

Gestão Municipal da

VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Gestão Municipal da

VIGILÂNCIA EM SAÚDE



2017 Confederação Nacional de Municípios – CNM.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição – Uso não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca *online* do Portal CNM: www.cnm.org.br.

Autores

Amanda Borges de Oliveira
Carla Estefânia Albert
Denílson Ferreira de Magalhães

Orientação Técnica

Elena Pacita Lois Garrido

Orientação Editorial

Keila Mariana de A. O. Pacheco
Luciane Guimarães Pacheco

Revisão de textos

Svendla Chaves

Diagramação

Themaz Comunicação

Endereço eletrônico

saude@cnm.org.br

Portal

www.cnm.org.br

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM
Gestão Municipal da Vigilância em Saúde – Brasília-2017.

98 páginas.
ISBN 978-85-8418-076-9

1. Vigilância em saúde. 2. Vigilância epidemiológica 3. Sistema Único de Saúde. I. Brasil. Confederação Nacional de Municípios. Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde. *Título: Gestão Municipal da Vigilância em Saúde*



SGAN 601 – Módulo N – Asa Norte – Brasília/DF – CEP: 70830-010
Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008
E-mail: atendimento@cnm.org.br – Website: www.cnm.org.br

Diretoria CNM – 2015-2018

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| PRESIDENTE | Paulo Roberto Ziulkoski |
| 1º VICE-PRESIDENTE | Glademir Aroldi |
| 2º VICE-PRESIDENTE | Marcel Henrique Micheletto |
| 3º VICE-PRESIDENTE | Fernando Sérgio Lira Neto |
| 4º VICE-PRESIDENTE | Hudson Pereira de Brito |
| 1º SECRETÁRIO | Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior |
| 2º SECRETÁRIO | Marcelo Beltrão Siqueira |
| 1º TESOUREIRO | Hugo Lembeck |
| 2º TESOUREIRO | Valdecir Luiz Colle |
| CONSELHO FISCAL – TITULAR | Mário Alves da Costa |
| CONSELHO FISCAL – TITULAR | Expedito José do Nascimento |
| CONSELHO FISCAL – TITULAR | Dalton Perim |
| CONSELHO FISCAL – 2º SUPLENTE | Cleudes Bernardes da Costa |
| CONSELHO FISCAL – 3º SUPLENTE | Djalma Carneiro Rios |
| REGIÃO NORTE – TITULAR | Valbetânio Barbosa Milhomem |
| REGIÃO SUL – TITULAR | Seger Luiz Menegaz |
| REGIÃO SUDESTE – TITULAR | Elder Cássio de Souza Oliva |
| REGIÃO NORDESTE – TITULAR | Maria Quitéria Mendes de Jesus |
| REGIÃO NORDESTE – SUPLENTE | Gilliano Fred Nascimento Cutrim |
| REGIÃO CENTRO-OESTE – TITULAR | Divino Alexandre da Silva |



CARTA DO PRESIDENTE

Prezado(a) gestor(a),

Comprometida com a melhoria da gestão pública e com ações concretas para qualificar os serviços na área da saúde, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) destaca nesta cartilha a Gestão Municipal da área de Vigilância em Saúde, que tem a finalidade de desenvolver ações de proteção, de prevenção e de promoção da saúde da população local. As orientações contidas nesta edição têm o objetivo de despertar nos gestores e equipes de saúde municipais um olhar diferenciado à gestão, utilizando-se das ferramentas da Vigilância em Saúde para implementar e fortalecer as ações preventivas.

Grandes epidemias moldaram a história da humanidade, destacando-se entre elas a febre amarela, a peste negra, os surtos de cólera e a tuberculose que, infelizmente, no Brasil, voltam a gerar preocupação com possibilidades de recrudescimento, ou seja, de retornar com maior intensidade. A exemplo, sofremos uma ameaça de possível reintrodução urbana da febre amarela, a qual foi erradicada no Brasil desde a década de 1940. Destacamos também a dengue, o zika vírus, a Aids, a leishmaniose visceral e a influenza, que são exemplos de doenças infecciosas que acarretam expressiva morbimortalidade.

No âmbito dos serviços de saúde, as doenças transmissíveis e infecciosas, especialmente as que acometem uma grande quantidade de pessoas ao mesmo tempo, em uma mesma localidade e classificadas como epidêmicas, merecem destaque na organização do processo de trabalho da rede de saúde municipal. Neste sentido, esperamos que esta publicação contribua com os gestores municipais no desenvolvimento de estratégias de controle e de prevenção de doenças, servindo como ponto de partida à reflexão a respeito das potencialidades dos serviços municipais de Vigilância em Saúde.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1.INTRODUÇÃO | 11 |
| 2.VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... | 15 |
| 2.1 Conceito | 15 |
| 2.2 Componentes..... | 21 |
| 2.3 Competências e responsabilidades da gestão municipal..... | 26 |
| 3.O SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 31 |
| 3.1 Vigilância Epidemiológica..... | 32 |
| 3.2 Vigilância em Saúde Ambiental..... | 35 |
| 3.3 Vigilância Sanitária..... | 40 |
| 4.LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA..... | 42 |
| 5.SISTEMA DE INFORMAÇÃO | 48 |
| 5.1 Informação em Saúde..... | 51 |
| 5.2 Sistemas de alimentação obrigatória | 53 |
| 5.3 Suspensão de recursos financeiros federais | 72 |
| 5.3.1 Exigência observada na alimentação do Sinan..... | 73 |
| 6.INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE | 76 |
| 6.1 Fundamentos | 77 |
| 6.2 Atenção Primária e Atenção Especializada em Saúde | 80 |

| | |
|---|-----------|
| 7. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS: RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS..... | 81 |
| 8. FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 85 |
| 8.1 Componente financeiro de Vigilância em Saúde | 85 |
| 8.2 Componente financeiro da Vigilância Sanitária..... | 87 |
| 8.3 Como aplicar os recursos da Vigilância em Saúde | 89 |
| 9. CONCLUSÃO | 93 |
| 10. BIBLIOGRAFIA..... | 94 |

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios e diretrizes a universalidade, a equidade, a integridade, a participação da comunidade, a regionalização, a hierarquização e a descentralização, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, com base no art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011).

A descentralização dos serviços de saúde iniciou-se a partir da Norma Operacional Básica (NOB 1/1996) que facultava aos Municípios habilitarem-se na gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde. Com isso, os Municípios deveriam atender a algumas responsabilidades e, em contrapartida, passariam a receber transferências automáticas de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde.

Em 2005, com a Portaria do Ministério da Saúde 95, foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (Noas-SUS 1/2001), que preconizava o aprofundamento da descentralização por meio da ampliação da regionalização do sistema. A Noas-SUS 1/2001 estabeleceu dois tipos de gestão para habilitação dos Municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a Gestão Plena Municipal, sendo que ambas também previam requisitos para habilitação, bem como responsabilidades e prerrogativas aos Municípios (TREVISAN, JUNQUEIRA, 2007).

As ações e os serviços de Vigilância em Saúde já estão previstos como competência do SUS desde a Constituição Federal de 1988 (art. 200, inc. II). Com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), a Vigilância em Saúde se tornou uma atribuição comum do SUS, com competências distintas entre as três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Porém, define que a execução dos serviços das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária seja competência dos Municípios (art. 18, inc. IV).

A Lei 8.080/1990 traz em seu art. 6º a definição dos serviços de Vigilância Sanitária e da Vigilância Epidemiológica:

Art. 6º

[...]

§ 1º Entende-se por **vigilância sanitária** um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

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

§ 2º Entende-se por **vigilância epidemiológica** um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

[...]

As ações e serviços de saúde do trabalhador e ambiental também se incluem nessas competências municipais e são definidos na Lei 8.080/1990, com um nível de complexidade considerável:

§ 3º Entende-se por **saúde do trabalhador**, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito de competência do Sistema

Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

O Pacto pela Saúde, criado em 2006 por meio da publicação da Portaria MS 399, se subdividiu em três pactos: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Basicamente, o pacto define prioridades e compromissos, além de aumentar as responsabilidades do gestor municipal em seu território por meio da pactuação de atribuições solidárias entre o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, destacando ainda a importância da participação social e as diretrizes para um financiamento público tripartite.

Vale ressaltar que o Pacto pela Vida 2006 foi constituído por “um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (BRA-

SIL, 2009). Esse processo de análise e pactuação destacou-se em função da relevante atuação da Vigilância em Saúde.

A regulamentação e a execução do financiamento das ações da Vigilância em Saúde definidas no Pacto pela Saúde foram especificadas na Portaria MS 3.252/2009, atualmente revogada pela Portaria MS 1.378/2013.

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde possui instrumentos fundamentais para o planejamento: os estudos técnicos e científicos, as metodologias de monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde, que lhe permitem conhecer a situação da saúde, sendo essenciais para a identificação de problemas da área, definição de prioridades e estabelecimento de atuação. Porém, o planejamento deve ser um processo contínuo e dinâmico com o objetivo de executar ações de forma adequada com prazo, previsão de custos, qualidade e segurança, entre outros fatores (BRASIL, 2009).

Desde 2015, o Brasil tem passado por uma grave crise sanitária, com aumento progressivo e exorbitante de notificações das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* – dengue, zika vírus, chikungunya –, somado ao aumento do número de crianças nascidas com microcefalia e, atualmente, com o surto de febre amarela. Muitos gestores têm procurado a Confederação Nacional de Municípios na busca por informações quanto às estratégias de prevenção e controle dessas doenças, assim como da necessidade de incentivos financeiros e do uso de recursos parados nas contas do Fundo Municipal de Saúde referente ao Bloco da Vigilância em Saúde.

O Ente municipal tem a responsabilidade de identificar suas demandas e necessidades, portanto, cabe ao gestor local analisar e criar meios para qualificar os serviços de saúde para a população. Por sua vez, as ações preventivas se mostram como uma ótima oportunidade para proteger os usuários e para qualificar a gestão municipal.

Esta publicação tem por objetivo auxiliar o gestor municipal a compreender, planejar e gerenciar as ações de prevenção e controle das doenças por meio da atuação local da Vigilância em Saúde.

2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

2.1 Conceito

O termo vigilância nasceu no contexto da saúde pública no fim do século XIX, período em que se discutia a evolução da microbiologia e de saberes sobre a transmissão das doenças infecciosas. Seu significado está historicamente relacionado aos conceitos de saúde e de doença vigentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e às estratégias adotadas para impedir a disseminação das doenças.

Vigilância tem sua origem etimológica do latim *vigilare*, que significa observar atentamente, em sentinela, procurar, cuidar, precaver. Na área da saúde, a vigilância está ligada à relação existente entre saúde e doença.

Você sabia?



O termo vigilância (*surveillance*) foi utilizado pela primeira vez em abril de 1955, no Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, realizado com CDC/USA.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo vigilância pode ser entendido como a observação sistemática e contínua da frequência, da distribuição e dos determinantes das ocorrências de saúde e de suas tendências na população.

Nesse contexto, essa definição destaca três características da vigilância: i) é um processo contínuo e sistemático, ou seja, não é uma atividade isolada no tempo, e tampouco pode ser executada sem métodos; ii) é um processo de verificação de tendências; e iii) é um processo de compa-

ração entre o observado e o esperado para detectar ou antecipar mudanças na frequência, distribuição ou determinantes do processo de saúde e doença na população.

A vigilância é essencial para as atividades de prevenção e controle de doenças e é uma ferramenta na alocação de recursos do sistema de saúde, assim como na avaliação do impacto de programas e serviços. O enfoque da vigilância requer equilíbrio entre as necessidades de informação e as limitações para a coleta de dados.

O caráter pragmático e dinâmico da vigilância depende da cooperação contínua do pessoal de saúde nos diferentes níveis dos serviços de saúde. A expectativa desmedida sobre as atividades de vigilância e a dificuldade para demonstrar sua utilidade podem tornar inoperantes os sistemas de vigilância e levar ao uso ineficiente dos recursos. A análise e a interpretação dos dados da vigilância devem ser submetidas aos limites de oportunidade, tempo, cobertura geográfica e número de indivíduos requeridos para que esses sejam úteis (OPAS/OMS, 2010).

Langmuir apresentou, em 1963, o seguinte conceito de vigilância:

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la. (LANGMUR, 1963)

Na gestão municipal, a Vigilância em Saúde tem um papel fundamental para a prevenção e o controle de doenças; para o planejamento; para a avaliação; e para a tomada de decisão do gestor. Para tanto, a gestão precisa dispor de profissionais qualificados para identificar situações de risco no território municipal e de infraestrutura para desenvolver suas funções, como veículos, computadores, acesso à internet, sistemas de informações, aplicativos, equipamentos de proteção individual etc.



Para conhecer as dificuldades e as necessidades sociais do seu Município, faça um diagnóstico situacional. Esse processo pode identificar pontualmente os problemas de saúde e fundamentar o planejamento estratégico, permitindo desenvolver ações de saúde mais efetivas em relação aos problemas encontrados.

A Portaria MS 1.378/2013 dispõe sobre as ações de Vigilância em Saúde e estabelece que essas devem ser integradas às demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, como a atenção básica, as urgências e emergências, o apoio ao diagnóstico e a assistência hospitalar para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para (art. 4º da Portaria MS 1.378/2013):

I – a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II – a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

III – a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

IV – a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

V – a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;


VI – a vigilância da saúde do trabalhador;

VII – vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

VIII – outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados

nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

Em síntese, a Vigilância em Saúde apresenta como características básicas: a intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação de ações promocionais de proteção e de prevenção; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sanitária.

A graphic element featuring a stylized person with a smiling face inside a thought bubble. Above the person, the text "Lembre-se!" is written in a bold, sans-serif font. The background of the graphic is a light gray with a pattern of small white dots.

Vigilância: é a análise contínua de todos os aspectos da ocorrência e propagação de uma doença, possibilitando o seu controle efetivo.

Vale destacar que, ao longo dos anos, os Municípios foram pactuando e ampliando seus encargos com a execução das ações e dos serviços de saúde, ficando responsáveis por contemplar a sua comunidade com a quase totalidade desses serviços.

Como gestores municipais da Vigilância em Saúde, devem projetar novos caminhos para o setor, buscando resultados baseados em evidências, com otimização de recursos e com maior agilidade nas decisões e nas respostas em vista da melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos municípios.

Para compreender todo esse processo histórico, verifique o Quadro 1 com os marcos legais da Vigilância em Saúde no Brasil.

Quadro 1 – Evolução dos conceitos e marcos legais da Vigilância em Saúde no Brasil

| | |
|--|--|
| 1961 – Decreto 49.974-A | Código Nacional de Saúde. |
| 1973 a 1977 – Leis 5.991/1973; 6.360/1976; 6368/1976; e 6.437/1977 | Medicamentos e alimentos. |
| 1975 – Lei 6.529/1976 | Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Art. 2º – A ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde. |
| 1976 – Decreto 79.506 | Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária: promover, elaborar, controlar aplicação e fiscalizar “normas e padrões de interesse sanitários”. |
| 1999 – Lei 9.782 | Sistema Nacional de Vigilância Sanitária/Criação da Anvisa: <ul style="list-style-type: none"> • atribui competência à União, Estados, Distrito Federal e aos Municípios para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de Vigilância Sanitária. |
| 1999 – Portaria MS 1.399 | Descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica: regulamenta a Norma Operacional Básica 1/96 quanto às competências da União, Estados e Municípios na área de “epidemiologia e controle de doenças”. |
| 2004 – Portaria MS 1.172 | Introduz como sendo atividades de “Vigilância em Saúde”: <ul style="list-style-type: none"> • vigilância de doenças transmissíveis; • vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco; • vigilância ambiental em saúde; • vigilância da situação de saúde. |

| | |
|---|---|
| 2007 – Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2.005/2007) | Prevenir, proteger e controlar a propagação internacional de doenças, dar uma resposta de saúde pública proporcional e restrita aos riscos em saúde pública, evitando ao mesmo tempo as interferências desnecessárias com o tráfego e comércio internacionais. |
| 2010 – Portaria MS 3.252 | “Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.” |
| 2013 – Portaria MS 1.378 | “Art. 1º – Esta Portaria regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.” |
| 2014 – Portaria MS 183 | Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, previsto no art. 18, inc. I, da Portaria 1.378/2013 GM/MS, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. |
| 2014 – Portaria MS 2.788 | Revisa a relação de metas, com seus respectivos indicadores, e a metodologia para a Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir do ano de 2014. |
| 2016 – Portaria MS 328 | Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2016. |

Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM.

A evolução do sistema de saúde tem sido acompanhada pelo surgimento de doenças, epidemias e endemias que possuem raízes históricas e sociais, cujas principais determinantes são as precárias condições de

vida da população, os diferentes formatos de ocupação do espaço e a carência de acesso aos serviços e aos equipamentos sociais.

Nesse contexto, o local onde se concretiza a epidemia é a cidade. É ali que as medidas preventivas terão seu principal destino. São os gestores municipais que possuem autonomia para decidir “como fazer” para coordenar, qualificar e avaliar as ações da equipe de vigilância. Essas ações devem ser contínuas, concretizando assim o papel relevante e o impacto que a Vigilância em Saúde possui no controle das doenças epidêmicas.

2.2 Componentes

As atividades municipais de Vigilância em Saúde integram o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e são financiadas por recursos tripartite, na forma de blocos de financiamento. O bloco da Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes: o da Vigilância em Saúde e o da Vigilância Sanitária.

Os incentivos federais do Bloco de Vigilância em Saúde são repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para uma conta única e específica.



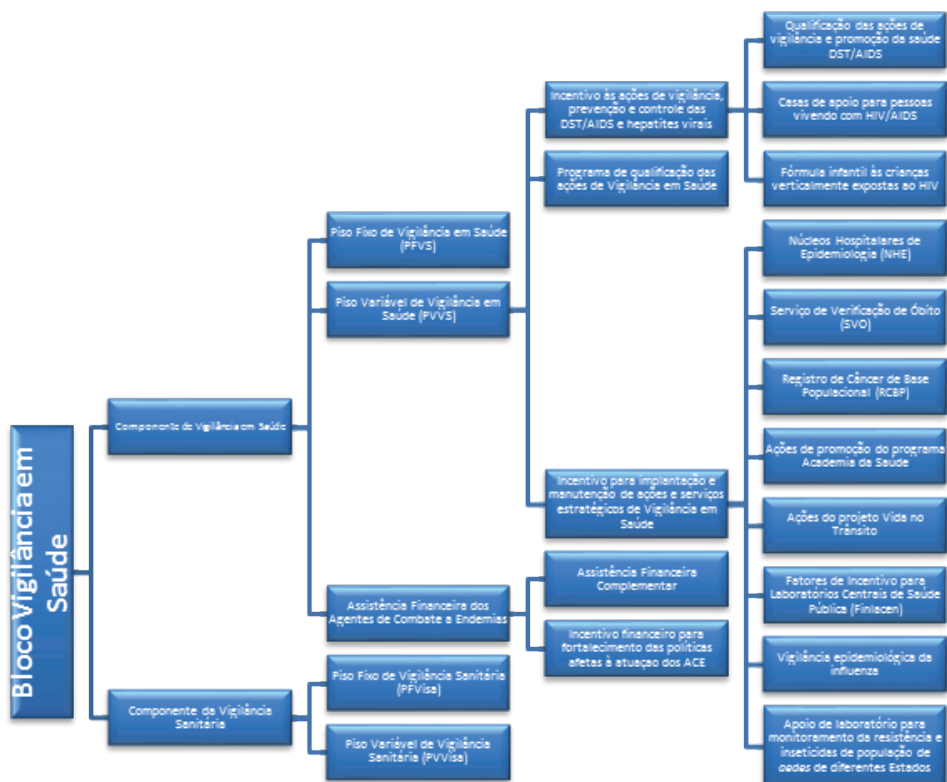
Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente dentro do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor.

Na prática, os dois componentes são constituídos por pisos, e esses pisos são compostos por vários incentivos financeiros ou programas fede-

rais desenvolvidos nos Municípios. São inúmeras “caixinhas” que acabam dificultando o gerenciamento da Vigilância em Saúde. O recurso chega de várias fontes específicas e, muitas vezes, o gestor tem dificuldade até de identificá-las.

Além dessa forma complexa de financiar a Vigilância em Saúde, a metodologia para compor os valores *per capita* são estabelecidos com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e do grau de dificuldade operacional para a execução das ações de Vigilância em Saúde, definidas em portarias ministeriais. A última portaria foi publicada em 2013 – neste caso, os valores dos incentivos financeiros encontram-se desatualizados.

Figura 1 – Estruturação do bloco da Vigilância em Saúde



Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM.

O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de: vigilância, prevenção, controle de doenças e agravos e promoção da saúde. Nesse caso, é constituído por um Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), que deve ser ajustado anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e na estratificação das unidades federadas conforme Portaria MS 1.378/2013.

Já o Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) é constituído por incentivos financeiros que dependem de adesão do Município aos programas federais. São eles: incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde; incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; e outros, conforme fluxograma.

O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância Sanitária e recebem a classificação de: Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa), com o objetivo de fortalecer o processo de descentralização, a execução das ações de Vigilância Sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a Vigilância Sanitária. O outro componente é o Piso Variável de Vigilância Sanitária (PV-Visa), repassado na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária, definidas de forma tripartite. Ambos destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios.



O que vem por aí...

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, composta por representantes do Ministério da Saúde, dos Municípios e dos Estados, divulgou, em janeiro de 2017, a aprovação da nova metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Composta por apenas duas fontes de financiamento – custeio e capital –, o objetivo é atender à legislação do SUS e eliminar a fragmentação e a pulverização dos recursos financeiros da União em programas de saúde.

Para manter os repasses dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária, o gestor deve se atentar ao cadastramento dos serviços de Vigilância Sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e no preenchimento mensal dos procedimentos de Vigilância Sanitária (Visa), no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). A suspensão dos repasses ocorrerá caso sejam constatados dois meses consecutivos sem o preenchimento de um desses sistemas de informações.

A partir do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) da União, que demonstra as despesas com ações e serviços públicos de saúde, é possível entender o percentual de recursos destinados à vigilância. Para o ano de 2016, foi executada para a Vigilância Sanitária 0,28% do orçamento da Saúde. Para a Vigilância Epidemiológica, 5,46% do total de recursos da Saúde, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Relatório Resumido da Execução Orçamentária – União Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde Orçamento Fiscal e da Seguridade Social

RREO – ANEXO 12 (LC 141/2012, art. 35)

R\$1,00

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|-----------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (l) | Inscritas em Restos a Pagar Não Processadas (m) | % (l+m/total m) x 100 |
| Atenção Básica | 22.018.381.913,00 | 21.145.045.470,00 | 19.638.152.401,00 | 960.587.258,30 | 17,64 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 47.917.042.767,00 | 50.696.467.385,00 | 46.766.494.015,79 | 2.398.790.190,02 | 42,09 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 14.949.382.505,00 | 14.889.642.081,00 | 13.069.324.340,40 | 1.398.521.372,24 | 12,39 |
| Vigilância Sanitária | 380.340.000,00 | 380.340.000,00 | 295.943.355,90 | 33.633.352,44 | 0,28 |
| Vigilância Epidemiológica | 6.401.688.000,00 | 6.508.598.932,00 | 4.861.931.570,85 | 1.511.231.616,71 | 5,46 |
| Alimentação e Nutrição | 75.200.000,00 | 68.812.803,00 | 22.130.545,08 | 11.611.729,92 | 0,03 |
| Outras Subfunções | 26.730.804.647,00 | 27.236.353.957,00 | 24.299.294.538,67 | 1.538.256.502,97 | 22,12 |
| TOTAL | 118.472.839.832,00 | 120.925.260.628,00 | | 116.805.902.790,30 | 100,00 |

Fonte: Siops, 6º bimestre de 2016.

Como constatado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a Vigilância Sanitária e a Epidemiológica representam um pequeno volume dos recursos orçamentários da União destinados ao setor saúde. Os recursos destinados ao seu custeio são tão baixos que se torna difícil imaginar a estruturação de uma política nacional ou mesmo municipal de prevenção de doenças e promoção da saúde sem incentivos financeiros.

Há também a necessidade de se incrementar a capacidade de gestão dos órgãos de Vigilância dos Estados e dos Municípios para que eles tenham melhores condições de gerir os recursos repassados, cujo percentual de execução, com poucas exceções, tem sido muito baixo.

Vale ressaltar que a responsabilidade maior pelo financiamento da saúde é atributo da União, que detém a maior parcela do bolo tributário nacional. No entanto, isso não exclui as outras instâncias de governo de compartilhar seu custeio. Nesse sentido, faz-se necessário garantir um patamar de recursos pela instância federal suficiente para investir em ações de prevenção e promoção da saúde por meio da Vigilância em Saúde, não se voltando somente para o formato hospitalocêntrico.

2.3 Competências e responsabilidades da gestão municipal

A Lei 8.080/1990 definiu a Vigilância em Saúde como uma atribuição comum às três esferas de gestão do SUS. Também estabeleceu competências distintas para cada esfera:

[...]

Art. 16. A **direção nacional** do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

[...]

III – definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

[...]

Art. 17. À **direção estadual** do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

[...]

IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;

[...]

X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

[...]

XIII – colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV – o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À **direção municipal** do Sistema de Saúde (SUS) compete:

[...]

IV – executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

Vale destacar que a

União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional (Lei 8.080/1990).

A Portaria do Ministério da Saúde 1.378/2013 regulamenta essas responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O art. 11 descreve as competências e responsabilidades dos Municípios.

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I – ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;
II – coordenação municipal e execução das ações de vigilância;

- III – participação no financiamento das ações de vigilância;
- IV – normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- V – coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo:
 - a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica;
 - b) 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; e
 - c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;
- VI – coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal;
- VII – coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar;
- VIII – desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;
- IX – monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;
- X – realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;
- XI – promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;
- XII – promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;
- XIII – promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional;
- XIV – gestão 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;
- XV – 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 pactuados na CIB;

c) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; e

d) equipamentos de proteção individual – EPI – para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XVI – coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal;

XVII – realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB;

XVIII – coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XIX – 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;

XX – descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXI – participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância;

XXII – colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite; e

XXIII – estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos para uso em Vigilância em Saúde, em situações específicas, mediante pactuação na CIT entre as esferas governamentais, observada a normalização técnica e, em situações excepcionais, mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

3. O SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Com o aumento da incidência e relevância das doenças e agravos não transmissíveis, pela necessidade do fomento às ações de promoção da saúde, pela redução da morbimortalidade da população em geral e dos trabalhadores em particular, pela preocupação com os riscos sanitários – caracterizados como os eventos que podem afetar adversamente a saúde de populações humanas –, e pela urgência em organizar respostas rápidas em emergências de saúde pública, houve a necessidade de fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde.

A Vigilância em Saúde constitui-se em uma área fundamental para o planejamento e estratégica para a tomada de decisão do gestor municipal, uma vez que monitora todos os agravos de notificação compulsória (obrigatória), a natalidade, a mortalidade, a morbidade ambulatorial e hospitalar, bem como os fatores ambientais e os produtos que podem interferir na saúde humana.

Além disso, a Vigilância em Saúde tem o papel de evidenciar ou esclarecer as causas dos agravos à saúde humana, sendo dotada de informações capazes de orientar a prevenção, o controle ou as medidas remediadoras. Por suas especificidades, metodologias e técnicas, é considerada uma ferramenta importante para a gestão municipal do SUS.

Dessa forma, a Vigilância em Saúde destaca-se com suas ações e se organiza em Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária.

3.1 Vigilância Epidemiológica

O conceito de Vigilância Epidemiológica, expresso na Lei 8.080/1990, é definido como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Além disso, é uma área importante para orientar e subsidiar o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a estruturação de atividades técnicas correspondentes. Na prática, suas funções específicas e complementares devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico das doenças, subsidiando a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle.

É por meio dos sistemas de informação, como o Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (Sinan), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), que a Vigilância Epidemiológica consegue obter dados que permitem o monitoramento do quadro epidemiológico do Município e auxiliam a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

São funções da Vigilância Epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;

- publicação e disseminação de informações pertinentes;
- subsídio do planejamento e da tomada de decisão.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de Vigilância Epidemiológica. Porém, quanto maior for a eficiência dessas funções no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle serão desencadeadas.



A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Nesse sentido, a Vigilância Epidemiológica no Município exerce papel fundamental na estruturação dos serviços de saúde, uma vez que são responsáveis pela alimentação dos sistemas de monitoramento de doenças e agravos e, conseqüentemente, fornecem dados que permitem alterar, incluir ou modificar ações locais. A falta dessas informações nos sistemas leva ao bloqueio dos incentivos financeiros, podendo interromper a prestação de serviços à população.



Os dados e informações que alimentam os sistemas na Vigilância Epidemiológica são:

Dados Demográficos e Ambientais

Permitem quantificar a população: número de habitantes e características de sua distribuição, condições de saneamento, climáticas, ecológicas, habitacionais e culturais.

Dados de Morbidade

Podem ser obtidos pela notificação de casos e surtos, de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigação epidemiológica, de busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras formas.

Dados de Mortalidade

São obtidos pelas declarações de óbitos que são processadas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Notificação de Surtos e Epidemias

Quando o sistema de Vigilância Epidemiológica local está bem estruturado e faz o acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo sujeitos à notificação, possibilita a constatação de qualquer indício de elevação do número de casos de uma patologia ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, conseqüentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial para a adoção imediata das medidas de controle.

3.2 Vigilância em Saúde Ambiental

No final da década de 1990, a Vigilância Ambiental começou a se estruturar no Brasil por meio da criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Após extinção do centro, suas atividades passaram a ser competência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), criada em 2003.

A Vigilância em Saúde Ambiental passou a ganhar uma importância maior a partir de 2009, em nível central, com a criação do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na estrutura organizacional do Ministério da Saúde (Decreto 6.860/2009), o qual assumiu as seguintes competências:

Decreto 8.901/2016

Art. 46 [...]

I – gerir o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;

II – coordenar a implementação da política e o acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

III – propor e desenvolver metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco em vigilância ambiental;

IV – planejar, coordenar e avaliar o processo de acompanhamento e supervisão das ações de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; e

V – gerenciar o Sistema de Informação da Vigilância Ambiental em Saúde.



Vigilância em Saúde Ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança 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 outros agravos à saúde.

Existem áreas de atuação bem específicas da Vigilância em Saúde Ambiental, que, em sua maioria, possuem a execução das suas ações pactuadas com a gestão municipal ou estadual do SUS. Dentre essas áreas, merecem destaque:

Quadro 3 – Áreas de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental

| Áreas de atuação | Características |
|--|--|
| Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua) | Consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente, como parte integrante das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água. Este programa utiliza um sistema de informação próprio para o monitoramento da qualidade da água de consumo humano, denominado Siságua. |

| Áreas de atuação | Características |
|--|--|
| <p>Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq)</p> | <p>Consiste no desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde de forma a adotar medidas de promoção, prevenção contra doenças e agravos e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes químicos. Esta área trabalha com os contaminantes químicos que interferem na saúde humana e nas inter-relações entre o homem e o ambiente, buscando articular ações de saúde integradas – prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas a contaminantes químicos.</p> |
| <p>Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica (Vigiar)</p> | <p>Seu objetivo é desenvolver ações de vigilância para populações expostas a poluentes atmosféricos, de forma a recomendar e instituir medidas de prevenção, de promoção da saúde e de atenção integral, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Seu campo de atuação prioriza as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas.</p> |
| <p>Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres (Vigidesastres)</p> | <p>Tem por objetivo desenvolver um conjunto de ações a ser adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde aos desastres, reduzir doenças e agravos decorrentes deles, bem como os danos à infraestrutura de saúde. Estabelece estratégias para a atuação em emergência em saúde pública por desastres de origem natural e tecnológica. Nesse contexto, dentre seus objetos de atuação estão os desastres naturais (inundações, seca e estiagem, deslizamentos, entre outros), os acidentes com produtos químicos, a emergência radiológica e a nuclear. Sua organização propõe uma atuação baseada na gestão do risco, contemplando ações de redução do risco, manejo dos desastres e recuperação dos seus efeitos.</p> |

| Áreas de atuação | Características |
|--|---|
| <p>Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Fatores Físicos (Vigifis)</p> | <p>Tem por objetivo a proteção da saúde da população decorrente da exposição a radiações Ionizantes (RI) e não ionizantes (RNI), que se caracterizam pela fonte de exposição, e não pela natureza da radiação.</p> <p>O Vigifis atua no desenvolvimento de modelos de Vigilância em Saúde Ambiental relacionados à exposição humana à radioatividade natural elevada, em resposta às demandas crescentes vindas da população e de profissionais da área de saúde em regiões conhecidas como de alta concentração de minérios radioativos; bem como na preparação, prevenção e resposta do setor saúde em casos de emergências radionucleares.</p> |

Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM.



Saiba mais!

Vigiagua: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11084&Itemid=683>.

Vigipeq: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16154&Itemid=812>.

Vigiar: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12940&Itemid=735>.

Vigidesastres: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/vigidesastres-a-a-z>>.

Vigifis: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19420&Itemid=1010>.

No âmbito municipal, a Vigilância Ambiental é responsável por acompanhar a interação do indivíduo com o meio ambiente, focalizando todo e qualquer fator que possa interferir na saúde e na qualidade de vida individual e coletiva, definindo as possíveis formas de intervenção sobre esse meio. Essa relação indivíduo e ambiente deve ser compreendida para que funcione de maneira harmônica e apresente resultados positivos para ambos.

Com o intuito de promover e preservar a saúde e qualidade de vida dos cidadãos, a gestão municipal deve desenvolver, entre outras, as seguintes ações:

- coleta e análise laboratorial da água;
- inspeções nas Estações de Tratamento de Água (ETA);
- análise da água de fontes alternativas: poços, nascentes e caminhões transportadores de água potável;
- avaliação e monitoramento dos planos de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;
- desenvolvimento do setor técnico;
- informação à população para uma consciência crítica e responsável sobre a gravidade e a importância das relações homem/meio ambiente;
- participação intersetorial das discussões de projetos e propostas relacionados às questões ambientais.

Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, os contaminantes ambientais, a qualidade do ar, a qualidade do solo – notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos –, os desastres naturais e os acidentes com produtos perigosos são objeto de monitoramento dessa vigilância, seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos, departamentos e secretarias.

3.3 Vigilância Sanitária

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) define a Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas de processo, da produção ao consumo;
- controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Nesse sentido, a Vigilância Sanitária goza de vários saberes e práticas derivados de múltiplos campos do conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança e bioética.

Você sabia?



A Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência da saúde pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventivas, perpassam todas as práticas médico-sanitárias.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) foi definido pela Lei 9.782/1999 e é coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada na mesma legislação, que elegeu a esfera estadual como parceira preferencial na estruturação desse sistema.

A incorporação dos Municípios ao SNVS, iniciada com os repasses financeiros regulares e automáticos nos anos 2000, pode ser considerada ainda incipiente no que concerne ao controle dos riscos sanitários relacionados ao consumo de produtos, tecnologias e serviços de saúde (MENDES, 2016).

A partir de então, ocorreram os processos de descentralização e de municipalização das ações de Vigilância Sanitária, dando cumprimento ao que prevê a Lei Orgânica da Saúde. A gestão municipal passou a executar um rol de atividades de Vigilância Sanitária considerados de baixa complexidade.



A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem por finalidade institucional promover a 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 relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

A Anvisa é uma agência reguladora, classificada como autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Tem o objetivo de exercer o controle sanitário de todos os produtos e serviços (nacionais ou importados) de interesse para a saúde humana, tais como: medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, produtos médico-hospitalares, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

Também desempenha papel fundamental na esfera econômica ao monitorar os preços de medicamentos.

4. LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

Uma rede de laboratórios de saúde pública adequada e efetiva é de importância fundamental para a Vigilância em Saúde, por subsidiar suas ações de investigação, monitoramento, diagnóstico e controle de agravos à saúde da população.

Os Laboratórios Centrais de Saúde Públicas (Lacen), sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde, compõem o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab). O sistema nacional de laboratórios é organizado em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à Vigilância em Saúde – compreendendo a Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Sanitária e assistência médica.

A missão estratégica dos Lacen é a realização do diagnóstico laboratorial, preciso e oportuno, para os sistemas de vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, bem como para a rede de atenção à saúde.

Desta forma, a rede de laboratórios de saúde pública vem sendo implementada no Brasil com a finalidade de atender às atribuições constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Constituição Federal de 1988

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) definiu as competências de cada esfera de governo em relação à rede de laboratórios de saúde pública:

[...]

Art. 16. A **direção nacional** do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

[...]

III – definir e coordenar os sistemas:

[...]

b) de **rede de laboratórios de saúde pública**;

[...]

Art. 17. À **direção estadual** do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

[...]

X – coordenar a **rede estadual de laboratórios de saúde pública** e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

[...]

Art. 18. À **direção municipal** do Sistema de Saúde (SUS) compete:

[...]

VIII – gerir **laboratórios públicos de saúde** e hemocentros;

Dessa forma, o Sislab foi instituído pela Portaria GM 2.031/2004, organizado de forma hierarquizada, com ações executadas nas esferas federal, estadual e municipal, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os **Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen)**, vinculados às secretarias estaduais de saúde, com área geográfica de abrangência estadual, fazem parte do Sislab com as seguintes competências:

- coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- encaminhar ao Laboratório de Referência Regional amostras inconclusivas para a complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica;
- realizar o controle de qualidade analítica da rede estadual;
- realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico;
- habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo;
- promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios;
- disponibilizar aos gestores nacionais as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo ao cronograma definido.

A rede dos Lacen está composta por 27 unidades localizadas em cada Estado membro, conforme a distribuição na Figura 2.

Os Municípios também podem implantar laboratórios de referência municipal com as seguintes competências:

- definir, organizar e coordenar a rede municipal de laboratórios;
- supervisionar e assessorar a rede de laboratórios;

- promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios;
- habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede municipal, informando ao gestor estadual.

Vale destacar que todos os laboratórios em saúde pública, que compõem a rede de atenção à saúde do SUS sob a responsabilidade de qualquer uma das três esferas de gestão federal, estadual e municipal, integram a Rede Nacional de Laboratórios em Saúde Pública do Sislab, com as seguintes competências:

- realizar análises básicas e/ou essenciais;
- encaminhar ao respectivo Laboratório de Referência Municipal ou Estadual as amostras inconclusivas para complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica; e
- disponibilizar as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas ao Laboratório de Referência Municipal ou Estadual, por meio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo ao cronograma definido.

**Você
sabia?**



O Lacen do seu Estado é coordenador da rede de laboratórios públicos, estaduais e municipais, sendo também o responsável em coordenar os laboratórios conveniados ou contratados com a saúde pública, sejam eles na esfera estadual ou municipal.

Figura 2 – Rede de Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen)



Fonte: SVS/MS.

O Sislab também possui os **Laboratórios de Fronteiras**, que são unidades laboratoriais localizadas em regiões de fronteira para a viabilização do diagnóstico de agentes etiológicos, vetores de doença transmissíveis e outros agravos à saúde pública, bem como a promoção do controle analítico para a verificação da qualidade sanitária dos serviços prestados e de produtos, com as seguintes competências:

- fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, ambiental em saúde e sanitária no que se refere às ações laboratoriais em áreas de fronteiras;

- auxiliar nas atividades desenvolvidas pelos Laboratórios de Referência Estadual; e
- colaborar no cumprimento dos Acordos Internacionais nas áreas de prevenção e controle de doenças, produtos e serviços.

O **Laboratório de Fronteira**, por se constituir em unidade estratégica para o país, deve reportar-se, além do gestor estadual, diretamente ao gestor nacional da rede específica.

Figura 3 – Rede de Laboratórios de Fronteira



Fonte: SVS/MS.

Dessa forma, os Lacen têm a função de contribuir com a prevenção, controle e monitoramento das doenças e agravos, de acordo com as ações da Vigilância Epidemiológica e da assistência médica; com as ações da Vigilância Sanitária relacionadas aos produtos e serviços sujeitos ao controle e fiscalização; bem como com as ações inerentes à Vigilância Ambiental em Saúde.

5. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Sistemas de informação é a expressão utilizada para descrever um sistema, seja ele automatizado (computadorizado) ou manual, que abranje pessoas, máquinas e/ou métodos organizados para coletar, processar, transmitir e disseminar dados que representam informação para o usuário ou cliente.

Os sistemas de informações são considerados a “combinação de recursos humanos e computacionais que inter-relacionam a coleta, o armazenamento, a recuperação, a distribuição e o uso de dados com o objetivo de eficiência gerencial (planejamento, controle, comunicação e tomada de decisão) nas organizações. Podem também ajudar os gerentes e os usuários a analisar problemas, criar novos produtos e serviços e visualizar questões complexas” (disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_informação>).

Os sistemas de informações podem ser classificados como formais ou informais. O sistema de informação formal constitui-se de processos predefinidos de entrada e de saída padronizadas. Já os informais assumem diversas formas, que vão desde uma rede de comunicação em uma empresa até um grupo de amigos que troca informações eletronicamente.

Um sistema informatizado proporciona um fluxo mais confiável e menos burocrático das informações. Em um sistema de informação bem estruturado, suas principais vantagens são:

- redução de custos operacionais e administrativos;
- ganho de produtividade;
- integridade e confiabilidade;
- segurança de acesso à informação;
- otimização do fluxo de informação;

- agilidade e organização;
- informações de melhor qualidade;
- subsídio para tomada de decisão.

Um sistema de informação não precisa ter essencialmente computadores envolvidos. Ele pode ser tanto manual quanto baseado em Tecnologia da Informação (TI), ou uma mescla dos dois. É a interação dos componentes da TI com o componente humano que faz com que um sistema de informação tenha funcionalidade e utilidade para a gestão.

Com o advento da informação, no século XX, a necessidade e a troca de informações começaram a fluir com uma velocidade cada vez maior. Com o surgimento da grande rede de comunicação de dados, que é a internet, o ser humano tem de conviver e lidar com um crescimento imensurável do volume de dados disponíveis.

Os sistemas de informação surgiram antes mesmo da informática. O domínio da informação disponível é uma fonte de poder, uma vez que permite analisar fatores do passado, compreender o presente e, principalmente, antever o futuro. Por isso, é indispensável à gestão municipal da Vigilância em Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

Para Marin (2010), os SIS podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Assim, os sistemas de informação em saúde congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais

da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde.

O sistema de informação do SUS é uma exigência legal e está regulamentado desde sua criação, conforme previsto nas competências e atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, definidos no art. 15 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990):

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

[...] IV – organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

A partir de dados coletados pelos diversos segmentos, serviços e programas do setor saúde, equipes especializadas consolidam e analisam esses dados, transformando-os a partir de leituras técnicas, compostas de parâmetros e indicadores, em informações em saúde. Essas informações orientam o planejamento, a programação de saúde, a aplicação dos recursos financeiros e a tomada de decisão do gestor local. Daí sua grande importância para a saúde pública.

Um Sistema de Informação em Saúde pode ser construído de diversas formas, partindo da necessidade do sistema de saúde local. O sistema é formado a partir da definição dos dados necessários para alimentá-lo, os instrumentos de coleta de dados, os meios de processamento e consolidação, análise e leitura, apresentação dos resultados (informação) e, por fim, os meios de disseminação da informação.

Com o advento da informatização e da tecnologia, o processo da coleta do dado até a disseminação da informação tornou-se mais seguro e ágil. São inúmeros os sistemas que realizam a coleta de dados, processamento, consolidação, tabulação e produção de relatórios, de forma a facilitar o trabalho das equipes de Vigilância em Saúde e promover a tomada de decisão em tempo hábil.

O modelo de sistema de saúde mais atual, buscado por diversos países, é o que possui maior integração, no qual o atendimento primário e ambulatorial é dominante, em contraste com o atendimento hospitalar puro. A equipe é multidisciplinar, e os procedimentos e tratamentos são baseados na melhor prática. A organização como um todo é baseada na informação, e a solução informatizada é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). (MARIN, 2010).

5.1 Informação em Saúde

A informação em saúde é o resultado ou o produto do processamento e da análise dos dados coletados pelos diversos meios do sistema de saúde, seja em planilhas, formulários, software etc. Essas informações podem ser apresentadas em relatórios, estudos, pesquisas, informativos e boletins.

A informação em saúde é utilizada por profissionais da área, gerentes, gestores e usuários, além dos atores que compõem os órgãos de controle e de fiscalização, como os tribunais de contas, as câmaras de vereadores e os conselhos de saúde.

A informação também é um dos princípios do SUS e um direito do usuário dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, seja ele público ou privado, conforme o art. 7º da Lei 8.080/1990:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

O modelo de coleta de dados e produção de informações, ainda utilizado no Sistema Único de Saúde, é embasado na necessidade de in-

formações de programas, estratégias ou áreas específicas do governo federal. Isso o deixa muito aquém das reais necessidades de informações adequadas para uma boa gestão do SUS, principalmente em relação à gestão municipal, que se sente obrigada à alimentação dos sistemas de informações como um mero processo mantenedor das transferências financeiras federais vinculadas a esses programas e estratégias nacionais e seus sistemas individualizados.

Atualmente, são inúmeros sistemas (*softwares*) desintegrados e com informações diversas que não atendem aos padrões de interoperabilidade definidos pelo próprio Ministério da Saúde, provocando retrabalho, desperdício de tempo, equipes e recursos investidos para se obter informações de qualidade.

De acordo com Marin (2010), o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surgiu como uma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas distintas, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde. O PEP é um registro que reside em um sistema especificamente desenhado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados, sistemas de avisos e alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos.

De modo geral, o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação em uma base de dados única. Uma vez coletado o dado, ele é registrado em um determinado formato para fins de armazenamento e processamento. Esse registro será distribuído na rede de informações do sistema de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios, Vigilância em Saúde, secretaria de saúde e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre todos os atores envolvidos, de acordo com as permissões de acesso de cada um.

O desafio para a criação do prontuário eletrônico ainda é grande, em razão da complexidade envolvida. Sistemas integrados exigem muito mais do que serviços e organizações interligadas, exigem profissionais integrados e participativos. Esse aspecto caracteriza, muitas vezes, uma das

maiores barreiras para a implantação e operacionalização de um sistema de prontuário eletrônico.

Portanto, a informação em saúde é fundamental para o planejamento em saúde e a tomada de decisão. Tanto um profissional de saúde necessita de informações para definir suas intervenções terapêuticas em seus pacientes, quanto o gestor da saúde para decidir os melhores caminhos para a organização e estruturação da atenção integral à saúde de sua população.

5.2 Sistemas de alimentação obrigatória

Alguns sistemas de informações (*softwares*), desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus), são considerados de alimentação obrigatória para os Municípios e fundamentais para a produção de informações em saúde que subsidiam o planejamento, orientam as ações e a tomada de decisão dos gestores da Vigilância em Saúde.

O Datusus surgiu em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Na época, a fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev). Foi então formalizada a criação e as competências do Datusus.

O Datusus tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle. Em quase 25 anos de atuação, já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS.

O departamento dispõe de duas salas-cofre – uma em Brasília e outra no Rio de Janeiro –, nas quais são mantidos os servidores de rede que hospedam a maioria dos sistemas do Ministério da Saúde. A estrutura de armazenamento de dados (*storage*) do departamento tem condições de armazenar informações sobre saúde de toda população brasileira.

A seguir, alguns desses sistemas e suas funcionalidades para a gestão municipal da Vigilância em Saúde:

a. Sinan

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foi desenvolvido no início da década de 1990, tendo como objetivo a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. (Laguardia, 2004)

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria 204/2016).

É facultado a Estados e Municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no Estado de Minas Gerais ou difilobotríase no Município de São Paulo.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória. Também pode vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Desde 1975, a notificação de casos suspeitos ou confirmados é obrigatória e de responsabilidade das secretarias de saúde, conforme prevê a Lei 6.259/1975:

Art. 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I – de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II – de doenças constantes de relação elaborada pelo Mi-

nistério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

As informações de saúde são de tamanha importância para a Vigilância em Saúde, que se tornou um dever de todo cidadão e uma obrigação de todos os profissionais de saúde e dos responsáveis pelos estabelecimentos de saúde e ensino públicos ou privados (Lei 6.259/1975).

Art. 8º É dever de todo cidadão **comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível**, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

O Sinan pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. A maioria das notificações já é digitada nas secretarias municipais de Saúde.

A **Ficha Individual de Notificação** (FIN) é preenchida para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das secretarias municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as secretarias estaduais de Saúde.

A comunicação das secretarias estaduais com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano.

A **notificação negativa** também é obrigatória, devendo ser realizada pelas unidades de saúde caso não ocorra nenhuma suspeita de doença. Tem os mesmos prazos de entrega das FIN. Essa é uma estratégia criada

para demonstrar que os profissionais de saúde e o sistema de vigilância estão alertas para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação.

Além da FIN e da notificação negativa, o sistema ainda disponibiliza a **Ficha Individual de Investigação (FII)**, um roteiro de investigação que possibilita a identificação da fonte de infecção, os mecanismos de transmissão da doença e a confirmação ou descarte da suspeita.

Ainda são utilizados para a coleta de dados a planilha de surtos e os boletins de acompanhamento de casos de hanseníase e tuberculose. Além de sistemas (*softwares*) complementares e auxiliares, como os exemplificados a seguir.

b. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (Sinan-NET)

Foi desenvolvido para ser utilizado pelos pontos de digitação que não possuem uma ligação internet estável a fim de permitir que as mesmas cadastrem os formulários e acompanhem o andamento do processo de instalação.

Figura 4 – Interface Sinan-NET

Ministério da Saúde
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

DATASUS

SINAN-net - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

▶ ACESSO AO SISTEMA

SINAN-net

Usuário:

Senha:

Ok

Se você esqueceu ou não sabe sua identificação de usuário, clique [aqui](#) para pesquisar.
Para trocar sua senha, clique [aqui](#).

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/sinan-net>>.

c. Sinan Dengue/Chikungunya

Foi desenvolvido para trabalhar em conjunto com o Sinan-Net enquanto todos os agravos não estiverem disponíveis na versão *on-line*. O sistema permite ainda a exportação de dados, em formato DBASE, que foi uma das primeiras linguagens de banco de dados, desenvolvida em 1978, para tabulação de dados em outros *softwares* de domínio público.

Figura 5 – Interface Sinan Dengue/Chikungunya

The image shows the login interface for the Sinan Dengue/Chikungunya system. At the top, there is a header with the text 'Saúde Ministério da Saúde' and 'SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação V-3.0.1'. Below this is a section titled 'ACESSO AO SISTEMA'. Underneath, there is a sub-section 'Acesso a usuários' which contains two input fields: 'Usuário:' and 'Senha:'. Below these fields is a button labeled 'Entrar'. At the bottom of the page, there is a footer with the text 'Secretaria do Sistema Departamento/Coordenação do Sistema Registro no INPI N.000000-0' and the 'DATASUS GOVERNO FEDERAL' logo.

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>.

d. Sinan Influenza

Uma das estratégias da Vigilância da Influenza e de Outros Vírus Respiratórios é a vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em qualquer hospital do país.

Para atender a essa estratégia de vigilância e agilizar a notificação dos casos, foi desenvolvido o aplicativo Sinan Influenza web. Devem ser notificados no sistema os casos que atendam à seguinte definição:

Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor

de garganta, e que apresente dispnéia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou óbito por SRAG (independente da hospitalização).

As notificações são incorporadas à base nacional em um banco de dados único, em tempo real, permitindo que as vigilâncias tenham conhecimento imediato dos casos e possam intervir oportunamente.

Figura 6 – Interface Sinan Influenza

The image shows the login page of the SINAN Influenza Web system. At the top, there is a green header with 'Acesso à Informação' and 'BRASIL'. Below that, a dark red banner contains 'SINAN Influenza Web' and the date 'segunda-feira, 13 de março de 2017'. The main content area is titled '> ACESSO AO SISTEMA' and contains a section 'Acesso a usuários:' with two input fields: 'Usuário:' and 'Senha:'. Below these fields is an 'Ok' button. A message below the button reads: 'Se você esqueceu ou não sabe sua identificação de usuário, clique aqui para pesquisar. Para trocar sua senha, clique aqui.' The footer includes 'Secretaria Do Sistema', 'Departamento/Coordenação do Sistema', 'Registro no INPI N. 000000-0', 'Versão 3.0.11', and the 'DATASUS' logo.

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://portalweb04.saude.gov.br/influenza/default.asp>>.

e. Notificação dos casos de violência

Os casos de violência doméstica, sexual e outras também serão notificados pelo Sinan, além dos casos de acidente de trabalho. Assim, todos os casos de violência contra a criança e ao adolescente (Lei 8.069/1990), o idoso (Lei 10.741/2003 e alterações) e a mulher (Lei 10.778/2003), atendidos em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, devem ser registrados no Sinan.

As informações produzidas a partir do Sinan promovem e orientam as ações de prevenção e controle das principais doenças registradas no Brasil, nos Estados e nos Municípios, tornando-se uma ferramenta indispensável para a Vigilância em Saúde.

Por meio das informações do Sinan, é possível evitar epidemias e controlar endemias.

Dessa forma, o Sinan é um exemplo clássico de sistema de informação que utiliza os diversos meios para coleta de dados – fichas, formulários, planilhas, meios de comunicação (telefone, *e-mail*) e sistema informatizado (*software*) –, necessários à produção de informações que subsidiem a prevenção e o controle das doenças de notificação compulsória, bem como orientem as ações da Vigilância em Saúde e a tomada de decisões do gestor municipal.

f. Sinasc

O Datasus desenvolveu o **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos** (Sinasc) visando a reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação.

Oferta benefícios fundamentais para subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.

O acompanhamento da evolução das séries históricas do Sinasc permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

As principais funcionalidades do Sinasc são:

- declaração de nascimento informatizada;
- geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos;
- retroalimentação das informações ocorridas em Municípios diferentes da residência do paciente;
- controle de distribuição das declarações de nascimento (municipal, regional, estadual e federal);
- transmissão de dados automatizada, utilizando a ferramenta Sisnet, que gera a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal;

- *backup online* dos níveis de instalação (municipal, regional e estadual).

Inicialmente, o Sinasc utilizava a plataforma do sistema operacional Microsoft Disk Operating System (MS-DOS). Posteriormente, migrou para um ambiente *web*, modernizando suas características.

Figura 7 – Ambiente operacional Sinasc

| | |
|--|--|
| Informações Técnicas | Módulo WEB Municipal, Estadual e Federal: ASP e java script |
| | Programa de Importação e exportação Municipal, Estadual e Federal: Delphi |
| Requisitos de Sistemas | Banco de Dados: <ul style="list-style-type: none"> · Municipal: Firebird ou Itebase · Estadual: PstGresSql 8.0 · Federal: Oracle 10 G |
| | Plataforma: Windows 2000 ou superior |
| Abrangência: Municipal e Estadual | Hardware: Mictocumputador Pentium IV 1200 Mhz |
| | Menória de 256 MB; Browser (Navegador de Internet). |
| | Operação local, podendo usar rede |

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>>.

g. SIM

O **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** foi criado na década de 1990 pelo Datasus para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM, foi possível a captação de dados sobre mortalidade de forma abrangente para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

As principais funcionalidades do SIM são:

- declaração de óbito informatizada;
- geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos;
- retroalimentação das informações ocorridas em Municípios diferentes da residência do paciente;
- controle de distribuição das declarações de nascimento (municipal, regional, estadual e federal);
- transmissão de dados automatizada, utilizando a ferramenta Sisnet, que gera a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal;
- *backup online* dos níveis de instalação (municipal, regional e estadual).

Inicialmente, o SIM utilizava a plataforma MS-DOS, mas passou por processo de modernização semelhante ao Sinasc, com características bem parecidas.

Figura 8 – Ambiente operacional SIM

| | |
|--|---|
| Informações Técnicas | Módulo WEB Municipal, Estadual e Federal: ASP e java script |
| | Programa de Importação e exportação Municipal, Estadual e Federal: Delphi |
| Requisitos de Sistemas | Banco de Dados: |
| | · Municipal: Firebird ou Iterbase |
| | · Estadual: PstGresSql 8.0 |
| | · Federal: Oracle 10 G |
| | Plataforma: Windows 2000 ou superior |
| | Hardware: Mictocomputador Pentium IV 1200 Mhz |
| | Memória de 256 MB; |
| | Browser (Navegador de Internet). |
| | Operação local, podendo usar rede |
| Abrangência: Municipal e Estadual | |

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>>.

h. SI-PNI

O **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações** (SI-PNI) é um sistema desenvolvido para possibilitar aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período de tempo e área geográfica.

Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

Controla as indicações de aplicação de vacinas de imunobiológicos especiais e seus eventos adversos, dentro dos centros de referências em imunobiológicos especiais.

Em 1973, foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. Em 1975, foi institucionalizado o PNI.

Ao longo do tempo, verificou-se a necessidade de informatização do PNI e, a partir de 2003, o Ministério da Saúde, por meio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), desenvolveu o SI-PNI, formado por um conjunto de sistemas.

- **Avaliação do Programa de Imunizações (API):** registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas, e calcula a cobertura vacinal por unidade básica, Município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, Estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal.
- **Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI):** gerencia o es-

toque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla o âmbito federal, estadual, regional e municipal.

- **Eventos Adversos Pós-vacinação (EAPV):** permite o acompanhamento de casos de reação adversa ocorridos pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
- **Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (Pais):** sistema utilizado pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos Estados.
- **Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (Paissv):** sistema utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão das salas de vacina.
- **Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU):** permite realizar o gerenciamento das doses utilizadas e das perdas físicas para calcular as perdas técnicas a partir das doses aplicadas. Desenvolvido para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
- **Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (Sicrie):** registra os atendimentos nos CRIEs e informa a utilização dos imunobiológicos especiais e eventos adversos.

Suas principais funcionalidades são:

- avaliação do Programa de Imunizações;
- estoque e distribuição de imunobiológicos;
- eventos adversos pós-vacinação;
- Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão;
- apuração dos imunobiológicos utilizados;
- Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais.

O SI-PNI (*software*) possui arquitetura e plataforma bastante antigas, conforme se observa em suas características descritas na Figura 6.

Figura 9 – Ambiente operacional SI-PNI

Ambiente Operacional

| | |
|---|---|
| Informações Técnicas | Linguagem: DOS-Clipper, Delphi 5 e ASP |
| | Banco de Dados: Dbase, Paradox e Access |
| Requisitos de Sistemas | Plataforma: DOS, Windows 98 ou superior |
| | Hardware: PC 486 |
| Abrangência: Municipal, Estadual e Federal | |

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/si-pni>>.

Somente em 2017, o sistema está sendo modernizado e migrando para uma plataforma em ambiente *web*.

Figura 10 – Nova interface SI-PNI



Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://pni.datasus.gov.br>>.

i. SIA-SUS

O **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS** (SIA-SUS) foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994 nas secretarias estaduais que estavam substituindo o Guia de Autorização de Pagamento (GAP) e o Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (Sicaps) para financiar os atendimentos ambulatoriais.

Em 1996, o SIA-SUS foi largamente implantado nas secretarias municipais de Saúde – então chamadas de gestão semiplenas – pela Norma Operacional Básica (NOB 96). Encontra-se, desde sua criação, em plataforma 16 *bits*, *clipper* com DBF.

Em 1997, o aplicativo passou a processar, além dos tradicionais Boletins de Produção Ambulatorial (BPA), um documento numerado e autorizado chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac).

O SIA-SUS recebe a transcrição de produção nos documentos BPA e Apac, faz consolidação, valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde antes de aprovar o pagamento – para isso, utiliza-se da Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO).

Mensalmente, os gestores, além de gerar os valores devidos para sua rede de estabelecimentos, enviam ao Datasus uma base de dados contendo a totalidade e os valores dos procedimentos ambulatoriais realizados em sua rede de atendimento.

Também mensalmente, o Datasus gera arquivos para tabulação contendo esses atendimentos. Complementando os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), fornece ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Drac/SAS), os valores da produtividade e do teto de financiamento a ser repassados para os Municípios.

O Ministério da Saúde adotou algumas medidas de integração com alguns dos sistemas do Datasus:

1) documentos de autorização AIH e Apac estão usando o mesmo critério de numeração do aplicativo sistema autorizador;

2) aplicativos do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (Sihd), SIA-SUS e FPO integrados em termos de regras de negócio com o aplicativo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – fazendo exigência de “versão mínima” do aplicativo CNES local a cada mês de vigência das regras;

3) aplicativo FPO magnético utilizando o cadastro do aplicativo CNES e gerando para o Siasus os lançamentos físico-orçamentários.

Dentre as principais funcionalidades:

- coleta, processa e valida dados apresentados pelas unidades prestadoras de serviço;
- gera informações gerenciais às secretarias de Saúde municipais e estaduais;
- calcula o valor da produção aprovada para cada unidade prestadora de serviço;
- auxilia o pagamento em função da programação físico-financeira;
- gera mensalmente informações para o crédito bancário;
- atualiza o banco de dados nacional do SUS (BD Nacional);
- produz relatórios com informações detalhadas que auxiliam os processos de controle, avaliação e auditoria;
- gera os arquivos compatíveis com diversos aplicativos como TAB-Net e TABWin, que são ferramentas de leitura e tabulação das bases de dados do SUS.

Há necessidade de dotar um sistema de funcionalidades que facilite o gerenciamento descentralizado – dentro de uma secretaria de Saúde – em face a sua estrutura particular, conforme o modelo local de administração das coordenações, regionais, diretorias, núcleos etc. Facilitaria a importação e a exportação da produção de BPA e Apac.

Figura 11 – Interface SIA-SUS

Ministério da Saúde Destaque do governo

SIASUS
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Principal Consulta Versões Sistema Documentos Fórum MS-BBS

DESTAQUE

AVISOS

- NOVO 03/08/2016 - Prezados,

A partir da competência Julho de 2016, as remessas devem ser geradas pelo SIA durante o calculo do valor bruto, o arquivo de remessa encontra-se na pasta (DTS) após o fim do calculo! O VERSIA deve ser utilizado somente para as competências anteriores a Julho de 2016.

[Manual SIA v2.](#)
- 01/03/2016 - Prezados,

Considerando que a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos teve suas definições constantes na Portaria GM/MS n.º 1.034/2015 para o exercício de 2015, estão suspensos os registros de procedimento em faixa numérica específica para a estratégia. Para o SIH, somente serão aceitas AIHs de Cirurgias Eletivas para PROCEDIMENTOS realizados até a competência 02/2016. Para o SIA será considerada a data do ATENDIMENTO até 29/02/2016.
- 02/02/2016 - Prezados,

[Está disponível cronograma de envio das Remessas pelos Gestores CNES 2016.](#)
- 03/11/2015 - Prezados,

[Nota técnica sobre a implantação da PORTARIA SAS/MS N. 1.011/2014](#) que versa sobre o laudo digital e

TRANSMISSOR DO SIA, LIBERADO:

| COMPETÊNCIA | DATA INICIO | DATA FIM |
|-------------|-------------|------------|
| 02/2017 | 07/03/2017 | 27/03/2017 |
| 01/2017 | 07/02/2017 | 27/03/2017 |
| 12/2016 | 09/01/2017 | 27/03/2017 |
| 11/2016 | 06/12/2016 | 27/03/2017 |
| 10/2016 | 11/11/2016 | 27/03/2017 |
| 09/2016 | 10/10/2016 | 27/03/2017 |
| 08/2016 | 09/09/2016 | 27/03/2017 |
| 07/2016 | 08/08/2016 | 27/03/2017 |
| 06/2016 | 08/07/2016 | 27/03/2017 |
| 05/2016 | 08/06/2016 | 27/03/2017 |
| 04/2016 | 09/05/2016 | 27/03/2017 |
| 03/2016 | 07/04/2016 | 27/03/2017 |
| 02/2016 | 08/03/2016 | 27/03/2017 |
| 01/2016 | 05/02/2016 | 27/03/2017 |

SITES RELACIONADOS COM O SIA

- SITE TABWINSIA - Arquivos do SIA disponíveis para Tabulação.
- TABSIA - Arquivos do SIA disponíveis para Tabulação.

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>>.

Figura 12 – Ambiente operacional SIA-SUS

| Ambiente Operacional | |
|---|--|
| Informações Técnicas | Linguagem: Clipper 5.2 |
| Requisitos de Sistema | Sistema operacional: DOS 5.2 ou superior |
| | Hardware: Pentium II ou superior |
| | Operação Local |
| | Operação em Rede |
| Abrangência: Estadual, Municipal e Federal | |

Fonte: Datasus/MS, disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sai>>.

j. SIH-SUS

O **Sistema de Informações Hospitalares do SUS** (SIH-SUS) foi criado em agosto de 1981, em Curitiba. Em 1982, ele passou a substituir o Guia de Internação Hospitalar (GIH).

O popularmente conhecido Sistema AIH passou por várias plataformas em *mainframes* Unisys e ABC-Bull, que eram computadores de grande porte dedicados normalmente ao processamento de um volume enorme de informações. O termo *mainframe* era utilizado para se referir ao gabinete principal que alojava a unidade central de processamento nos primeiros computadores. Isso ocorreu ainda na fase de processamento centralizado dos dados nacionais, estaduais e municipais.

Foi o primeiro sistema do Datasus a ter captação implementada em microcomputadores (AIH em disquete – 1992) e descentralizada nos próprios usuários, encerrando a era dos polos de digitação.

O processamento das AIH continuou centralizado até ser descentralizado para os gestores de secretarias de Saúde em abril de 2006, usando como plataforma o sistema operacional Windows, com Sistema Gerenciador de Banco de Dados (SGBD) Firebird e linguagem de programação Delphi – que é o estado em que se encontra atualmente.

Figura 13 – Ambiente operacional SIH-SUS

Ambiente Operacional

| | |
|---|--|
| Informações Técnicas | Linguagem: Cobol |
| | Banco de Dados: DBF, Firebird e Oracle |
| Requisitos de Sistemas | Hardware: Pentium II ou superior |
| | Plataforma: Unix - Linux |
| Abrangência: Municipal, Estadual e Federal | |

Fonte: Datasus/MS, disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/>

hospitalares/sihsus>.

A finalidade do SIH-SUS é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e, a partir desse processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às secretarias de saúde os valores de produção de média e alta complexidade, além dos valores da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e de hospitais universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão.

As principais funcionalidades do SIH-SUS, são:

- possibilita a avaliação do desempenho e das condições sanitárias por meio das taxas de óbito e de infecção hospitalar informadas no sistema;
- fornece informações para a programação do orçamento dos estabelecimentos;
- criada funcionalidade de geração de histórico, que permite ao gestor diminuir o volume do banco de produção, otimizando o processamento;
- criada funcionalidade para gerar relatórios a partir do histórico;
- a versão que atende à tabela unificada será implantada em janeiro de 2008 após vários beta-testes.

Figura 14 – Interface SIHD

AVISOS

Exibindo todos os avisos

PUBLICADO EM: 09/03/2017

Sistema SIHD2
A versão 11.90 do SIHD2 será cancelada pois está apresentando problema na carga do CNES. Aguarde a versão 11.91 que será disponibilizada em breve.

PUBLICADO EM: 08/03/2017

SISAIH01 : FEVEREIRO/2017
Disponível SISAIH01 - VERSÃO 13.51 CMPT 02/2017 (NÃO Obrigatória) - Correção da Tabela de Fevereiro

PUBLICADO EM: 09/02/2017

SISAIH01 : FEVEREIRO/2017
Disponível SISAIH01 - VERSÃO 13.50 CMPT 02/2017 (Obrigatória)

PUBLICADO EM: 07/02/2017

Sistema SIHD2
Disponível a versão 11.81 para processar a cmpt 01/2017

PUBLICADO EM: 06/02/2017

TRANSMISSÃO DO SIHD LIBERADA PARA:

| COMPETÊNCIA | ENVIAR ATÉ | % RECEBIDO | AIHS RECEBIDAS |
|-------------|------------|------------|----------------|
| 02/2017 | 27/03/2017 | ,00 % | |
| 01/2017 | 27/03/2017 | 52,34 % | 890.657 |
| 12/2016 | 27/03/2017 | 71,30 % | 949.016 |
| 11/2016 | 27/03/2017 | 79,20 % | 973.334 |
| 10/2016 | 27/03/2017 | 82,52 % | 1.006.630 |
| 09/2016 | 27/03/2017 | 84,66 % | 1.032.055 |
| 08/2016 | 27/03/2017 | 85,73 % | 1.069.565 |
| 07/2016 | 27/03/2017 | 86,14 % | 1.052.864 |
| 06/2016 | 27/03/2017 | 86,90 % | 1.064.675 |
| 05/2016 | 27/03/2017 | 87,26 % | 1.054.916 |
| 04/2016 | 27/03/2017 | 87,41 % | 1.043.679 |
| 03/2016 | 27/03/2017 | 87,41 % | 1.040.059 |
| 02/2016 | 27/03/2017 | 87,87 % | 981.183 |
| 01/2016 | 27/03/2017 | 87,61 % | 978.261 |

133.821.211 AIHS PROCESSADAS PELO SIHD DESDE ABRIL DE 2006

SUPPORTO TÉCNICO AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIHD)

Fonte: Datasus/MS, disponível em <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>.

Vale exemplificar modelos de Sistemas de Informação em Saúde que utilizam planilha em excel e que também são eficientes, como o Levantamento de Índice Amostral (LIA), utilizado para o controle vetorial do *Aedes aegypti*.

■ Levantamento do Índice Amostral do *Aedes aegypti* (LIA)

Planilhas para envio do LIA.xlsx [Read-Only]

New Open Save Print Import Copy Paste Format Undo Redo AutoSum Sort A-Z Sort Z-A Gallery Toolbox

Arial 12

Sheets Charts SmartArt Graphics WordArt

1 SVS/MS

2

3 **Resumo do Levantamento de Índices Amostral do *Aedes aegypti* (LIA)**
Planilha Resumo

4 Município: _____ UF (Sigla): _____

5 Nº IBGE: _____ Período de exec.: _____

6

7 Número de imóveis inspecionados: < Entrada de dados

8 Nº de imóveis positivos para *Aedes aegypti*: < Entrada de dados

9

10 Índice de Infest. Predial (IIP):

11 Índice de Breteau (IB):

12

13 **Tipos de depósitos inspecionados e Índice por Tipo de Recipiente (ITR)**

| Código | Denominação | Quant. de depósitos positivos | % de positividade de depósitos |
|---------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| A1 | Depósitos de água elevados | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A2 | Depósitos de água ao nível do chão | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B | Recipientes móveis | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | Recipientes fixos | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D1 | Pneus abandonados | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D2 | Lixo (resíduos sólidos) | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E | Recipientes naturais | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Total: | | 0 | <input checked="" type="checkbox"/> |

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

Boletim de campo e laborat Consolidado parcial LIA Re

Fonte: SVS/MS.

5.3 Suspensão de recursos financeiros federais

Esta é uma situação que ainda se mantém no financiamento federal do SUS. Cada área, programa ou estratégia do Ministério da Saúde define regras próprias para a coleta de dados de interesse e o envio ao banco de dados no nível central, criando regras de transferência dessas informações, por *software* ou planilhas, vinculando a obrigatoriedade de seu fornecimento à manutenção dos incentivos financeiros federais.

5.3.1 Exigência observada na alimentação do Sinan

Caso os Municípios não alimentem o banco de dados local e enviem os dados ao nível central, por dois meses consecutivos são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica (PAB), conforme Portaria GM 1.882/1997, e do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde, conforme a Portaria GM 201/2010.

De acordo com a Portaria GM 1.378/2013, as transferências dos recursos federais do Componente da Vigilância em Saúde estão condicionadas à alimentação regular do Sinan, do SIM e do Sinasc, assim como a manutenção dos recursos do componente da Vigilância Sanitária estão condicionadas à alimentação do SCNES e do Siasus (produtividade das ações da Vigilância Sanitária), conforme transcrito a seguir.

Art. 33. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância em 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.

Art. 34. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

I – cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II – preenchimento mensal dos procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Vale destacar que, a partir da publicação da Lei Complementar 141/2012, essas medidas restritivas passaram a ser ilegais, ferindo agudamente o que prevê a referida lei complementar, que define que os recursos da União destinados ao custeio e ao capital das ações e serviços de saúde serão transferidos de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio.

LC 141/2012

[...]

Art. 18.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios **serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.**

Além disso, a LC 141/2012 deixa muito claro que veda a criação de exigências de restrições, como essas da alimentação dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, descrevendo, inclusive, os únicos casos em que o governo federal e os Estados podem criar critérios restritivos. Veja o texto transcrito da lei:

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no **inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar**, os quais **são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde** no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A **vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:**

I – à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II – à elaboração do Plano de Saúde. (grifos nossos)

Dessa forma, ainda é necessário avançar na integração, na interoperabilidade, na organização e na estruturação do sistema de informações da

saúde brasileira, facilitando a utilização das informações de saúde como o subsídio para um bom planejamento de ações e serviços de saúde, a correta alocação dos recursos humanos, financeiros e materiais, a melhoria da qualidade dos serviços ofertados bem como a tomada de decisão dos gestores das três esferas de governo.

6. INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um desafio posto aos gestores municipais é, sem dúvida, a compreensão da integração da Atenção Básica e Especializada com a Vigilância em Saúde. Dessa relação deriva, em parte, a qualidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS) existentes no Município e na região.

O modelo de atenção à saúde ainda apresenta fortes características de predominância das ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. Essa lógica tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões. Tais características somam-se à complexa relação e interação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010). Antes de aprofundar a associação entre a Vigilância em Saúde e as RAS, é necessário conceituá-las.

As redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Experiências têm demonstrado que a organização das RAS, tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário

socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. (Redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido, Brasil, 2010).

É fato que a organização do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação entre os pontos de saúde. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (MENDES, 2011).

Nesse processo, que promove a qualidade e o impacto na atenção prestada, estão incluídas as equipes de saúde. Nesse sentido, a rede deve ser pensada como algo que prescinde de fluxos de comunicação entre os profissionais de todas as políticas: educação, assistência social, saúde etc.

6.1 Fundamentos

a) Integração Vertical e Horizontal

Na construção das RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal.

Integração Vertical: consiste na articulação das unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo). (MENDES, 2011).

Integração Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde por meio de ganhos de escala e escopo (aumento do rol de ações da unidade) (MENDES, 2011).

b) Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos das RAS no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. Um exemplo dessa substituição seria mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o autocuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional etc. (BRASIL, 2010).

c) Região de Saúde ou Abrangência

A organização das RAS exige a definição da região de saúde, que implica a demarcação dos seus limites geográficos e de sua população, e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nessa região de saúde. As competências e as responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com a abrangência de base populacional, a acessibilidade e a escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização das RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o Estado e o Município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso (BRASIL, 2010).

d) Níveis de Atenção

Conforme as densidades tecnológicas singulares, os pontos de saúde se organizam por níveis: da menor densidade – Atenção Primária à Saúde (APS) –, ao de densidade tecnológica intermediária – Atenção Secundária à Saúde –, até o de maior densidade tecnológica – Atenção Terciária à Saúde (BRASIL, 2010).

Como é possível perceber quando falamos em Redes de Atenção, os termos população, demandas, necessidades, território, região e cuidado emergem constantemente. Esses termos relacionam-se com a necessidade e a capacidade da rede compreender social e epidemiológica a vida das pessoas, serviços de saúde, seus condicionantes e caminhos terapêuticos para dar conta da promoção e cuidado. Para tanto, a interlocução entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Secundária é primordial.

Sem os dados e informações corretos produzidos e sistematizados pelos respectivos campos, sem o mapeamento das situações de saúde da população, de óbitos, nascimentos, das estatísticas vitais, dos serviços de apoio – laboratórios, ambulatoriais, serviços de imagem e unidade de saúde como um todo –, o gestor não tem capacidade de entender e propor ações e programas em saúde que deem conta das demandas do cotidiano das pessoas.

Um claro exemplo dessa interação é o da potencialidade da Vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esses tipos de doenças passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 1980. Como decorrência da queda da mortalidade e da fecundidade no país, aumentou o número de idosos, particularmente o grupo com mais de 80 anos. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8% para 15%.

A Vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar seu planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle. A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências nefastas para a qualidade de vida (BRASIL, 2005).

6.2 Atenção Primária e Atenção Especializada em Saúde

A Vigilância à Saúde opera com base em sistemas geográficos de informação, a partir da localização de problemas, e visa ao planejamento local em saúde. Para tanto, está centrada nos pilares território, participação popular e intersetorialidade, incorporando o conceito de processo de trabalho em saúde.

Esse modelo apresenta como principais marcas: a intervenção sobre problemas de saúde nas várias fases do processo saúde-doença; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial e as ações sobre o território (TEIXEIRA & VILASBOAS, s/d).

A construção de um sistema de Vigilância em Saúde voltado para a prevenção e controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; a produção e a divulgação de informações epidemiológicas sobre tais eventos; e as medidas, ações e serviços de prevenção e controle estão diretamente relacionados à rede de promoção e atenção à saúde.

As informações só podem contribuir para a conformação de modelos de atenção se forem amplamente difundidas entre os profissionais de saúde e compartilhadas com a população (TEIXEIRA & VILASBOAS, s/d).

Assim, a construção de Redes de Vigilância é fundamental no apoio ao desenvolvimento de ações solidárias de conhecimento, detecção e prevenção de epidemias numa perspectiva que acolha integralmente a ideia de ambiente aos sistemas social e coletivo.

Em tal processo de análise, destaca-se a proposta de Vigilância à Saúde como um modelo assistencial, que traz em pauta a reordenação dos processos de trabalho. É importante ressaltar que essa proposta incorpora outros sujeitos no trabalho, como os gerentes de serviços, técnicos e representantes da população, o que difere das tradicionais práticas de vigilância epidemiológica e sanitária que, em geral, se atêm aos profissionais de saúde (TEIXEIRA & VILASBOAS, s/d).

7. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS: RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS

As responsabilidades municipais na execução das ações de Vigilância em Saúde encontram-se definidas na Portaria MS 1.378/2013, que trata da regulamentação das responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

No rol das responsabilidades dos Municípios existem potenciais ações que a Vigilância em Saúde deve assumir, enfrentando o desafio e tornando-as efetivas. Para tanto, é necessário que ocorram momentos de “pensar a Vigilância” de forma a inseri-la no cotidiano dos serviços de saúde, torná-la meio de cuidado e não apenas uma área que atua nas campanhas de combate a endemias ou de fiscalização de serviços.

Para não desperdiçar recursos humanos e financeiros, o Município deve estar atento à sua realidade local. Assim, o mapeamento da situação de saúde da população, dos territórios, dos agravos em saúde do trabalhador representa questões essenciais para evitar perdas.

Algumas estratégias custo-efetivas podem ser implantadas:

- inserir as equipes de Vigilância nas reuniões de equipe do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF); promover a capacitação permanente de agentes comunitários, técnicos e auxiliares, equipe de enfermagem e médicos, pertencentes ou não ao ESF, para intervenções

na comunidade, que reconheçam e registrem potenciais problemas de vigilância ambiental e sanitária.

Outro ponto importante sobre a Vigilância em Saúde diz respeito à formulação de protocolos clínicos de manejo de doenças. Nesse sentido, o Município deverá, uma vez caracterizada a doença e seus vetores, instituir um grupo de trabalho para reestruturar e atualizar ou criar protocolo municipal, tendo no seu horizonte os protocolos estaduais e nacionais.

O turismo brasileiro, fonte de renda e trabalho para grande parte dos Municípios, é um exemplo de como a intersectorialidade deve estar presente no cotidiano da gestão municipal.

Em 2016, por exemplo, milhares de serviços – municipais, estaduais e federais – tiveram de articular em todo o território nacional estratégias de monitoramento em Vigilância voltados à Olimpíada do Rio de Janeiro, evento associado a um potencial de risco, em função da elevada concentração de pessoas com diferentes históricos sanitários, do estresse da capacidade instalada, do volume e trânsito da população envolvida, além de outros fatores.

Diante do potencial risco que esses acontecimentos ou eventos de grande porte podem trazer à saúde da população, por gerar mobilidade de população de diversos locais ou países diferentes, a saúde do viajante e o turismo também são assuntos de Vigilância em Saúde.

A questão dos resíduos sólidos também está intimamente ligada ao tema abordado nesta publicação. A redução do volume de massa dos resíduos urbanos e dos próprios resíduos sanitários devem ser implementados e monitorados como formas de proteção da saúde e do meio ambiente, atendendo aos critérios técnicos previstos na legislação e promovendo melhor qualidade de vida à população do seu Município.

O Município encontra nas ações de promoção e educação em saúde – por meio de iniciativas próprias ou em parceria com instituições – estratégias de qualificação da Vigilância. A elaboração de um programa para dar conta das questões no tocante a resíduos sólidos pode englobar a sensi-

bilização dos envolvidos, minimização de resíduos, ações de reciclagem e reutilização de materiais, prevenção dos riscos à saúde e ao meio ambiente, as visitas para coleta de dados, palestras de educação ambiental e a orientação para coleta e destinação correta dos resíduos, mudando a realidade sanitária das pessoas.

- **Desafios para os Municípios**

Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs), já na vigência da Portaria MS 1.378/2013, foram elencados **os principais desafios** dos 48 Municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. São eles:

Quanto à gestão de pessoas, estruturas e organizacionais: conscientizar os atores a respeito da importância da Vigilância em Rede e a importância da constante capacitação; ter equipes dos ESF com vínculo estatutário para que a descentralização possa ocorrer; oferecer suporte técnico e capacidade interna de organização para formular boletins epidemiológicos com estatísticas da Vigilância em Saúde no ano e uso da ferramenta Tab Win; integrar os profissionais que respondem pela vigilância; articular as vigilâncias com os demais profissionais que atendem na atenção básica, entre outros.

A ausência de regionalização e hierarquização dos serviços de maior complexidade; abarcar as doenças e agravos não transmissíveis; organizar e montar protocolos; manter vigilância constante nos estabelecimentos sob fiscalização da Vigilância Sanitária; combater o comércio de alimentos sem inspeção (clandestinos); orientar e fiscalizar os aspectos ambientais inerentes à competência da Vigilância em Saúde Ambiental.

A pesquisa apontou como principais problemas a falta de recursos humanos, principalmente na Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Partindo do princípio de que a Vigilância em Saúde Pública deve estar perfeitamente adaptada à realidade local de cada país, região ou loca-

lidade, não existe uma receita padrão de melhoria. O que em algum caso pode significar uma linha de melhora evidente, em outro pode resultar numa medida perniciososa.

Tendo esse aspecto em vista e vinculando as decisões ao processo de avaliação, a seguir mencionam-se algumas possíveis propostas de melhoria dos sistemas de vigilância:

- estimular a conscientização e a responsabilização compartilhada entre os integrantes da rede de vigilância;
- simplificar a notificação;
- melhorar a retroalimentação do sistema;
- usar métodos e fontes múltiplas;
- promover a vigilância ativa;
- desenvolver sistemas de vigilância sentinela;
- capacitar recursos humanos;
- promover grupos de discussão técnica;
- fomentar a criatividade e o estímulo para o trabalho.

8. FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Desde 2004, o governo federal regulamentou o financiamento da Vigilância em Saúde na forma do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, com valores diferenciados e regionalizados, oriundos da composição de alguns critérios, como população, localização geográfica e área territorial do Município.

O Teto Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por recursos da União, do Distrito Federal, dos Municípios e dos Estados. Essa forma de financiamento surgiu com o objetivo de reduzir as desigualdades entre as regiões brasileiras e em respeito às especificidades dos Municípios e Estados.

A partir da Portaria MS 204/2007, com a metodologia de transferências federais na forma dos blocos de financiamento, o Bloco da Vigilância em Saúde ganhou uma nova composição, atualizada pela Portaria MS 1.378/2013, conforme descrito a seguir:

8.1 Componente financeiro de Vigilância em Saúde

Estes recursos são destinados ao custeio das ações de vigilância; prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e promoção. Os recursos financeiros desse componente são organizados da seguinte maneira:

I – Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS): compõe-se de um valor *per capita* estabelecido na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de Vigilância em Saúde. Os valores do Piso Fixo serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para o cálculo do PFVS, as unidades federativas são agrupadas nos seguintes estratos:

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

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; e

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

A distribuição dos recursos do PFVS entre as secretarias de saúde dos Estados e dos Municipais será aprovada no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado, observados os seguintes critérios:

a) as secretarias estaduais de saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% do PFVS atribuído ao Estado correspondente;

b) cada Município perceberá valores equivalentes a, no mínimo, 60% do *per capita* do PFVS atribuído ao Estado correspondente; e

c) cada capital e Município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a, no mínimo, 80% do *per capita* do PFVS atribuído ao Estado correspondente.

Já a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVS atribuído a esta unidade federativa.

II – Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS): é constituído por incentivos financeiros específicos e regulamentados pelo Ministério da Saúde, recebidos mediante adesão pelos Entes federativos:

a) incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde. É composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de *Aedes aegypti* provenientes de diferentes Estados do país;

- Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen);
 - Vigilância Epidemiológica da influenza;
 - ações do Projeto Vida no Trânsito;
 - ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde.
- b) incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e hepatites virais. Composto pela unificação dos seguintes incentivos:
- qualificação das ações de vigilância e promoção da saúde as DST/AIDS e hepatites virais;
 - casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids;
 - fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.
- c) Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde: este incentivo, regulamentado pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de Vigilância em Saúde no âmbito estadual, distrital e municipal.

III – Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias: é constituída por incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos Entes federativos, nos termos da Lei 11.350/2006 e alterações e do Decreto 8.474/2015. É composta por: assistência financeira complementar da União e o incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos agentes de combate às endemias.

Vale destacar que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, disporá de uma reserva estratégica federal equivalente a 5% dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde para atender às emergências epidemiológicas.

8.2 Componente financeiro da Vigilância Sanitária

I – **Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa):** destinado ao fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária. Os valores serão reajustados anualmente com base

na população estimada pelo IBGE. Para o Distrito Federal e os Estados, o PFVisa será composto pelo valor *per capita* e pelos valores destinados ao Finlacen-Visa. Para os Municípios, caberá o valor *per capita* destinado às ações estruturantes e estratégicas da Vigilância Sanitária.

II – **Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa)**: á composto de incentivos financeiros específicos para a implementação de estratégias nacionais de interesse da Vigilância Sanitária.

Vale ressaltar que existem condicionantes para a manutenção dos repasses regulares dos recursos financeiros da Vigilância em Saúde e da Vigilância Sanitária, vinculadas diretamente à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Como a maioria dos incentivos financeiros federais, destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde, os recursos da Vigilância em Saúde também sofrem com a defasagem e a ausência de reajustes regulares. Desde 2013, com a publicação da Portaria MS 1.596/2013, os valores não sofreram nenhum reajuste em decorrência do crescimento populacional.

A seguir, você pode verificar o valor *per capita* destinado ao seu Município, que multiplicado pela população atual deveria resultar o valor total a ser transferido ao seu Município (Portaria MS 1.596/2013):

Tabela 1 – Valor per capita de referência para cálculo do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS)

| ESTRATO | UF | "PER CAPITA" DEREFERÊNCIA ESTADUAL | "PER CAPITA" MÍNIMO DEREFERÊNCIA MUNICIPAL | "PER CAPITA" MÍNIMO DEREFERÊNCIA CAPITAL EREGIÃO METROPOLITANA |
|---------|----|------------------------------------|--|--|
| 1 | AC | 11, 2 6 | 6,76 | 9,01 |
| 1 | AM | 11, 6 1 | 6,97 | 9,29 |
| 1 | AP | 11, 8 6 | 7,12 | 9,49 |
| 1 | MA | 10,58 | 6,35 | 8,46 |
| 1 | MT | 10,58 | 6,35 | 8,46 |
| 1 | PA | 10,58 | 6,35 | 8,46 |
| 1 | RO | 10,58 | 6,35 | 8,46 |
| 1 | RR | 13,56 | 8,14 | 10,85 |
| 1 | TO | 10,58 | 6,35 | 8,46 |
| 2 | AL | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | BA | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | CE | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | ES | 6,93 | 4,16 | 5,54 |
| 2 | GO | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | MA | 7,62 | 4,57 | 6,10 |
| 2 | MG | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | MS | 6,67 | 4,00 | 5,34 |
| 2 | MT | 7,43 | 4,46 | 5,94 |
| 2 | PB | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | PE | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | PI | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | RJ | 6,62 | 3,97 | 5,30 |
| 2 | RN | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 2 | SE | 6,88 | 4,13 | 5,50 |
| 3 | PR | 3,95 | 2,37 | 3,16 |
| 3 | SP | 3,91 | 2,35 | 3,13 |
| 3 | DF | 3,97 | - | - |
| 3 | RS | 3,95 | 2,37 | 3,16 |
| 3 | SC | 3,95 | 2,37 | 3,16 |

Fonte: Portaria MS 1.596/2013.

8.3 Como aplicar os recursos da Vigilância em Saúde

Gestor municipal, o primeiro passo para a programação e execução orçamentária correta é observar o que prevê a Lei Complementar 141/2012 a respeito das despesas que são considerados gastos em ações e serviços de saúde (art. 3º da referida lei), assim como as despesas que não

podem ser computadas como despesas de saúde pública (art. 4º da mesma legislação).

Em relação à aplicação dos recursos da Vigilância em Saúde, a seguir estão descritas algumas ações que poderão ser custeadas desde que todas voltadas às ações e serviços próprios da Vigilância em Saúde:

a) **Serviços**

- pagamento de provedor de internet;
- confecção e reprodução de material informativo (fôlderes, cartazes, cartilhas, faixas, banners);
- confecção e reprodução de material técnico (manuais, guias);
- manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações e serviços;
- manutenção de equipamentos de laboratórios;
- 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;
- vigilância do patrimônio;
- limpeza e conservação;
- aluguel de imóveis;
- aluguel de veículos e equipamentos.

b) **Aquisição de equipamentos e materiais permanentes**

- veículos para execução das ações de Vigilância em Saúde;
- embarcações e motores;
- equipamentos e mobiliários (computadores, fax, telefone, câmera fotográfica e filmadora, retroprojetor, televisão, DVD, impressora, copiadora, *scanner*, projetor de multimídia);
- aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações afins;
- equipamentos para a rede municipal de frio;
- equipamentos e máquinas de controle químico de vetores;

- equipamentos para laboratório (microscópios, centrífugas, pipetas automáticas).

c) **Materiais**

- peças, combustíveis e lubrificantes para manutenção da frota;
- materiais e insumos para rede de frio e conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório (isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável);
- materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública;
- aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para atividades de controle de vetores e laboratórios;
- aquisição de peças para equipamentos de controle químico de vetores;
- material de laboratório (lâminas, lamínulas, estiletos, papel filtro);
- material de escritório.

d) **Despesas com recursos humanos:**

- contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de controle de endemias;
- pagamento de gratificações destinadas ao desenvolvimento de atividades da Vigilância em Saúde;
- capacitações específicas da Vigilância em Saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede de atenção à saúde;
- participação ou realização de seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros afins;
- diárias de servidores no desenvolvimento das atividades inerentes à Vigilância em Saúde.

Por fim, é de fundamental importância destacar que desde a publicação da Lei Complementar 141/2012, há cinco anos, que regulamentou o financiamento da saúde pública brasileira, definindo que anualmente o Ministério da Saúde deve publicar a metodologia de rateio dos recursos federais destinados aos Municípios e aos Estados, a Confederação Nacional de Municípios pauta o governo federal para que coloque em debate e regulamente essas transferências.

Assim, conforme anúncios oficiais do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), é possível que a metodologia das transferências federais sejam alteradas ainda no ano de 2017, respeitando o que determina a legislação federal, mantendo-se apenas duas fontes de financiamento do SUS – custeio e capital.

9. CONCLUSÃO

Esta publicação aborda os conceitos mais relevantes para a gestão municipal e apresenta a trajetória da Vigilância em Saúde no Brasil.

Esta é uma base de informações importante para conhecer um pouco desta área tão relevante para o Sistema Único de Saúde e acompanhar o seu processo de estruturação, que é dinâmico e a todo o momento sofre alterações, sobretudo, por meio das inúmeras regulamentações e normas infralegais editadas e publicadas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que objetivam organizar, regular e adequar o sistema, mas que, infelizmente, acabam dificultando o processo de organização e estruturação da gestão municipal da Vigilância em Saúde.

A rede municipal de atenção à saúde deve ser organizada e estruturada de forma regionalizada, tendo a atenção primária como a base da sua construção, subsidiada pelas informações epidemiológicas da população local. Para tanto, é necessário um planejamento que responda a essas demandas, a partir do conhecimento dos fatores e condicionantes dos vários agravos, as formas de prevenção e controle, assim como a abordagem clínica mais adequada.

Assim, os elementos-chave para o sucesso da Vigilância em Saúde são: uma boa rede local de profissionais motivados e capacitados, um sistema de comunicação eficiente, um mecanismo de notificação claro e simples, boa retroalimentação, resposta rápida e suporte básico de laboratório. Lembrando que prevenir e promover a saúde sempre terá custos menores do que o tratamento de doenças epidêmicas já instaladas.

10. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde Parte II*. Brasília. Conass, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de edições técnicas, 2003.

BRASIL. *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. Publicado no D.O.U de 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 4.279/2010*. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 4 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria

de Apoio a Gestão em Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação e Orçamento Público em Saúde-Siops*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria 1378/GM, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

CASSOL, Solange. *Os desafios da Gestão da Vigilância em Saúde a partir da descentralização*. Trabalho de Conclusão de Curso. Pós Graduação em Gestão em Saúde. Universidade do Rio Grande do Sul. Novo Hamburgo. 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67808/000871802.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

LAGUARDIA, Josué. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004, V13(3) – jul/set: 135 – 147. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000300002>.

LANGMUIR, A. D. *The surveillance of communicable diseases of national importances*. N Engl J Med, 268(4):182-192, 1963.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considera-

ções gerais. *Journal Of Health Informatics*. 2010, jan-mar; 2(1): 20-4. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>>.

MENDES, EUGENIO VILAÇA. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 5 mar. 2017.

MENDES, Tânia Kátia de Araújo; et al. *Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em Alagoas: a precarização da formação e do trabalho*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.14 n.2, p.421-443, maio/ago 2016.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades*. Módulo 4: Vigilância em Saúde pública / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010.

SANTOS. Elizabeth Glória Oliveira Barbosa dos. Gestão da qualidade nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o modelo de controle de qualidade analítica da malária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília. 2008, 17(2):117-122, abr-jun. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a05.pdf>>.

TEIXEIRA, Carmen. Fontes; VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz. *Diretrizes para a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde*. Documento preliminar. Ministério da Saúde. Sem data. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. *Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede*. Ciência e Saúde Coletiva. [online], 2007, vol.12, n.4, pp.893-902.



Sede

SGAN 601 – Módulo N
 CEP: 70830-010
 Asa Norte – Brasília/DF
 Tel/Fax: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
 Bairro Menino Deus
 CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
 Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM

