



Vigilância em Saúde

Gestão e financiamento das
ações da Vigilância em Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dr.a Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dr.a Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.a Arlene de Jesus Mendes Caldas;

Prof.^a Dr.a Mariléia Santos Cruz da Silva; Bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira;

Prof.^a Dr.a Mônica Teresa Costa Sousa



Vigilância em Saúde

Gestão e financiamento das
ações da Vigilância em Saúde



Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.
Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís-MA.
Site: www.unasus.ufma.br

PROJETO DE DESIGN

Camila Santos de Castro e Lima
Douglas Brandão França Júnior
João Gabriel Bezerra de Paiva
Katherine Marjorie Mendonça de Assis
Lizandra Sodré
Stephanie Matos
Isabelle Prado
Paola Trindade

REVISÃO TÉCNICO/PEDAGÓGICA

Claudio Vanucci Silva de Freitas
Arnaldo Muniz Garcia

REVISÃO DE TEXTO

Fábio Allex

NORMALIZAÇÃO

Edilson Thialison da Silva Reis
CRB 13ª Região, nº de registro - 764

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Gestão e financiamento das ações da Vigilância em Saúde/ Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016.

103 f.: il. (Cadernos de Vigilância em Saúde n. 1)

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Gestão em Saúde. 3. UNA-SUS/UFMA.
I. Reis, Regimarina Soares. II. Título.

CDU 614.4

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2016. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

SUMÁRIO

	p
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS	10
2.1 Instrumentos de gestão e planejamento do SUS.....	10
2.1.1 O planejamento estratégico	11
2.1.2 Marcos legais do financiamento no SUS.....	13
2.2 Construção do Plano de Saúde	18
2.2.1 Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores	19
2.3 Construção da Programação Anual de Saúde (PAS).....	24
2.4 Construção do Relatório Anual de Gestão	29
2.5 Articulação das ações	39
REFERÊNCIAS	43
3 ATOS NORMATIVOS DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE Vigilância em Saúde	49
3.1 Atos normativos que regulamentam o financiamento da Vigilância em Saúde	49
3.1.1 Marcos legais do financiamento no SUS.....	50
3.1.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).....	50
3.1.3 Ações e serviços públicos de saúde	51
3.1.4 As ações de Vigilância em Saúde	53
3.2 Transferências de recursos federais para as ações de Vigilância em Saúde na forma de blocos de financiamento.....	54
3.3 A utilização e definição da aplicação dos recursos de custeio e de investimentos	59

3.4	Incentivos financeiros para implantação e manutenção de ações programáticas e dos serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde	62
3.5	Manutenção e bloqueio dos repasses dos recursos financeiros	65
3.6	Monitoramento e controle das transferências de recursos	68
3.7	Assistência Financeira Complementar (AFC)	70
	REFERÊNCIAS	73
4	A INTEGRAÇÃO E ARTICULAÇÃO ENTRE AS VIGILÂNCIAS	79
4.1	A integração e articulação dos diferentes olhares, saberes e práticas da Vigilância em Saúde	79
4.2	A reconstrução do diálogo entre os diferentes olhares, saberes e práticas	83
4.3	A requalificação dos processos de intervenção da vigilância em saúde	84
4.4	A caracterização das práticas integradas e articuladas da Vigilância em Saúde	88
4.5	A redefinição do território com a organização dos processos de trabalho	91
	REFERÊNCIAS	101

PREFÁCIO

Vivemos numa sociedade de riscos, a constante exposição das pessoas tem ocorrido em razão do crescimento no consumo de produtos e serviços de uma economia globalizada, da realização de grandes eventos de massa, da excessiva mobilidade de pessoas e cargas nos aeroportos, portos e fronteiras de todo o planeta e do progressivo uso mercadológico de novas tecnologias de saúde. Os exemplos vêm da abertura econômica do país com o aumento das importações, da realização da Copa Mundo de Futebol, das viagens internacionais por meio dos transportes aéreos e cruzeiros marítimos, do caso polêmico do uso do medicamento fosfoetanolamina para fins de tratamento do câncer, sem que o mesmo tivesse sido ainda submetido aos testes de segurança, eficiência e eficácia pelas instituições de pesquisa, controle e regulação. Neste cenário, apresentamos este livro que aborda a Gestão e o Financiamento das Ações de Vigilância em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, um tema relevante e ao mesmo tempo complexo, quando se leva em consideração a sensibilidade e a imprevisibilidade dos agravos e eventos em saúde coletiva. A atual tragédia humanitária no país em detrimento dos casos de microcefalia correlacionados ao ZikaVírus é um exemplo do que estamos falando. Desta forma, o Planejamento e a Gestão em Saúde são condições imprescindíveis para a devida aplicação dos escassos recursos financeiros destinados a área de Vigilância em Saúde. Falaremos dos instrumentos de planejamento regulamentados pelo SUS, dos principais atos normativos do financiamento da Vigilância em Saúde e sobretudo da articulação e integração entre os diversos olhares e saberes presentes nos processos de trabalho da Vigilância em Saúde.

Arnaldo Muniz Garcia

Mestre em Saúde e Ambiente - UFMA

Especialista em Vigilância Epidemiológica - UNAERP

Especialista em Vigilância Sanitária - UFMA

Especialista em Regulação em Saúde - Sírio Libanês

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta obra é que você possa aplicar as diretrizes do PlanejaSUS em sua prática de trabalho.

Todas as ações em saúde devem ser bem planejadas, independentemente da área de atuação e do nível de organização do serviço. A gestão e o planejamento das ações de Vigilância em Saúde (VS) não devem ser diferentes das demais áreas da saúde.

O que é importante é integrar os setores e serviços em busca das melhores ações a serem executadas. Serão apresentados os instrumentos de planejamento do SUS, os marcos legais do financiamento da VS e os aspectos relacionados ao processo de trabalho.

Ementa: Planejamento estratégico situacional e suas aplicações na VS. Marcos legais do planejamento no SUS. Organização do planejamento em saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa. Distribuição dos valores mínimos a serem aplicados pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde. Diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações de VS na forma de blocos de financiamento. Incentivos financeiros de ações e serviços públicos estratégicos de VS. Incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais, previsto no art. 18, inciso II, da Portaria nº 1.378/2013.



2 OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Regimarina Soares Reis

O objetivo deste capítulo é que você possa compreender os instrumentos de gestão e planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão). O conhecimento e entendimento desses instrumentos será importante para o exercício da gestão de forma solidária, compartilhada e descentralizada.

2.1 Instrumentos de gestão e planejamento do SUS



Suslândia é uma cidade do interior do Brasil que, como qualquer outra, apresenta problemas e coisas boas. Tem 155.129 habitantes, PIB de R\$ 785.688.325,00, seu IDH é 0,624, 76,41% de sua população reside em área urbana e a expectativa de vida de sua população é de 76,16 anos. Suslândia é a sede de uma regional de saúde, composta por cinco municípios.

James, o prefeito de Suslândia, é administrador de empresas e tem 45 anos. Jairo é o secretário de Saúde, tem 40 anos, é médico, trabalhou por oito anos no serviço privado, e esse é um de seus maiores desafios profissionais, pois é a primeira vez que terá um contato mais próximo com o serviço público.

O primeiro trabalho de Jairo como gestor é analisar a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Jairo está um tanto desconfortável com a situação, pois, embora os termos que envolvem os processos de planejamento do SUS sejam conhecidos, na prática ele não sabe diferenciá-los e para qual finalidade cada um foi criado. Vejamos abaixo a definição dos instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2015a):



Plano de Saúde

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o **período de quatro anos**, explicita os compromissos do governo para o setor de saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades da população nesse segmento e as peculiaridades próprias de cada esfera.

Programação Anual de Saúde (PAS)

A PAS visa operacionalizar as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo sistematizar suas metas de forma anual e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão é um instrumento com elaboração anual que permite a apresentação dos resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos no Plano de Saúde, de acordo com a necessidade.

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

A discussão sobre a importância do planejamento em saúde é inicialmente instituída com a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL 1990a).

O Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, detalha o processo de planejamento do SUS (BRASIL, 2011a).

2.1.1 O planejamento estratégico

Muitas correntes de planejamento são estudadas visando obter-se a melhor forma de trabalhar essas questões na área da saúde.

No Brasil, existe uma experiência acumulada sobre a produção teórico-metodológica do planejamento e programação em saúde que se constituiu como importante suporte ao processo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais. O debate teórico e a experimentação prática presentes neste campo atualmente são influenciados, por um lado, pelo desenvolvimento científico que ocorre nas ciências políticas, na administração de saúde e na economia sanitária, e, por outro, pelo processo de reforma do sistema de serviços de saúde em curso no país, cujo eixo tem sido, nos últimos anos, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA; JESUS, 2010).



O planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar uma ação. Na área da saúde os problemas se referem ao estado de saúde (problemas terminais) e aos serviços de saúde (problemas intermediários).



No caso de Jairo, secretário de Saúde de Suslândia, o planejamento realizado pela gestão anterior servirá como base para ele realizar uma análise da situação de saúde do município.

É claro que quando planejamos, sempre imaginamos aonde queremos chegar e qual situação de saúde seria ideal para o município onde atuamos, no entanto o caminho a percorrer exigirá algumas etapas, conforme consta no planejamento estratégico situacional (PES):



Momento explicativo

São identificados os problemas presentes em uma dada situação e observadas as oportunidades para a ação, respondendo às seguintes perguntas: quais (problemas) e por quê (ocorrem). Aqui, questionam-se as oportunidades e os problemas enfrentados pelo ator que planeja.



Momento normativo

Aqui deveremos definir os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que deve ser feito.



Momento estratégico

São estabelecidos o desenho e os cursos de ação para serem superados os obstáculos e as dificuldades, expressando o que deve ser e que pode ser feito.



Momento tático e operacional

É a etapa de concretização das ações.



PARA SABER MAIS!

Essa sistematização é conhecida como enfoque estratégico situacional do planejamento e irá se articular de forma a construir a tríade matusiana: PES, Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP).

2.1.2 Marcos legais do financiamento no SUS

Bom, iniciamos nossos estudos com uma inquietação, apoiar o secretário de Saúde, Jairo, na definição de cada um dos instrumentos de gestão do SUS.

Será que os conceitos apresentados foram suficientes para tirar as dúvidas de Jairo?



O primeiro ponto a analisarmos é que Jairo ainda não tem acesso ao RAG do município, pois este deve ser submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o fim do primeiro trimestre do ano subsequente, conforme Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013a). Como Suslândia ainda está em fase de transição de gestão, Jairo buscou informações no Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) anterior, do 3º quadrimestre, que deve conter as seguintes informações:

01

Montante e fonte dos recursos aplicados no período.

02

Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações.

03

Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (BRASIL, 2012b).



Figura 1 – Estabelecimentos de saúde e os repasses por cada bloco de financiamento.



Fonte: valores fictícios elaborados pela autora.

O que chama atenção de Jairo é o montante de recursos utilizados do bloco de financiamento relativo à Vigilância em Saúde: no 2º quadrimestre pouco mais de 50% dos recursos haviam sido utilizados. Isso remete a algumas conclusões: uma programação inadequada das ações, deficiência na instrução (termos de referência) dos processos de compra e/ou contratação de serviços, poucos pregoeiros no município prolongando o andamento dos processos licitatórios ou ainda as inconsistências das informações contidas no RAG.

O RDQ anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o fim dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação (BRASIL, 2013a).

REFLETINDO!

Tente se colocar na situação do secretário de Saúde de Suslândia, Jairo. O que fazer nessa situação? Em seu trabalho você já se deparou ou ouviu algum relato de alguma situação parecida?

O ideal é buscar os mecanismos legais para auxiliar Jairo a solucionar esse problema, vejamos a seguir as principais legislações relacionadas ao planejamento das ações de saúde:



Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a).



Lei nº 8.142/90

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.



Lei Complementar nº 141/12

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de



transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (BRASIL, 1990b).



Decreto nº 7.508/11

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011a).



Acórdão nº 1.459/2011 do Tribunal de Contas da União

ACORDAM os Ministros do Tribunal de contas da União, reunidos em Sessão Plenária, ante as razões expostas pelo relator, em 9.1.1 instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARGSUS a estados e municípios; e 9.1.2 permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARGSUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores (BRASIL, 2011b).



Portaria GM/MS nº 204/07

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007).



Portaria GM/MS nº 575/12

Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012c).



Resolução CNS nº 459/2012

Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012b).



Portaria GM/MS nº 2.135/2013

Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a).



Portaria GM/MS nº 1.073/ 2015

Dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2015b).

São inúmeras leis, portarias, recomendações que devem ser seguidas no processo de planejamento no SUS. Além disso tudo, os gestores devem estar atentos aos seguintes pressupostos (BRASIL, 2013a):

- ✓ Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.
- ✓ Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- ✓ Monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS.
- ✓ Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.
- ✓ Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão.



- ✓ Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade.
- ✓ Concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.



PARA SABER MAIS!

A publicação **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS** é uma leitura interessante para complementar os seus estudos (BRASIL, 2014).

Desse modo, é fundamental Jairo avaliar todos os instrumentos de planejamento construídos pela gestão de Suslândia, ainda que o RAG mais atual não esteja disponível. O secretário e sua equipe de planejamento, em conjunto com as diversas áreas técnicas, são fundamentais no processo de construção desse instrumento, assim como no Plano e Programações de Saúde.

2.2 Construção do Plano de Saúde

O Plano de Saúde é o principal instrumento de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor de saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013a).

Conforme a Portaria nº GM/MS 2.135/2013:

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados.



§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I - Análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- a) estrutura do sistema de saúde.
- b) redes de atenção à saúde.
- c) condições socio sanitárias.
- d) fluxos de acesso.
- e) recursos financeiros.
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde.
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.

II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - O processo de monitoramento e avaliação.

§ 4º Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 5º Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde.

2.2.1 Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores

O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em <www.saude.gov.br/sargsus> (BRASIL, 2014).



O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende:

Figura 2 – Processo de elaboração do Plano de Saúde.



Fonte: elaborado pelas autoras.



IMPORTANTE!

Para os Planos Estaduais de Saúde, deve-se descrever a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, nas CIB, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2014).

Vamos analisar alguns pontos importantes no Plano de Saúde de Susslândia:

Sumário

Apresentação	5
Características do município de Susslândia	6
Identificação do município	6
Caracterização sociodemográfica	6
Componentes IDHM	7
Dados demográficos	7
Infraestrutura	8
Educação	8
Renda	9
Trabalho	10
Vulnerabilidade Social	11
Ambiente Físico	11
Sistema Único de Saúde	12
Atenção Básica	12
Atenção Especializada	13
Apoio e Diagnóstico Terapêutico	13
Assistência Farmacêutica	13
Indicadores de Saúde	13
Mortalidade Infantil	13
Morbidade Infantil	14
Mortalidade de Mulheres em idade fértil	15
Taxa de Fecundidade	15
Mortalidade geral	15
Morbidade em idosos	17
Processo de Gestão	18
Planejamento	18
Regulação	18
Programação	19
Financiamento	19
Educação Permanente	19
Ouvidoria	19
Controle social	20
Problemas que afetam a saúde e a atenção à saúde	20
Diretrizes e Estratégias 2014-2017	21
Programação Anual de Saúde	21
Apêndices	26
Apêndice 1 - Processo de elaboração do Plano Municipal	26
Apêndice 2 - Técnicos que participaram da Elaboração do Plano Municipal	29
Apêndice 3 - Resolução de aprovação do Plano	31



Podemos observar que as informações iniciais do plano são relativas às características sociais e demográficas do município, elas permitem a análise situacional. A identificação dos problemas na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde deverá ser feita com base nos três eixos: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde (BRASIL, 2009).

Em seguida, o plano traz informações sobre a rede de saúde local, os indicadores de saúde e como ocorre o processo de gestão, isso é muito importante para a definição de objetivos, metas e indicadores, que é o próximo passo na construção do Plano de Saúde.



Jairo percebe que algumas informações importantes não foram contempladas no Plano de Saúde de Suslândia, como: o índice de envelhecimento; a estrutura etária da população e a taxa de fecundidade. O questionamento atual de Jairo é: “Será que os objetivos, diretrizes, metas e indicadores realmente estão adequados? Como eles podem ser definidos adequadamente?”.

Vamos auxiliar Jairo com a definição de cada um desses itens. Vejamos os conceitos adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009):

	Objetivos	Diretrizes	Metas	Indicadores
Conceito	Expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.	São formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.	São expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.	É um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

Exemplo	Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias para assegurar qualificação na assistência e no acompanhamento dos municípios.	Qualificação e Humanização na Atenção à Saúde – Expansão e Efetivação da Atenção Básica.	Implantar quatro equipes de NASF.	Número de equipes NASF implantadas.
----------------	--	--	-----------------------------------	-------------------------------------

Fonte: Adaptado de Brasil (2009).

É importante ressaltar que na avaliação da viabilidade de metas e indicadores devemos considerar a capacidade do município ou Estado de alcançá-los. Definir metas que estejam além ou aquém do que se pode ser feito é determinante para o fracasso de ações.



IMPORTANTE!

Com o Decreto nº 7.508/2011, a descentralização e sua face regionalizada ganham mais importância no planejamento, uma vez que se estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Significa a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011a).

O Coap será resultante da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde. Nele constarão as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).



Nesse sentido, as regiões de saúde deverão elaborar o Planejamento Regional Integrado (PRI). A elaboração do PRI será coordenada pela gestão estadual e envolverá os três entes federados.



PARA SABER MAIS!

Na publicação **A Gestão do SUS** do Conselho Nacional de Saúde, do ano de 2015, há informações mais detalhadas sobre o PRI (BRASIL, 2015a).

2.3 Construção da Programação Anual de Saúde (PAS)

São objetivos da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2009):

- Integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo de forma ascendente, coerente com os respectivos planos municipal, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente.
- Consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde.
- Viabilizar a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde.
- Definir a macroalocação dos recursos do SUS para o financiamento do sistema.
- Promover a integração dos sistemas municipais de saúde.
- Explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo.
- Contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.

Objetivos, metas e indicadores claros e bem definidos são essenciais para estruturar a PAS.

Jairo agora avalia a PAS de Suslândia. Ele assumiu a gestão municipal com uma meta pessoal: consolidar e expandir a Atenção Básica, portanto se interessa inicialmente em conhecer as ações



que foram propostas para essa finalidade. Suslândia ainda não possui Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família. Vejamos abaixo o que a PAS traz sobre esse assunto:

Figura 3 - Programação Anual de Saúde de Suslândia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUSLÂNDIA
Secretaria municipal de saúde - Administração

Av. Neto Júnior, 420 - Centro - CEP - 17.122-000
CNPJ: 541254720001-55; CNES: 2545993; Tel: (89) 93526-4420
E-mail: saudesuslandia@pref.com.br

Diretriz: Qualificação e Humanização na Atenção à Saúde – Expansão e Efetivação da Atenção Básica							
Ações	Metas	Indicador	Programação				Recursos orçamentários
			2015	2016	2017	2018	
Implantar equipes de NASF tipo 1	Implantar 4 equipes de NASF	Nº de equipes NASF/nº de equipes previstas X100	1	1	1	1	R\$ 20.000,00 (MS/ incentivo) R\$ 20.000,00 mensal por equipe (MS)

Fonte: PAS de Suslândia fictício elaborado pela autora.



Agora Jairo se questiona: “As metas estão adequadas? Como isso pode ser avaliado?”.



No caso específico, Jairo deve analisar a quantidade de equipes da Estratégia Saúde da Família existente em Suslândia, que são 47, e seguir as recomendações da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que define que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, oito equipes de Saúde da Família, e, no máximo, a vinte equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

A conclusão que podemos tirar dessa situação se refere à necessidade de articulação de equipes técnicas que fazem parte a gestão da saúde nos Estados e Municípios para que as metas estabelecidas nas PAS estejam de acordo com as recomendações legais. Imagine você, na situação de gestor, tendo que analisar todos os pormenores dessa programação! Por isso, uma gestão colaborativa é tão importante para os serviços de saúde.

Para Estados e Municípios, a PAS deverá conter:

- I - A definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.
 - II - A identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS.
 - III - A previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.
- § 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.
- § 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano/calendário (BRASIL, 2013a).

No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos:

- I – Elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO do exercício correspondente.
- II – Execução no ano subsequente (BRASIL, 2013a).



IMPORTANTE!

Existem no SUS distintos instrumentos e sistemas informatizados de programação, como a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

A PAVS está organizada pelos seguintes eixos (BRASIL, 2008b):

- I. Notificação de doenças e agravos;
- II. Investigação epidemiológica;
- III. Diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública;
- IV. Vigilância ambiental;
- V. Vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses;
- VI. Controle de doenças;
- VII. Imunizações;
- VIII. Monitoramento de agravos de relevância epidemiológica;
- IX. Divulgação de informações epidemiológicas;
- X. Alimentação e manutenção de sistemas de informação;
- XI. Monitoramento das ações de vigilância em saúde; e
- XII. Vigilância sanitária.





PARA SABER MAIS!

A Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008, estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão e dá outras providências (BRASIL, 2008b).

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 de junho de 2013, estabelece as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 – 2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), documento este resultante do produto das discussões promovidas pelo Comitê Gestor do Decreto nº 7.508/11. Nesse sentido, foi definido um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão e no COAP (BRASIL, 2013b).

Ressalta-se a Portaria nº 1.708/08/2013, que regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Diante dessas novas informações, Jairo resolve analisar os diversos instrumentos que nortearam o planejamento de Suslândia, afinal ele se recorda de um problema anterior, a execução das ações da Vigilância em Saúde.

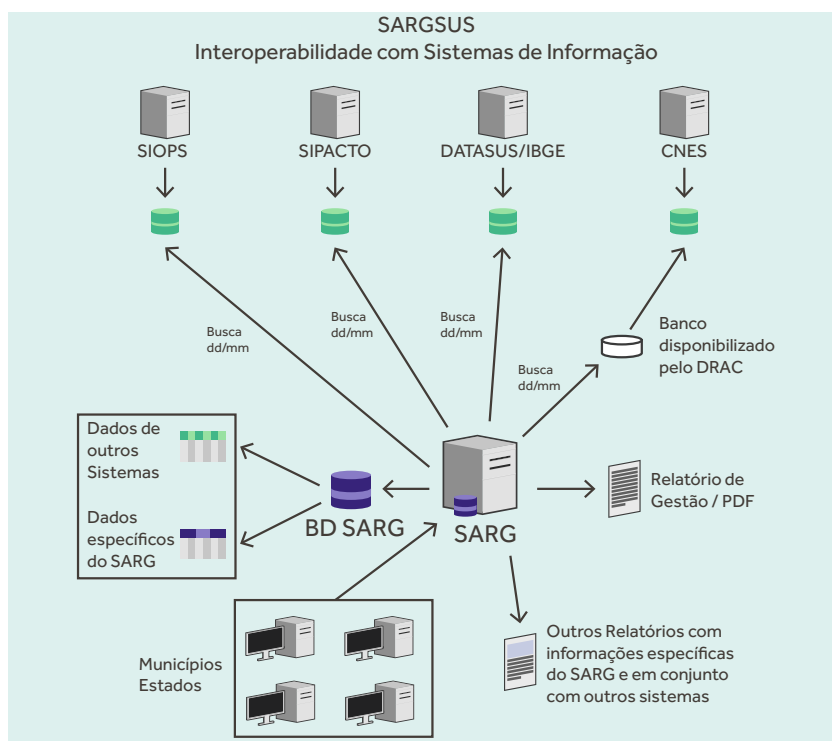


2.4 Construção do Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG) deverá ser elaborado na conformidade com a PAS indicando possíveis necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse relatório é utilizado nas ações de auditoria e de controle (BRASIL, 2009).

O RAG é produzido por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), desse modo, o gestor produzirá seu relatório eletronicamente e também por meio eletrônico enviará ao Conselho de Saúde para apreciação. A figura abaixo apresenta a arquitetura funcional do SARGSUS.

Figura 4 - Arquitetura funcional do SARGSUS.



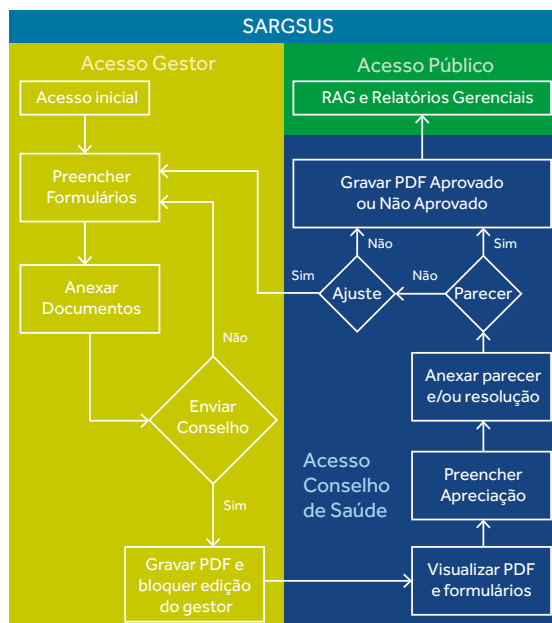
Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão**: versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

Abaixo podemos observar o fluxo da informação dos entes federados aos respectivos Conselhos de Saúde, e destes ao público em geral. Até 30 de março de cada ano os gestores deverão encaminhar eletronicamente o Relatório de Gestão para apreciação em seus Conselhos de Saúde (BRASIL, 2009).

Os resultados das metas da PAS previstas e executadas que devem constar do Relatório de Gestão serão monitorados e acompanhados a cada quadrimestre no Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) anterior, documento introduzido pela LC nº 141/2012, como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde e deve ser apresentado pelo gestor do SUS, até o fim dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo Ente da Federação. As informações acumuladas quadrimestralmente nesse relatório ajudarão na elaboração do Relatório de Gestão no fim do exercício (BRASIL, 2015a, p. 41).

Desse modo, Jairo, secretário de Saúde de Suslândia, já sabe que a elaboração do RAG estará sob responsabilidade de sua gestão.

Figura 5 - Fluxo de informações do SARGSUS.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão:** versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.



IMPORTANTE!

Esteja atento ao cumprimento das datas de envio à apreciação do RAG aos conselhos de saúde. Uma equipe que trabalha sincronizada deve atender seus prazos e ter um bom diálogo com seus Conselhos de Saúde.

De modo sintético, em sua estrutura o RAG deve conter:

1. Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde.
2. Metas da PAS previstas e executadas.
3. Análise da execução orçamentária.
4. Recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.
5. Os entes que assinarem o Coap devem inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato (BRASIL, 2015).

Sabendo que a gestão de Susslândia deverá mediar o processo de construção do seu RAG para o ano anterior à sua gestão, vejamos o passo a passo para submissão no SARGSUS (MARANHÃO, 2015):

01 Por meio do endereço <www.saude.gov.br/sargsus> é possível acessar o SARGSUS. A plataforma está dividida em área de uso restrito e área de uso público.



Figura 6 - Tela inicial do SARGSUS.

Fonte: BRASIL. DATASUS. **Acesso público**. 2015. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>. Acesso em 10 jan. 2016.

Para acessar a área restrita do sistema é necessário estar cadastrado e em seguida digitar o seu login e senha. O cadastro é efetuado previamente no Cadastro de Sistema e Permissões de Usuários (CSPUWEB), mantido pelo DATASUS no endereço: <http://cspuweb.saude.gov.br/default.asp>. De posse do código do usuário (login), deve-se digitá-lo na tela inicial do SARGSUS, conforme tela apresentada na figura acima. O sistema identificará que se trata do primeiro acesso e solicitará ao usuário repetir a senha digitada inicialmente, para que, enfim, o cadastro seja efetuado.

Para facilitar a utilização do SARGSUS e a digitação das informações, sugere-se que seja realizado um levantamento de dados previamente, a fim de evitar retrabalho e otimizar o tempo.

02 Ao acessar o sistema, será solicitado o preenchimento de um formulário de identificação da Secretaria de Saúde como pré-requisito para acessar as demais telas, conforme os itens seguintes:

Identificação da Secretaria de Saúde				
Informações sobre a Conferência de Saúde	Informações sobre o Plano de Saúde	Informações sobre o Plano de Carreira, Cargos e Salário	Informações sobre a regionalização	Considerações iniciais

Identificação da Secretaria de Saúde				
Ano a que se refere o RAG	Identificação da Secretaria de Saúde	Identificação do secretário de Saúde	Informações sobre o Fundo de Saúde	Informações sobre o Conselho de Saúde

Após a digitação das informações solicitadas nos itens acima, elas devem ser gravadas, podendo ser editadas até que seja feito o envio do relatório ao respectivo Conselho de Saúde, quando então novas mudanças são bloqueadas.

A tela seguinte traz os dados demográficos e de morbimortalidade, os quais não precisam ser digitados pelo usuário do SARGSUS, pois o sistema importa de outros bancos de dados, conforme mencionado no início deste tópico.

Dados Demográficos e de Morbimortalidade			
Estratificação da população	Informações sobre mortalidade	Informações sobre morbidade	Análise e considerações

O item “Análise e considerações” aparecerá abaixo de cada um dos três grupos de dados solicitados, de modo que seja possível comentar a situação dos dados apresentados.

A próxima tela refere-se à rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços aos SUS, a qual traz informações sobre a gestão dos estabelecimentos de saúde no território, bem como à esfera administrativa destes. A fonte de informação é o SCNES. São descritos os tipos de estabelecimento, quantidades e tipo de gestão, assim como a esfera administrativa responsável (gerência). Semelhante à tela anterior, também será disponibilizada ao gestor a possibilidade de “análise e considerações” para que as informações sejam qualificadas.



Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços aos SUS	
Justificativa de dupla gestão (caso haja)	Análise e considerações

Posteriormente, são apresentadas as informações sobre os profissionais que prestam serviço na rede de saúde, pública ou privada prestadora de serviços ao SUS, conforme cadastrado no SCNES, para que seja feita a análise e devidas considerações.

Profissionais					
Vínculo empregatício	Autônomo	Cooperativa	Residência	Estágio	Outros

03 Em seguida, é solicitada a inserção da Programação Anual de Saúde. Nesse caso, não há migração de dados. Todas as informações devem ser digitadas.

Figura 7 - Programação Anual de Saúde.

A imagem mostra a interface de programação anual de saúde. No topo, há um cabeçalho "Programação Anual de Saúde". Abaixo dele, há um campo "Diretriz" com uma área de texto vazia. Segue um campo "Objetivo" com uma área de texto vazia e um botão "INCLUIR OBJETIVO" abaixo dele. Na base, há dois campos: "Indicador" e "Metas", ambos com áreas de texto vazias.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão**: versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

Figura 8 - Print Screen da Programação Anual de Saúde.

Ação

Meta Prevista

Meta Executada

INCLUIR AÇÃO

As ações só serão gravadas quando contidas nesta tabela.

Ação	Meta Prevista	Meta Executada	Opções
Nenhum registro.			

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão:** versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

Qualquer necessidade de atualização/edição do conteúdo da PAS deve ser realizada a partir de um clique no “lápis” apresentado na imagem abaixo (BRASIL, 2014).

Figura 9 - Gravação de diretrizes, objetivos e ações.

GRAVAR DIRETRIZ / OBJETIVO / AÇÃO

CANCELAR

Diretriz	Opções
TESTE	
TESTE 2	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão:** versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

O informe dos dados orçamentários/financeiros deve ser feito em relação a toda a PAS nos campos apresentados na imagem abaixo. O detalhamento aparece nos formulários do Siops (BRASIL, 2014).

Figura 10 - Análise e considerações gerais da Programação Anual de Saúde.

A imagem mostra uma interface web de um sistema de gestão. No topo, há um cabeçalho com o título "Execução Orçamentária e Considerações Gerais". Abaixo dele, há uma seção "Recursos Orçamentários" com dois campos de entrada: "Valor Programado" e "Valor Executado". No centro, há uma janela de texto intitulada "Análise e Considerações" com uma barra de ferramentas contendo ícones de formatação (negrito, itálico, sublinhado, alinhamento, etc.) e uma área de texto vazia. Abaixo da janela, há uma indicação de limite de caracteres: "Texto com 4000 caracteres restantes". No rodapé da interface, há uma barra de status com o texto "Última gravação dos dados no sistema: 19/03/2014 10:57:29" e dois botões: "GRAVAR EXEC. ORÇAMENT. E CONSID. GERAIS" e "IMPRIMIR".

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão**: versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

04 A próxima etapa é o informe de diretrizes, objetivos, indicadores e metas do Sispacto para fins de análise de desempenho por parte do gestor, conforme ilustração abaixo.

Figura 11 - Diretrizes, objetivos, indicadores e metas, registrados no Sis Pacto.

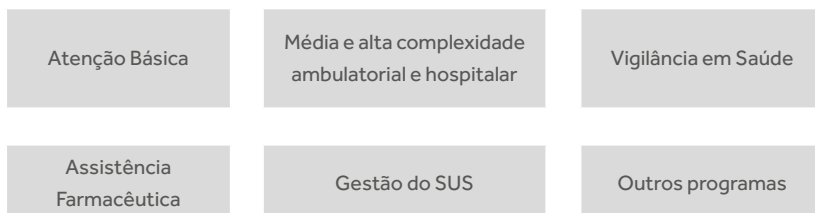
[illegible]

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão**: versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

Ao final do tópico é ainda solicitado ao gestor fazer uma avaliação geral das diretrizes, com seus resultados alcançados, destacando os motivos que possibilitaram ou não o alcance de suas metas.

Para entes federados que já tenham firmado o Coap, aparece ainda uma tela com campo de texto para análise geral.

05 Por fim, entra-se na análise orçamentária e financeira de forma mais detalhada. A tela seguinte trata da utilização dos recursos, por bloco de financiamento do SUS, quais sejam:



São ainda tratados outros indicadores financeiros importados do Siops que permitem ao ente federativo analisar o nível de desempenho da gestão no que tange à aplicação dos recursos financeiros no âmbito da saúde, à receita própria ou transferências intergovernamentais.

Figura 12 - Avaliação geral das diretrizes.

Indicadores Financeiros (Fonte: SIOPS)	
Participação da receita de impostos total do município	31,45%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	54,67%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	14,03%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	99,06%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	31,86%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	77,34%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$251,95
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	49,31%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,75%
participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	27,00%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	1,22%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	41,23%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	15,27%
Análise e considerações do gestor	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão**: versão 4. Brasília, DF, 2014. 58 p.

2.5 Articulação das ações

A nova inquietação de Jairo reside no fato de Suslândia ser sede de uma região de saúde, e desse modo deve participar ativamente da construção da PGASS.

A PGASS é um processo de negociação e pactuação entre os gestores onde se define os quantitativos físicos e financeiros das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional. A construção da PGASS é baseada nas Redes de Atenção à Saúde e em seus respectivos atos normativos, e o desenho metodológico é orientado pela modelagem de redes de atenção: “redes temáticas” e demais redes estratégicas do território (BRASIL, 2015a).

A dúvida atual de Jairo é: qual seu papel efetivo na construção da PGASS?



Vamos tentar ajudá-lo analisando as fases da elaboração da PGASS.

Quadro 1- Fases de elaboração da PGASS.

Configuração	Consiste na compatibilização dos conteúdos dos planos de saúde e planejamento integrado com a programação, e acontece na CIR, CIB e CIT. As Comissões Intergestores Regionais definem as possíveis redes a serem agregadas na região e respectivos parâmetros, em razão das prioridades regionais definidas no planejamento integrado.
Programação e Pactuação Regional na CIR	Acontece no nível regional com o apoio do Mapa de Saúde e corresponde à quantificação das ações e dos serviços de saúde a partir da aplicação de parâmetros de cobertura e concentração e sua respectiva pactuação de referências dentro da CIR e propostas de pactuação de referências para fora da CIR. Para realização desta etapa, sugere-se a criação de um Grupo Condutor da Programação Regional.



Pactuação macrorregional/ estadual	Com o apoio do Mapa da Saúde, são pactuadas as referências para execução das ações e dos serviços de saúde inter-regionais. Pode acontecer na macrorregião e no âmbito estadual, conforme definição ocorrida na fase de configuração.
Consolidação/ dimensionamento do impacto financeiro	São consolidados os quantitativos físicos alocados em cada município para atendimento da população própria e referenciada, como também é realizada uma estimativa de impacto financeiro decorrente dos pactos firmados.
Ajustes	Ocorre a compatibilização da programação com os recursos federais, estaduais e municipais destinados à programação de ações e serviços de saúde, o que pode implicar a adequação de parâmetros, considerando as necessidades indicadas anteriormente. Pode ocorrer na região, na macrorregião e no âmbito estadual.
Programação dos estabelecimentos de saúde	Após a compatibilização da programação aos recursos financeiros, ocorre a alocação física e financeira nos estabelecimentos de saúde de cada município, mantendo compatibilidade com todas as fontes e formas de repasse ou alocação de recursos vigentes (incentivos, valor global de unidades ou serviços, entre outras).
Finalização	Compreende a publicação dos limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por município, a definição de responsabilidades quanto às metas físicas e financeiras em cada região, a emissão dos termos de compromisso para garantia de acesso e a indicação de investimentos nas regiões.
Monitoramento/ atualização	Essa fase compreende atualizações e revisões da programação. As atualizações ocorrem sistematicamente em razão de alterações na Renases e na tabela de procedimentos, credenciamento ou descredenciamento de serviços, alocação de novos recursos e alteração nos fluxos de referências. As revisões, realizadas preferencialmente uma vez ao ano, compreendem atualização de população e de valores médios, adequações de parâmetros e fluxos, entre outros. Representam uma análise de toda a programação, sendo as decisões subsidiadas pelo monitoramento.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015a. p. 133 p.
Disponível em: <www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso 12 jan. 2016.



Pelo visto, Jairo terá um papel fundamental na construção da PGASS para região de saúde de Suslândia. Cada uma de suas fases de construção depende da articulação entre os gestores de saúde no âmbito da CIR e da CIB.



PARA SABER MAIS!

Caso você tenha dúvidas sobre os conceitos ou as funções das CIR, CIB e CIT, Renases e Rename, sugerimos a leitura da publicação **A Gestão do SUS do Conselho Nacional de Saúde**, do ano de 2015 (BRASIL, 2015a).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para assumir a gestão da saúde são muitos, seja você o secretário de Saúde, diretor de unidade de saúde ou prestador de serviços, afinal todos são responsáveis pela execução das ações previstas nos planos de saúde.

O ato de planejar não é uma tarefa fácil, o SUS utiliza instrumentos de planejamento para alinhar os processos entre os entes federativos, e auxiliar os gestores no monitoramento e avaliação.

Jairo iniciou sua gestão com muito trabalho e muitas decisões a tomar. Você possui alguma semelhança com o personagem Jairo? As dúvidas que ele tinha em algum momento foram suas também? Ainda temos muito a aprender com as dúvidas de Jairo!



REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015a. p. 133 p. Disponível em: <www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1-3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 02 dez. 2015.

_____. Lei n. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 jan. 2016.



_____. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 jan. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 06 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 459, de 10 out. 2012. Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 out. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 set. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/regulacao/arquivo/1491/legislacao>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_tomo2.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 jan. 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.



_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.073, de 23 de julho de 2015. Dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 jul. 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1073_23_07_2015.html>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008. Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2 jun. 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.html>. Acesso em 12 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 mar. 2012c.

_____. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1.459/2011. Auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada. **Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde**. Consolidação dos resultados. Recomendações, ciência e determinações. Arquivamento. F 57, pag. 8, 13. 01 de junho de 2011b.

HELMING, Stefan; GÖBEL, Michael. Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOPP). **Um Guia de Orientação para o Planejamento de Projetos Novos e em Andamento**. GTZ. 1997. Disponível em: <<http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/npadep115.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - SES/MA. Instrumentos de gestão aplicados à saúde. **Unidade 3 - Relatório anual de gestão**. Maranhão, 2015. 33 p.

PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; JESUS, Washigton Luiz Abreu de. Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Carmen (Org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Bahia: EDUFBA, 2010. p. 33-50. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6721/1/Teixeira,%20Carmen.%20Cap.%202%20Planejamento%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015.



3 ATOS NORMATIVOS DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

O objetivo deste capítulo é compreender como ocorre o planejamento físico-financeiro, para o qual a utilização de recursos públicos está amparada por atos normativos do Ministério da Saúde.

A Constituição Federal já estabelece alguns parâmetros a serem seguidos quando se trata de ações de planejamento para as atividades do poder executivo: o plano plurianual; as diretrizes orçamentárias; e os orçamentos anuais. A Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, é base de 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.

3.1 Atos normativos que regulamentam o financiamento da Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para:

01

A proteção da saúde da população;

02

A prevenção e controle de riscos, agravos e doenças;

03

A promoção da saúde (BRASIL, 2013a).



Suslândia apresentou um problema na execução financeira das ações de Vigilância em Saúde: até o 3º trimestre, apenas cerca de 50% dos recursos destinados às suas ações havia sido executado. Para entender o que aconteceu, é necessário que Jairo conheça um pouco mais sobre como ocorre o financiamento específico para a Vigilância em Saúde, portanto, vamos entender como se planeja o financiamento no SUS (BRASIL, 2011b).

3.1.1 Marcos legais do financiamento no SUS

Em relação aos papéis referentes ao planejamento e fiscalização da execução orçamentária previstos pela Lei Federal nº 8.080/90, pela Lei Federal nº 8.142/90 e pela Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, temos como embasamento legal:

- ✓ Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF-88).
- ✓ Lei Federal nº 8.080/90, caput do artigo 36 e parágrafos 1º e 2º.
- ✓ Lei Federal nº 8.142/90, parágrafo 2º do artigo 1º.
- ✓ Resolução nº 453/2012.
- ✓ Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/00).
- ✓ Lei Federal nº 8.689/93 (Lei nº 8.689/93).
- ✓ Portaria MOG nº 42/99 (Portaria nº 42/99).
- ✓ Portaria Interministerial STN/SOF nº 163/2001 (Portaria nº 163/2001).
- ✓ Portarias MS: Portaria nº 2.135/2013 (revoga as portarias nº 3.085/2006, nº 3.332/2006 e nº 3.176/2008), nº 2.053/2013, nº 204/2007, e nº 837/2009.

3.1.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

A LDO é um dos instrumentos do planejamento do setor público brasileiro que surgiu com a Constituição Federal de 1988 (CF-88) e foi complementada, em termos de atributos, pela Lei de Responsabilidade

Fiscal (LRF). De periodicidade anual, o prazo de entrega do projeto de lei ao Poder Legislativo ocorre no período de 15 a 30 de abril, conforme cada ente da Federação (União, Estados e Municípios) (BRASIL, 2011b).

De acordo com o artigo 165 da CF-88, a LDO compreenderá (BRASIL, 1988):

- ✓ As metas e as prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente em consonância com o PPA.
- ✓ A orientação para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA).
- ✓ Dispositivos sobre as alterações na legislação tributária.
- ✓ As regras para a política de aplicação das agências oficiais de fomento.
- ✓ As prioridades de governo de forma explícita, evidenciando quais serão os setores que receberão mais recursos.

3.1.3 Ações e serviços públicos de saúde

Até agora, Jairo não teve nenhuma solução para o problema a ser enfrentado. Ele só consegue recordar da Portaria GM/MS nº 56, de 29 de janeiro de 2015, que autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde e, que em seu artigo 5º, considera:

Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo (BRASIL, 2015c).



Jairo precisa entender os pormenores das ações que são executadas pela Vigilância em Saúde, mas antes, vejamos o que pode ser considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde (ASPS):

São consideradas despesas com ASPS, conforme a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/12), aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I. Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.
- II. Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação.
- III. Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2012).

No art. 3º da referida lei, são listadas como sendo aquelas referentes à (ao):

- I. Vigilância em Saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.
- II. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais.
- III. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
- IV. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.
- V. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos.
- VI. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar.
- VII. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
- VIII. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.

- IX. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde.
- X. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais.
- XI. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde.
- XII. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (PORTAL, 2013d).

3.1.4 As ações de Vigilância em Saúde

Agora, Jairo ficou com uma dúvida maior. Parece que todas as ASPS listadas no artigo 3º fazem parte das ações de Vigilância. Nesse caso, como se poderia discriminar melhor essa área de atuação?

As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, conforme consta na Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 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 à saúde.
- 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 (BRASIL, 2013a).



A dúvida de Jairo é realmente pertinente, afinal, quando analisamos as ações que deveriam ser específicas da Vigilância em Saúde, é fácil perceber que, na prática, elas permeiam todas as demais ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência. No entanto, para o financiamento foi necessário organizar o bloco financeiro de Vigilância em Saúde e da transferência de recursos da seguinte forma:

01

Componente de Vigilância em Saúde.

02

Componente da Vigilância Sanitária.

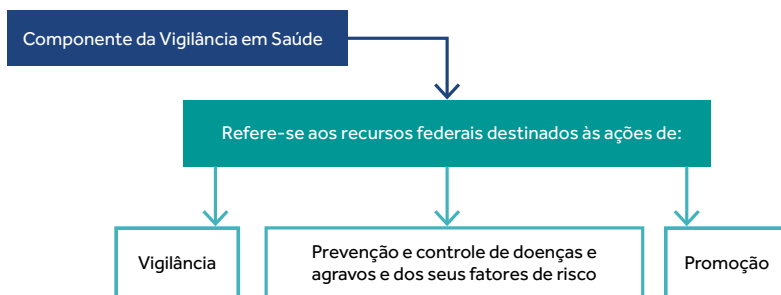
Então, para que Jairo possa entender o ponto chave do seu problema de execução dos recursos de Vigilância em Saúde, o ideal é analisar como ocorreu o uso de recursos em cada um dos componentes, já que o relatório ao qual ele teve acesso apresentou o montante de recursos do bloco completo, e se ele quer saber exatamente onde é melhor intervir, o ideal é saber qual componente necessita de mais atenção, você não acha? Ainda mais porque os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente 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.

3.2 Transferências de recursos federais para as ações de Vigilância em Saúde na forma de blocos de financiamento

Jairo precisa entender melhor como é a estruturação de cada um dos componentes para transferências de recursos da Vigilância em Saúde, por isso, vejamos o que versa a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a):

Os recursos do bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios em uma conta única e específica.





A aplicação dos recursos oriundos do componente de Vigilância em Saúde é constituída em:

01

Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS).

02

Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).



IMPORTANTE!

Os valores do PFVS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, estabelece:

Art. 16. O PFVS compõe-se de um valor “per capita” estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013a).

Para efeito do PFVS, as unidades federativas são agrupadas nos seguintes termos:



Quadro 1- Agrupamento das unidades federativas.

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

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.378, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 jul. 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2016.



IMPORTANTE!

Ressalta-se que os valores do PFVS contemplados e destinados ao Maranhão encontram-se distribuídos nos extratos I e II simultaneamente.

Os recursos que compõe o PFVS, no âmbito da CIB, devem considerar os seguintes critérios:

- I. As Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente.
- II. Cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente.
- III. Cada capital e Município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% (oitenta por cento) do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente (BRASIL, 2013a).



O Piso Variável da Vigilância em Saúde é constituído por:

1. Incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde.
2. Incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e hepatites virais.
3. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013a).

O conjunto das ações executadas poderá ser ajustado em função da situação epidemiológica, incorporação de novas tecnologias ou outro motivo que assim justifique, mediante registro no Relatório de Gestão.

O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde do PVVS será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I. Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE).
- II. Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- III. Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP).
- IV. Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de "Aedes aegypti" provenientes de diferentes estados do país.
- V. Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN).
- VI. Vigilância Epidemiológica da Influenza.
- VII. Ações do Projeto Vida no Trânsito.
- VIII. Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013a).

O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I. Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde às DST/AIDS e Hepatites Virais.
- II. Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.
- III. Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV (BRASIL, 2013a).





IMPORTANTE!

A Secretaria de Vigilância em Saúde disporá de uma reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, constituída de valor equivalente a 5% dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde.

Componente da Vigilância em Saúde

Refere-se aos recursos federais destinados constituídos de:

Piso Fixo da Vigilância
Sanitária (PFVisa)

Destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando ao fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de Vigilância Sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse dessas ações.

Piso Variável de Vigilância
Sanitária (PVVisa)

Destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE. No entanto, caso ocorra redução populacional e, verificando-se a presença de necessidades de saúde da população, será dispensado, mediante prévia pactuação na CIT, o ajuste de que trata o caput.

Em 2 de dezembro de 2015 foi publicada a Portaria GM/MS nº 1955 que Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que 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.



Vejamos as principais alterações:

Art. 2º A Portaria nº 1.378/GM/MS, de 2013, passa a vigorar acrescida do inciso III ao § 1º do art. 15 e do art. 18-A:

“Art. 15.....

§ 1º III -
Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias”

“Art. 18-A. A Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias é constituída pelos seguintes incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, nos termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, e do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015:

I - Assistência Financeira Complementar da União; e

II - Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos Agentes de Combate às Endemias”.

O artigo 33 e 36 passam a ter a seguinte redação:

“Art. 33. A manutenção do repasse dos recursos do PFVS e PVVS está condicionada 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), conforme regulamentações específicas destes Sistemas.” (NR)

“Art. 36. O bloqueio do repasse do PFVS e PVVS para Estados, Distrito Federal e Municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos no art. 33, segundo parâmetros a serem publicados em ato específico da SVS/MS”.

3.3 A utilização e definição da aplicação dos recursos de custeio e de investimentos

Jairo já dispõe de várias informações sobre as formas de transferências dos recursos do bloco da Vigilância em Saúde. Agora ele necessita de uma análise mais detalhada de uso desses recursos, como isso tem ocorrido e quais são as maiores necessidades da equipe. Para isso, é fundamental que ele se reúna com o coordenador da Vigilância em Saúde de Suslândia, Carlos.





Carlos tem 29 anos, é médico recém-formado, e está aprendendo muita coisa no serviço de saúde.

Jairo se reúne com Carlos e solicita as informações de como ocorreu a aplicação dos recursos de custeio e de capital da Vigilância em Saúde de Suslândia na gestão anterior e qual a previsão para o ano atual. Mas antes de seguirmos em frente, vamos observar qual a definição e diferença entre as despesas de custeio e de capital.

Quadro 2- Diferença entre as despesas de custeio e de capital.

Despesas de capital	Realizadas com o propósito de formar e/ou adquirir ativos reais, abrangendo, entre outras ações, o planejamento e a execução de obras, a compra de instalações, equipamentos, material permanente, títulos representativos do capital e de empresas ou entidade de qualquer natureza, bem como as amortizações de dívida e concessões de empréstimos.
Investimentos	Despesas de capital destinadas ao planejamento e à execução de obras públicas, à realização de programas especiais de trabalho e à aquisição de instalações, equipamento e material permanente.
Despesas de custeio	Necessárias à prestação de serviços e à manutenção da ação da administração, como o pagamento de pessoal, de material de consumo e a contratação de serviços de terceiros.

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento Nacional de Auditoria DENASUS. **Manual de auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20Recurso%20%20Financeiro_2004-jul.pdf. Acesso em: 10 dez. 2015.

No relatório solicitado por Jairo há a seguinte definição de gastos:

Recursos humanos
Contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de controle de endemias.
Gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da Vigilância em Saúde.
Capacitações específicas com conteúdo da Vigilância em Saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial.



Participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros onde sejam apresentados e discutidos temas relacionados à Vigilância em Saúde.
Diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à Vigilância em Saúde, bem como para participação em eventos ligados à área.
Serviços de terceiros
Pagamento de provedor de internet para viabilizar envio de bancos de dados à Secretaria Estadual de Saúde, além de pesquisa e troca de informações técnicas.
Confecção e reprodução de material informativo educativo (folderes, cartazes, cartilhas, faixas, banner etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica).
Manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da Vigilância em Saúde.
Pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da Vigilância em Saúde.
Pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da Vigilância em Saúde.
Aluguel de imóveis com atividades próprias da Vigilância em Saúde.
Material de consumo
Peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos.
Isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório.
Materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública.
Compra de equipamentos de proteção individual (EPI) para atividades de controle de vetores (competências definidas na Portaria MS nº 1.172/04).
Reposição de peças para equipamentos de aspersão.
Lâminas, laminulas, estiletes e papel filtro.
Material de escritório.

Carlos explica para Jairo que alguns gastos previstos não puderam ser realizados. Um exemplo foi a contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de controle de endemias, pois o processo de seleção atrasou e resultou em uma execução financeira fora do previsto. Como a previsão era iniciar a contratação no meio do ano, e naquela oportunidade tratava-se do fim do período de exercício



financeiro, havia necessidade de avaliar a possibilidade de replanejar a utilização do recurso.

Para despesas de capital, temos a seguinte discriminação (BRASIL, 2009):

- ✓ Veículos e utilitários, desde que tenham uso exclusivamente destinado para apoio à execução das ações de Vigilância em Saúde.
- ✓ Equipamentos e mobiliários necessários para estruturar a Vigilância em Saúde municipal e/ou estadual, como computadores, fax, aparelhos telefônicos, câmeras fotográficas, retroprojeto, televisão, vídeo, máquina para fotocópia, projetor de multimídia etc.
- ✓ Aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área da Vigilância em Saúde.
- ✓ Equipamentos para estruturar rede de frio no Município e/ou Estado e equipamentos de aspersão de inseticidas.
- ✓ Equipamentos para suporte laboratorial, como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas etc.

3.4 Incentivos financeiros para implantação e manutenção de ações programáticas e dos serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde

A Portaria nº 48/GM/MS, de 20 de janeiro de 2015, regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2014b).

O incentivo financeiro tem como objetivo financiar, no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das seguintes ações e serviços públicos estratégicos (BRASIL, 2014b):

- I. Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH).
- II. Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- III. Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP).
- IV. Vigilância Sentinela da Influenza.
- V. Projeto Vida no Trânsito.
- VI. Programa Academia da Saúde.
- VII. Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN).

A partir da Portaria nº 56, de 29 de janeiro de 2015, ficam definidos que os valores do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde serão transferidos em parcelas mensais, correspondentes a 1/12 (um doze avos) dos valores pactuados, para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais, de acordo com o anexo II a esta portaria. Parágrafo único. Quando a divisão por 1/12 (um doze avos) dos valores anuais implicar em dízima, os valores serão truncados em duas casas decimais (BRASIL, 2015c).

O custeio das ações de Vigilância em Saúde para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde é determinado por legislações específicas. Recomendamos as leituras:



PORTARIA Nº 48, DE 20 DE JANEIRO DE 2015

Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2015b).



PORTARIA Nº 56, DE 29 DE JANEIRO DE 2015

Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde (BRASIL, 2015c).





PORTARIA Nº 183, DE 30 DE JANEIRO DE 2014

Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2014b).

Os recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações do componente Vigilância Sanitária, do bloco de financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federal, são determinados por legislações específicas. Recomendamos as leituras:



PORTARIA Nº 59, DE 29 DE JANEIRO DE 2015

Atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federal destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014 (BRASIL, 2015d).



PORTARIA Nº 3.134, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013

Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

Para habilitar-se ao recebimento de incentivo financeiro de custeio referente às ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde discriminados no art. 2º, o ente federativo deverá:

- I. Assinar os termos de compromisso constantes dos anexos I e II a esta portaria, afirmando possuir condições para o cumprimento de todos os requisitos de habilitação e manutenção de cada serviço estratégico descrito, cujo incentivo financeiro tenha solicitado, de acordo com as normas constantes nos capítulos II, III, IV, V, VI e VII.
- II. Assumir as responsabilidades específicas às ações a serem desenvolvidas e aos serviços a serem executados.
- III. Indicar as ações e serviços estratégicos para os quais solicita o recebimento do incentivo financeiro, não havendo limitação quantitativa (BRASIL, 2014b).

3.5 Manutenção e bloqueio dos repasses dos recursos financeiros

O maior receio de Jairo é o receio de qualquer gestor, que essa situação leve ao bloqueio de repasses dos recursos financeiros da vigilância. A Portaria GM/MS nº 1.378/2013 define as seguintes situações para o bloqueio de repasses:

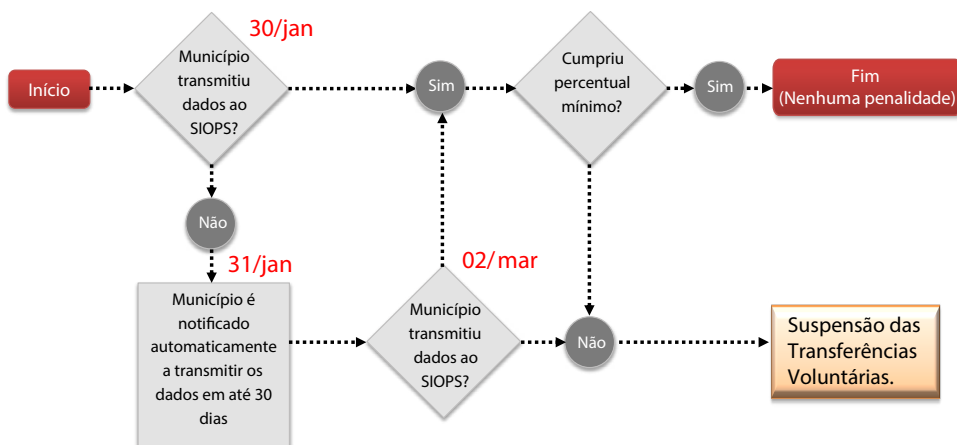
Art. 36. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância em Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios dar-se-á caso sejam constatados dois meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos no art. 33, segundo parâmetros a serem publicados em ato específico da SVS/MS.

Art. 37. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados, Distrito Federal e Municípios será regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2013a).

Podemos perceber que cada um dos componentes do bloco de financiamento da Vigilância em Saúde (Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária) apresenta situações diversas para bloqueio. Abaixo apresentamos três situações passíveis de suspensão de repasses quando não ocorre alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

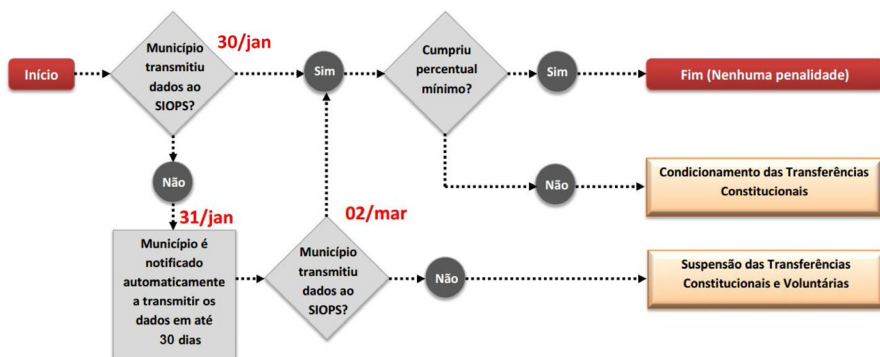


Figura 1- Suspensão das transferências voluntárias – Art. 18 do Decreto nº 7.827/2012.



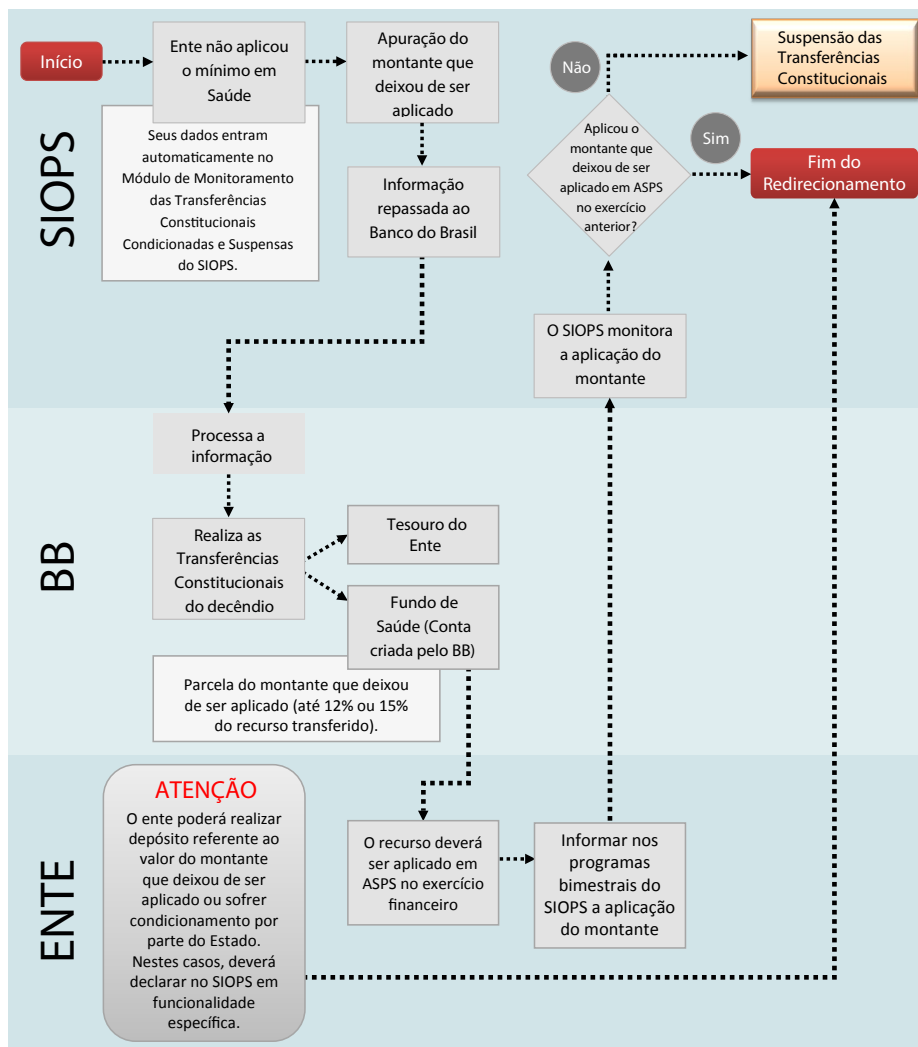
Fonte: PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. **Suspensão das Transferências Voluntárias** – Art. 18 do Decreto nº 7.827/2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Fluxo-Suspens--o-das-Transfer--ncias-Volunt--rias.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2016.

Figura 2- Suspensão e condicionamento das transferências constitucionais – Art. 12, 13 e 16 do Decreto nº 7.827/2012.



Fonte: PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. **Suspensão e Condicionamento das Transferências Constitucionais** - Art. 12, 13 e 16 nº 7.827/2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/19/2015-05-19-Fluxo---Suspens--o-e-Condicionamento.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2016.

Figura 3- Redirecionamento dos recursos para conta vinculada ao Fundo de Saúde – Art. 13 do Decreto nº 7.827/2012.



Fonte: Adaptado de: PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. **Redirecionamento dos recursos para conta vinculada ao Fundo de Saúde** – Art. 13 do Decreto nº 7.827/2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Fluxo-Redirecionamento-dos-Recursos.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2016.

Após suas leituras, diante dessa situação, Suslândia corre o risco de ter algum repasse suspenso? Você já passou por alguma situação de suspensão de repasse de recursos em seu local de trabalho?



PARA SABER MAIS!

A nota técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09/07/13 (BRASIL, 2014a).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária divulgou a nota orientativa 01/2015 que traz informações sobre o monitoramento e manutenção do repasse de recursos financeiros do componente de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2015a).

Vale a pena consultar!

3.6 Monitoramento e controle das transferências de recursos

Diante de toda essa situação, Jairo já tem uma decisão tomada. O monitoramento e controle das ações e, principalmente, da transferência de recursos é fundamental e a GM/MS nº 1378/2013 nos traz as seguintes diretrizes, monitoramento das ações, resultados e demonstrativo do uso dos recursos:

Art. 30. A integração com a Atenção à Saúde é uma das diretrizes a serem observadas, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as



especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, com vistas a racionalizar e melhorar a efetividade das ações de vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e promoção em saúde.

Art. 31. As diretrizes, ações e metas serão inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão.

Art. 32. Os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos comporão o Relatório de Gestão (RG) em cada esfera de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

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).

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

Art. 35. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu estado.

Art. 36. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância em Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios dar-se-á caso sejam constatados dois meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos no art. 33, segundo parâmetros a serem publicados em ato específico da SVS/MS.

Art. 37. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados, Distrito Federal e Municípios será regulamentado em ato específico do ministro de Estado da Saúde.

Art. 38. A relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados será publicada em ato específico do ministro de Estado da Saúde.

Art. 39. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o



preenchimento dos sistemas ocorra até 90 dias da data de publicação do bloqueio.

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

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados (BRASIL, 2013a).

3.7 Assistência Financeira Complementar (AFC)

A lei 11350 de 5 de outubro de 2006 regulamentou o § 5º do art. 198 da Constituição e dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51.

Na prática essa é uma grande conquista já que com a Lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014 se estabeleceu o piso salarial profissional nacional (R\$ 1.014,00 com jornada de trabalho de 40 horas semanais), as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE), competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar (AFC) aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

A AFC é muito importante para garantir a contratação desses profissionais ela será 95% do valor do piso salarial e será devida em 12 (doze) parcelas consecutivas em cada exercício e 1 (uma) parcela adicional no último trimestre, no caso dos ACE, (BRASIL, 2014d).

O decreto nº 8474 de 22 de junho de 2015 estabelece a quantidade de agentes passível de contratação pelos Estados, Distrito Federal e pelos Municípios com o auxílio da AFC da União conforme as seguintes diretrizes:

- a) enfoque nas atividades de controle de vetores e de endemias mais prevalentes, considerados os perfis epidemiológico e demográfico da localidade;
- b) integração das ações dos ACE à equipe de Atenção Básica em Saúde; e
- c) garantia de, no mínimo, um ACE por Município.

Os parâmetros referentes à quantidade máxima de ACE passível de contratação, em função da população e das peculiaridades locais, estão relacionados às ações de campo de vigilância e controle de vetores e das endemias prevalentes em todo território nacional são definidos pela Portaria GM/MS nº 1025 de 21 de julho de 2015 e considerarão:

- I. o enfoque nas atividades de controle de vetores e de endemias mais prevalentes, considerados os perfis epidemiológico e demográfico da localidade;
- II. a integração das ações dos ACE à equipe de Atenção Básica em Saúde; e
- III. a garantia de, no mínimo, 1 (um) ACE por Município.



PARA SABER MAIS!

O quantitativo máximo de ACE foi revisa e publicada na portaria nº 535 de 30 de março de 2016.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para toda execução de ações e serviços de saúde faz-se necessária a otimização de recursos financeiros e recursos humanos, pois, para que essa articulação ocorra da melhor forma possível, é necessário que o gestor esteja próximo de sua equipe e utilize os instrumentos de planejamento do SUS para acompanhar as diversas ações. Trata-se de uma estratégia excelente para essa aproximação.

Uma boa utilização dos recursos destinados para a Vigilância em Saúde, por parte do gestor, por exemplo, perpassa um grande conhecimento técnico, habilidades de comunicação, gerenciamento e comportamentos atenciosos e dinâmicos.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Nota orientativa nº 01/2015. **Monitoramento e manutenção do repasse de recursos financeiros do componente de vigilância sanitária.** ANVISA Publicações Eletrônicas. 2015a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/25150c8048b89df7be94be0a466faa84/NOTA+ORIENTATIVA+01-2015.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 10 jan. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica 01/2014. **Critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art.13 da Portaria nº1.378/GM/MS, de 09/07/13.** Brasília: CONASS, 2014a. p. 133 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20tecnicas%202014/NT%2001-%202014%20-%20VISA.pdf>>. Acesso 12 jan. 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 dez. 2015.



_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1-3. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 02 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 8.474, DE 22 de junho de 2015. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria 1.378, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 jul. 2013a. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 jan. 2014b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 48, de 20 de janeiro de 2015. Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 jan. 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0048_20_01_2015.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.025, de 21 de julho de 2015. Define o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com o auxílio da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União, de acordo com os parâmetros e diretrizes estabelecidos no art. 2º do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n.138. p.41, 2015. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 56, de 29 de janeiro de 2015. Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 jan. 2015c. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0056_29_01_2015.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 59, de 29 de janeiro de 2015. Atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federais destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 jan. 2015d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0059_29_01_2015.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.



_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria e Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: MS, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 102. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrçamento.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 02 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 18 dez. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3134_17_12_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manual do usuário para o relatório de gestão: versão 4**. Brasília, DF, 2014c. 58p.

_____. Presidência da República. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em : 12 dez. 2015.

_____. Presidência da República. Lei n. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 jan. 2016.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em : 12 dez. 2015.

_____. Presidência da República. Lei Nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 jun 2014d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm>. Acesso em: 18 abr. 2016.



PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Suspensão das Transferências Voluntárias–Art. 18 do Decreto N° 7.827/2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Fluxo-Suspens--o-das-Transfer--ncias-Volunt--rias.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Suspensão e Condicionamento das Transferências Constitucionais - Art. 12, 13 e 16 n° 7.827/2012. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/19/2015-05-19-Fluxo---Suspens--o-e-Condicionamento.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Redirecionamento dos recursos para conta vinculada ao Fundo de Saúde –Art. 13 do Decreto N° 7.827/2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Fluxo-Redirecionamento-dos-Recursos.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Ações e serviços públicos de saúde, 2013d. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5977-financiamento-do-sus-o-que-sao-asps>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

4 A INTEGRAÇÃO E ARTICULAÇÃO ENTRE AS VIGILÂNCIAS

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

O objetivo deste capítulo é compreender as interfaces existentes entre as diversas Políticas de Vigilância em Saúde.

Ações de Vigilância em Saúde não são isoladas, nem no que se refere à sua aplicação, nem ao que se refere ao planejamento. A sua principal característica é perpassar diversos setores, e, ainda que a Vigilância em Saúde disponha de vários campos de atuação, como Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde do Trabalhador, suas ações deverão ser integradas, pois práticas isoladas contribuem para desarticulação de ações, metas não alcançadas e ineficiência no alcance de indicadores.

4.1 A integração e articulação dos diferentes olhares, saberes e práticas da Vigilância em Saúde

Na gestão dos serviços de saúde, em especial da vigilância em saúde, a articulação intersetorial é fundamental. Jairo, secretário de Saúde de Suslândia, sentiu isso na prática, afinal esse município teve um grande problema na execução financeira dos recursos do bloco da Vigilância em Saúde, que poderia ter sido evitado se houvesse mais diálogo entre os setores que compõe a vigilância.

Suslândia organiza a Vigilância em Saúde em: Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica e Vigilância



em Saúde do Trabalhador. Até então cada setor estava acostumado a trabalhar sem um planejamento que integrasse verdadeiramente suas ações, sendo assim, Jairo tem um novo desafio, reestruturar o serviço e ressignificar a prática de trabalho dos setores.

Jairo fica em dúvida com essa estrutura organizacional da Vigilância em Saúde, pois a Lei nº 8.080/1990 relata a execução de ações: de Vigilância Sanitária; de Vigilância Epidemiológica; de Saúde do Trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990). Então, onde a Vigilância em Saúde Ambiental se enquadra?

A Lei nº 8.080/1990 define:

Vigilância Sanitária



Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do **meio ambiente**, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

Vigilância Epidemiológica



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.

Saúde do Trabalhador



Conjunto de atividades que se destina por meio 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:

- ✓ Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.
- ✓ 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.
- ✓ Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas.
- ✓ Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais.
- ✓ 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.



Jairo, após fazer o resgate histórico da construção e do surgimento das vigilâncias, identifica que estas surgiram em momentos diferentes no contexto do Sistema Único de Saúde. A Vigilância Sanitária, por exemplo, confunde-se com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, após a invasão francesa e a abertura dos portos para as nações amigas, respectivamente, nos anos de 1807 e 1808. E, ainda, com uma proposta abrangente de ações de saúde, contemplava a vigilância da qualidade da água dos estabelecimentos e de consumo humano, atualmente tarefa da Vigilância em Saúde Ambiental, assim como das ações de prevenção relacionadas à saúde ocupacional, competência da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada no controle das doenças transmissíveis e na campanha de erradicação da varíola nas décadas de 50 e 60, respectivamente. No que se refere à Vigilância em Saúde Ambiental, esta surge no momento da discussão mundial sobre o tema meio ambiente e sustentabilidade com as conferências internacionais, a exemplo de Estocolmo-72 e a Eco-92 no Rio de Janeiro.

Já identificamos onde a Vigilância em Saúde Ambiental aparece na Lei nº 8.080/1990, porém o Decreto nº 3.450 estabeleceu, no ano 2000, como competência institucional da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental, com vistas à implantação em todo o território nacional da Vigilância Ambiental em Saúde nas ações de vigilância. Esse decreto foi revogado pelo Decreto nº 4.727, de 2003, que posteriormente foi revogado pelo Decreto nº 7.335/2010, na busca de formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

O secretário Jairo ainda identifica um marco interessante, o Decreto Federal nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, que insere a Vigilância em Saúde Ambiental na política de vigilância em saúde com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, a partir de 2003, tendo como uma de suas competências a gestão do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA).

4.2 A reconstrução do diálogo entre os diferentes olhares, saberes e práticas



As áreas de atuação da Vigilância em Saúde requerem diferentes saberes e olhares para consolidar as práticas de trabalho. Vejamos a situação de Suslândia. Jairo tem um novo desafio: integrar as ações não só entre as vigilâncias, mas também entre outros setores, principalmente a Atenção Básica em Saúde (AB).

Mas como isso pode ser feito? Esse trabalho não é fácil, e os indicadores para monitorar o alcance das ações de integração deverão ser muito bem alinhados. Assim, Jairo decide atuar na mesma perspectiva de vários outros municípios: requalificação dos trabalhadores.

O processo de trabalho em saúde tem características particulares, pois o produto gerado por esse trabalho não resulta, em sua maioria, em algo palpável. Logo, seu resultado final, que pode ser a cura de uma doença ou a remissão de uma epidemia, às vezes é demorado e o processo que leva a esse resultado é tão importante a ponto de determinar a qualidade e o sucesso do resultado final.

Vejamos abaixo o que compõe o processo de trabalho:

Finalidades ou objetivos

São projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico.

Objetos a serem transformados

Podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais.

Meios de produção ou instrumentos de trabalho

Podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas, também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades.



Agentes

São as pessoas que participam de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos.

Fonte: Adaptado de FARIA, Horácio Pereira et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009b.

A decisão por reestruturar o processo de trabalho das vigilâncias de Suhlândia veio em boa hora, pois o município aderiu ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

O PQA-VS foi regulamentado pela Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, que define as diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O PQA-VS tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de Vigilância em Saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal, e é composto por Fase de Adesão e Fase de Avaliação (BRASIL, 2013b).

4.3 A requalificação dos processos de intervenção da vigilância em saúde

São apontados por Daldon e Lancman (2013c) como fatores que influenciam na qualidade do trabalho em saúde, as elevadas cargas e os processos de:



trabalhos insalubres
e perigosos



os equipamentos e
as tecnologias
ultrapassadas



os ambientes de
trabalho inóspitos



as novas formas de
organização e
divisão do trabalho



a flexibilidade nos
contratos



consequente perda de
direitos de proteção ou
garantias

Além disso, ainda temos que lidar com situações que vão além do ambiente ou equipamentos e relacionam-se ao processo de gestão do processo de trabalho e o modo como os agentes atuam.

Historicamente a Vigilância em Saúde era concebida como um setor à parte da gestão. As concepções de gestão centradas apenas em modelos assistenciais ou numa racionalidade meramente política contribuíram, parcialmente, para desvalorizar o setor (BRASIL, 2006a).

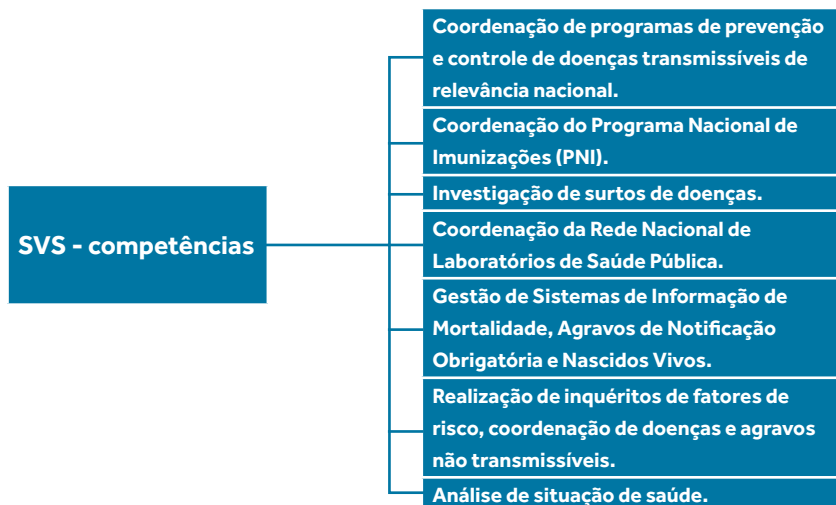
A reorganização das práticas de saúde no SUS contribuiu para essa mudança, que fez com que a vigilância fosse, atualmente, vista como um setor essencial à gestão, incluindo seus atores nos processos decisórios, investindo-os de poder e responsabilidade (BRASIL, 2006a).

O redirecionamento da política e da gestão da Vigilância em Saúde tem marco com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no ano de 2003. Isso permitiu uma redução no déficit institucional, político e financeiro em relação às ações sanitárias de interesse coletivo (BRASIL, 2006a).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) é responsável, em âmbito nacional, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela 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 (PORTAL DA SAÚDE).



Vejamos abaixo as competências da SVS:



Fonte: Adaptado de PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. O que é a Secretaria de Vigilância em Saúde? [2000?]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/svs-institucional>. Acesso em: 20 jan. 2016.

Esse processo de estruturação da Vigilância em Saúde permitiu (BRASIL, 2006a):

- ✓ Incremento da capacidade institucional de estados e municípios.
- ✓ Agilidade nas respostas diante de situações epidemiológicas rotineiras e urgentes.
- ✓ Aperfeiçoamento de espaços para acordos e processos de cooperação que visem práticas mais efetivas.
- ✓ Fortalecimento da responsabilidade compartilhada entre união, estados e municípios.

Atualmente, a necessidade de reorientação do trabalho no campo da saúde tem sido um desafio, a estruturação e expansão da Estratégia Saúde da Família propõe uma ruptura com o modelo assistencial focado na doença que exige cada vez mais a construção de uma nova prática, tendo o trabalho em equipe e ações intersetoriais como base.





PARA SABER MAIS!

Você atua em algum serviço de Vigilância em Saúde? Você consegue perceber essas mudanças em seu trabalho? Se você ainda não consegue perceber, que tal propor ações para mudar o cenário?

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde se constitui em um importante instrumento para indução do aperfeiçoamento dessas ações.

São diretrizes do PQA-VS:

- I. O processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de Vigilância em Saúde que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.
- II. A gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados, constantes do anexo I a esta portaria.
- III. Adesão voluntária de Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2013b).

Parece que a adesão ao PQA-VS em Suslândia foi bem adequada à necessidade de reorganizar os processos de gestão, afinal, bons resultados para as metas pactuadas somente serão alcançados a partir de uma ação integrada entre os setores.





PARA SABER MAIS!

O artigo “Vigilância em Saúde do Trabalhador - rumos e incertezas”, de Maria Teresa Bruni Daldon e Selma Lancman, traz boas reflexões sobre o trabalho na vigilância em saúde, em especial na vigilância em saúde do trabalhador (DALDON; LANCMAN, 2013c).

Outra leitura interessante é a dos artigos: “Construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil”, de Daniela Buosi Rohlfs e colaboradores (ROHLFS et al., 2011b), e “Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde”, de Geraldo Lucchese (LUCCHESE, 2006b).

4.4 A caracterização das práticas integradas e articuladas da Vigilância em Saúde

Para iniciarmos a discussão sobre as práticas integradas, vamos observar características comuns entre as vigilâncias:

Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade, para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.

São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos.

Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a territórios delimitados.

Assim como a saúde, em termos de política pública as vigilâncias têm um caráter intersetorial (DE SETA; REIS; PEPE, 2011a).

Independentemente do seu campo de atuação, um sistema de vigilância tem as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção



do conceito de risco, articulação intersetorial, ação sobre o território e intervenção sob forma de operações (CAMPOS et al., 2012).

Essas características comuns já são suficientes para que a organização das áreas da vigilância em saúde seja feita de forma articulada, você não acha?

Além dessas características, qualquer sistema de vigilância deve ter três componentes, minimamente (CAMPOS et al., 2012):



Um ponto muito importante a ser levado em consideração é a identificação de prioridades, como um sistema de vigilância poderá se articular para estabelecer quais suas prioridades de ação?

O sistema deverá estabelecer a magnitude e vulnerabilidade do dano, seu impacto social e econômico (CAMPOS et al., 2012).

Carlos e Jairo analisam os processos de trabalho das vigilâncias de Suselândia e chegam a conclusão que todas elas atuam em sistemas passivos e desintegrados, ou seja, obtêm informação mediante notificação espontânea, e ainda não se estabeleceu nenhum processo ativo que se caracterize pelo contato direto de modo regular entre as equipes de vigilância e suas fontes de informação. Em Suselândia, percebe-se somente ações isoladas e pontuais, no combate de doenças que tenham um potencial para configurar surtos ou epidemias, e isso ocorreu após a notificação de casos, como dengue e leishmaniose.

Para a mudança desse paradigma de trabalho, é necessário que os atores definam seus objetivos, estabeleçam claramente o conceito de caso de uma doença ou agravo, identifiquem seus componentes, elaborem fluxogramas de decisão para dar mais agilidade nas ações e definam suas fontes de dados para que seja estabelecido qual tipo de



sistema de vigilância é mais adequado para o monitoramento, controle e prevenção das doenças mais prevalentes em Suslândia.

Um dos símbolos que caracterizam gestão é a competência, compreendida como a capacidade dos gestores e dos técnicos de transformar conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados, pois, nesse sentido, de forma permanente e consistente, promoveu-se a aprendizagem de novos conhecimentos e fomentou-se a capacidade de análise, a visão estratégica e a proatividade (BRASIL, 2006a, p. 29).

São consideradas competências para atuação no trabalho em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2006a):

Aprendizagem de novos conhecimentos

A gestão investiu na capacitação técnica, não só no âmbito da epidemiologia, da clínica e do planejamento e da gestão, mas em todos os campos afins da vigilância, da prevenção e do controle de doenças, como forma permanente de desenvolvimento profissional e humano. Esse processo teve como propósito o domínio e a aplicação efetiva de conhecimentos teóricos, técnicos e normativos à execução de atividades, à resolução de problemas ou ao desenvolvimento de projetos e/ou produtos requeridos na sua área específica de atuação.

Capacidade de análise

A gestão fomentou a capacitação de técnicos e gestores para identificar, relacionar, discriminar e examinar, criteriosamente, os componentes de uma determinada situação, particularmente na área de vigilância, prevenção e controle de doenças, e, consequentemente, fornecer as informações necessárias à construção de argumentos válidos para subsidiar a tomada de decisão. Nesse sentido, buscou-se estimular a habilidade para pensar de forma correta e ágil, mediante a intuição e o raciocínio.



Visão estratégica

A gestão desenvolveu a visão estratégica de técnicos e gestores mediante capacitação na elaboração de planos inovadores para a conquista de metas e resultados e a criação e a condução de cenários no âmbito da vigilância, da prevenção e do controle de doenças. Além disso, foram incentivadas atitudes como comprometimento com os objetivos, responsabilidade sanitária, discernimento, versatilidade, inovação, determinação e flexibilidade no momento decisório.

Proatividade

A gestão procurou desenvolver a capacidade de técnicos e gestores em tomar iniciativas diante de situações rotineiras e inusitadas (inesperadas) na área de vigilância, prevenção e controle de doenças, com o objetivo de, a partir de evidências epidemiológicas, adotar medidas adequadas de controle. Nessa perspectiva, buscou-se estimular atitudes como autonomia, iniciativa, dedicação, agilidade de raciocínio, disponibilidade, persistência e interesse.

Todas essas competências demandam uma nova ação: definir o território de atuação de cada campo da vigilância de Suslândia. Somente assim será mais eficaz propor a mudança de modelo de trabalho.

4.5 A redefinição do território com a organização dos processos de trabalho



A discussão sobre território é bem ampla, ainda mais quando se trata do território de atuação da vigilância em saúde, que, como você pôde perceber, é vasto. Vamos iniciar nossa leitura apontando alguns aspectos relacionados às competências da Vigilância em Saúde dentro do território do município.

A Portaria GM/MS nº 1.378/2013 que 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, aponta que são de competência municipal (BRASIL, 2013a):



- ✓ 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, a gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse à saúde.
- ✓ Coordenação municipal e execução das ações de vigilância.
- ✓ Participação no financiamento das ações de vigilância.
- ✓ Normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual.
- ✓ Coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância.
- ✓ Coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal.
- ✓ Coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar.
- ✓ Desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social.
- ✓ Monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território.
- ✓ Realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal.
- ✓ Promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação.
- ✓ Promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância.
- ✓ Promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional.

- ✓ 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.
- ✓ Provimento de insumos estratégicos.
- ✓ Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal.
- ✓ Realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB.
- ✓ Coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência.
- ✓ Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações.
- ✓ Descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes.
- ✓ Participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância.
- ✓ Colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, conforme pactuação tripartite.
- ✓ Estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde.



PARA SABER MAIS!

A União e Estados também apresentam competências de atuação específicas que podem ser lidas na íntegra na Portaria nº 1.378/2013 (BRASIL, 2013a).

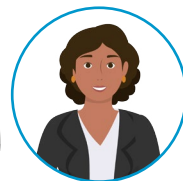


Outro ponto de discussão sobre o território diz respeito ao processo de trabalho da vigilância em saúde em si. A territorialização é um dos pressupostos do processo de trabalho e das práticas em saúde, afinal de contas, conforme apontam Monken e Barcellos (2005), o reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde.

A territorialização de informações, para a saúde, é uma ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação, e isso é muito importante para a gestão dos serviços de vigilância (GONDIM; MONKEN, 2009c).

Como já afirmado, a territorialização deve ser concebida de forma ampla, como uma proposta transformadora de saberes e práticas locais; um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas. E, nessa perspectiva, a territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico situacional (PES), e, juntos, constituem-se como suporte teórico e prático da Vigilância em Saúde (GONDIM; MONKEN, 2009c).

Mas qual é a vantagem de se trabalhar mais próximo ao território de atuação?



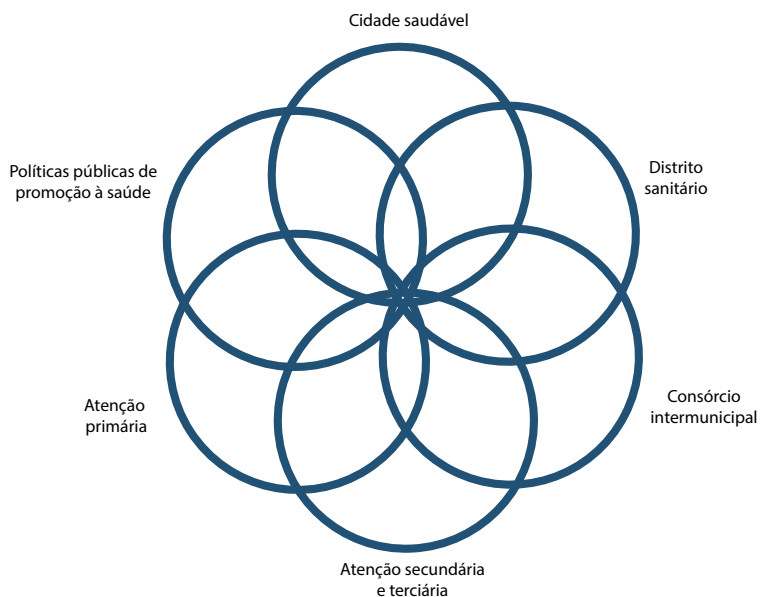
As ações e práticas que derivam dessa abordagem particular permitem trabalhar em períodos mais precoces do processo de determinação e, ao mesmo tempo, ampliar as estratégias de atenção primária como um conjunto de ações sociais dirigidas a essas comunidades para a promoção da qualidade de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. Cabe à vigilância em saúde exercer o papel organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersectoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), fincada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersectorial. Diante disso, o conceito de espaço, de onde se origina a noção de território, pode exercer importante papel na organização das práticas de vigilância em saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Por isso, Jairo e Carlos querem iniciar o processo de reestruturação das vigilâncias definindo, de forma clara, o território de atuação de cada vigilância, quais as suas particularidades e seus pontos em comum.



Figura 1 - Vigilância da Saúde: articulação entre intervenções.

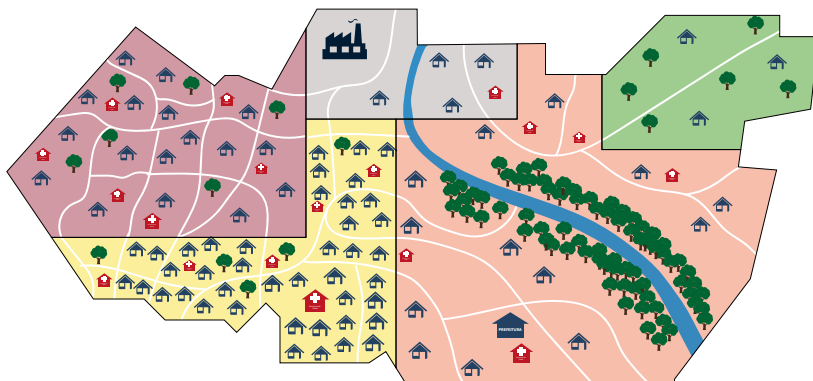


Fonte: Adaptado de: TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, Suely (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=pFNtAwAAQB-AJ&oi=fnd&pg=PA49&ots=f8KvEbRBQC&sig=nbaEuY1NO3czcBHKc80bQxB4x6l&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 jan. 2016.

A territorialização em saúde implica não somente em um mapeamento geográfico de uma área, mas também no conhecimento das necessidades de saúde da população, bem como da forma como as pessoas se relacionam com o que determina a saúde.

Vamos analisar o território de Suslândia:

Figura 2 - Mapa territorial de Suslândia.



Suslândia possui cinco distritos sanitários e um rio que corta a cidade, o Rio Verde. Há cerca de dez anos houve a instalação de uma fábrica de cimentos na cidade e isso levou a um processo de assoreamento do rio. A sede da cidade, onde se localiza a Prefeitura e a Secretaria de Saúde, fica distante do rio, no entanto, do outro lado da cidade, a população sofre durante o período de chuvas com alagamentos. Além disso, a população que reside próximo à fábrica de cimento já sente os efeitos da poluição em sua saúde, e para completar não há unidade básica de saúde próxima, e assim as pessoas precisam percorrer cerca de 10 km quando têm necessidade de atendimento.

Esse cenário é repleto de informações para a reestruturação que Jairo tanto almeja, e ele já tem em mente utilizar ferramentas de matriciamento em saúde para articular melhor o trabalho da vigilância, já que a implantação do referido matriciamento permite:

- ✓ Com o apoio matricial um especialista pode participar organicamente de várias equipes de referência.
- ✓ Haverá uma tendência a ampliar a capacidade de resolver problemas das equipes, com diminuição de interconsultas e encaminhamentos.



- ✓ A possibilidade de abrir um canal de comunicação interprofissional, quebrando o medo de perda de autonomia.
- ✓ Estabelecer o sistema de cogestão (ARONA, 2009a, p. 34).



PARA SABER MAIS!

Leia o artigo: “Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari”. Ele traz informações interessantes sobre o processo de matriciamento (ARONA, 2009a).

Suslândia tem muitos problemas e Jairo tem muitos desafios, mas parece que alguns dos encaminhamentos para as situações já apontam mudanças, principalmente na implantação de uma forma de gestão compartilhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos nossas discussões apontando a necessidade de articulação entre as vigilâncias, mas já podemos afirmar que o sucesso do trabalho na vigilância em saúde vai muito além, há necessidade de integração com as demais áreas da saúde e em especial com a atenção básica.

Os campos de atuação da vigilância em saúde são vastos, têm particularidades técnicas e, ao mesmo tempo, convergem para um ponto em comum: estar vigilante, estar atento, prever riscos, independentemente da área de atuação (vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, em saúde do trabalhador).



REFERÊNCIAS

ARONA, Elizaete da Costa. Implantação do matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e sociedade**, v. 18, sup. 1, p. 26-36, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/05.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.378, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 jul. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 ago. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS**: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília, DF, 2006a. 228 p. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/ms000273.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 283-315.

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAN, Selma. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, jan/jun, 2013c [online]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100012>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

DE SETA, Marismary Horsth; REIS, Lenice G. da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processo de trabalho. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES JR., Walter Vieira. (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Ediouro, 2011a, p. 199-237. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_424619245.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FARIA, Horácio Pereira et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009b.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. In: PEREIRA, Izabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009c, v. único, p. 392-399. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

LUCCHESI, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M. H. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006b, p. 33-47. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2015.

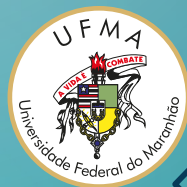
MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

PORTAL da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. O que é a Secretaria de Vigilância em Saúde?. [2000?]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/svs-institucional>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ROHLSFS, Daniela Buosi et al. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011b. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_4/artigos/csc_v19n4_391-398.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, Suely (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=pFNtAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA49&ots=f8KvEbRBQC&sig=nbaEuY1NO3czcBHKc80bQx4x6l&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 jan. 2016.





WWW.UNASUS.UFMA.BR