmente com especificação das prioridades e dos critérios pactuados na CIT para a alocação de recursos de investimento em Vigilância em Saúde, em conformidade com a Portaria nº 837/GM/MS, de 2009.

ISBN 978-85-334-1706-9



9 788533 417069

Disque Saúde
0800 61 1997

www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs
www.saude.gov.br/dab



**Ministério
da Saúde**

**Governo
Federal**