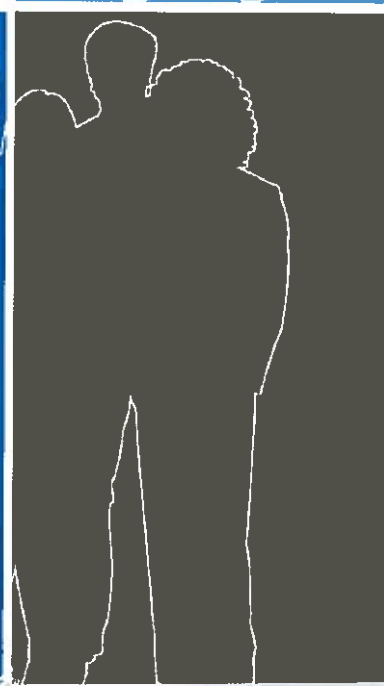
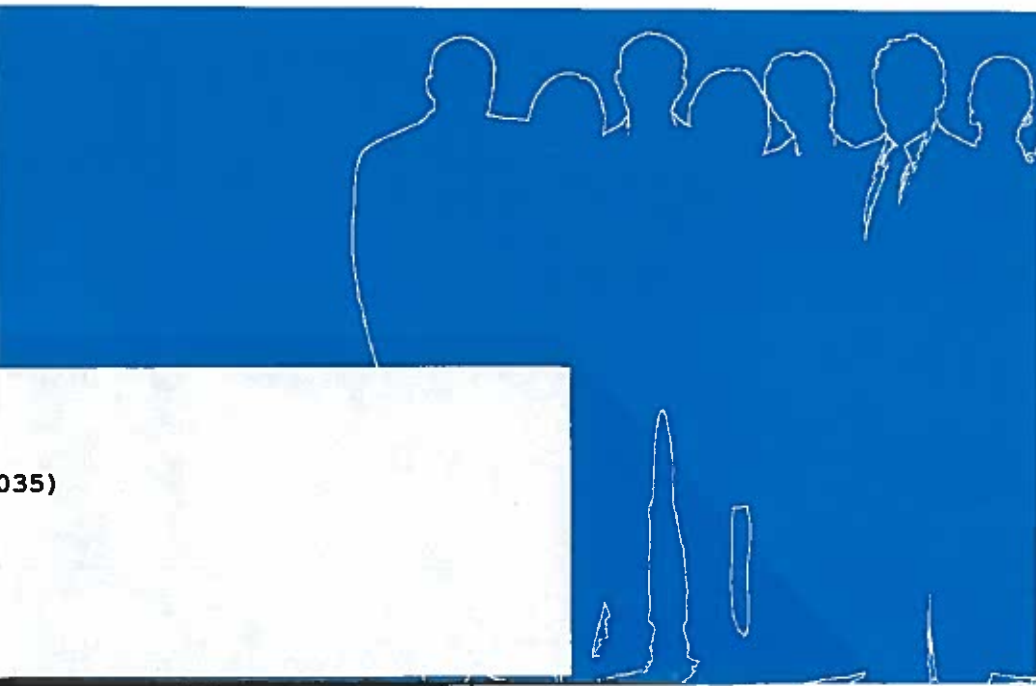


Projeto VIGISUS II

Volume 2

m a n u a l o p e r a t i v o



035)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Coordenação de Biblioteca e Edição
Alerta nº 12 / V-11

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Projeto Vigisus II Manual Operativo

Volume 2
Modernização do Sistema de Vigilância em Saúde

MT
614.4(035)
B823p
2005
v. 2

Brasília - DF
2005





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde



Projeto Vigisus II Manual Operativo

Volume 2
Modernização do Sistema de Vigilância em Saúde

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

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

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Unidade de Gerência de Projetos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 1º andar

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Home page: www.saude.gov.br/svs

Organização:

Unidade de Gerência de Projetos

Produção:

Núcleo de Comunicação

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Projeto Vigisus II : manual operativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

6 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Conteúdo: v. 1. Apresentação do Vigisus II – v. 2. Modernização do Sistema de Vigilância em Saúde – v. 3. Saúde indígena – v. 4. Gerenciamento do projeto – v. 5. Licitações – v. 6. Documentos padronizados.

ISBN 85-334-0965-6 obra completa

ISBN 85-334-0966-4 volume 2

1. Vigilância da População. 2. Comunidades Vulneráveis I. Título. II. Série.

NLM WA 300

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0593

Titulos para indexação:

Em inglês: Vigisus II Project. Operative Manual

Em espanhol: Proyecto Vigisus II. Manual Operativo

Tombo:	10001031872
	5.7882 o. MI
Data:	10 / 04 / 17

Prefácio	11
1 Componente A - Visão de Futuro da Vigilância em Saúde	13
1.1 Subcomponente A.1 – Vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis	21
1.1.1 Apresentação	22
1.1.2 Diretrizes estratégicas	23
1.1.3 Objetivos	23
1.1.3.1 Objetivo geral	23
1.1.3.2 Objetivos específicos	24
1.1.4 Plano operativo	26
1.2 Subcomponente A.2 – Vigilância ambiental em saúde	29
1.2.1 Apresentação	30
1.2.2 Diretrizes estratégicas	31
1.2.3 Objetivos	35
1.2.3.1 Objetivo geral	35
1.2.3.2 Objetivos específicos	35
1.2.4 Plano operativo	36
1.3 Subcomponente A.3 – Análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis	39
1.3.1 Apresentação	40
1.3.2 Diretrizes estratégicas	41
1.3.2.1 Análise de situação de saúde	41
1.3.2.2 Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis	43
1.3.3 Objetivos	43
1.3.3.1 Objetivo geral	43
1.3.3.2 Objetivos específicos	44
1.3.4 Plano Operativo	45

1.4 Subcomponente A.4 – Fortalecimento institucional da capacidade de gestão em vigilância em saúde nos estados e municípios	49
1.4.1 Apresentação	50
1.4.2 Diagnóstico de situação	51
1.4.2.1 Vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis	52
1.4.2.2 Vigilância ambiental em saúde	53
1.4.2.3 Análise de situação de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis	53
1.4.3 Proposições	54
1.4.4 Diretrizes estratégicas	56
1.4.5 Objetivos	60
1.4.5.1 Objetivo geral	60
1.4.5.2 Objetivos específicos	60
1.4.6 Plano operativo	60
1.4.7 Beneficiários	65
1.4.8 Critérios para distribuição dos recursos	66
1.4.8.1 Para Regiões Nordeste, Sul e Sudeste	66
1.4.8.2 Para Regiões Norte e Centro Oeste	67
1.4.9 Indicadores para estados e municípios	67
2 Mecanismos para implementação do Componente A	71
2.1 Execução centralizada (A.1, A.2 e A.3)	72
2.1.1 Esquema geral	72
2.1.1.1 Plano de Aquisições	73
2.1.1.2 Normas e métodos de licitação	73
2.1.1.3 Execução financeira	73
2.1.2 Entidades previamente identificadas para contratação direta	73

2.2 Execução descentralizada	
(subprojetos nos subcomponentes A.1, A.2 e A.3)	74
2.2.1 Subprojetos “por oferta” (tipo A)	76
2.2.1.1 Procedimentos para seleção de subprojetos	76
2.2.1.1.1 Subprojetos de capacitação e treinamento	76
2.2.1.1.2 Subprojetos de estudos e pesquisa	78
2.2.1.2 Pactuação e revisão prévia	78
2.2.1.3 Licitações e contratações	78
2.2.1.4 Desembolsos	78
2.2.2 Subprojetos “por demanda” (tipo B)	79
2.2.2.1 Procedimento e critérios de seleção	79
2.2.2.2 Pactuação e revisão prévia	80
2.2.2.3 Licitações e contratações	80
2.2.2.4 Desembolsos	80
2.3 Subprojetos de estados e municípios – A4	80
2.3.1 Avaliação da capacidade em licitações	80
2.3.2 Relação de gastos autorizados e possíveis alterações	81
2.3.3 Definição de valores com base no desempenho	81
2.3.4 Normas e métodos de licitação	83
2.3.5 Fluxo de Recursos	83
2.3.5.1 Repasse de recursos	84
2.3.5.2 Prestação de contas	84
2.3.5.3 Mecanismos de desembolso	84
3 Orientações sobre a elaboração de subprojetos	85
3.1 Orientações sobre a elaboração e aprovação de subprojetos de estudos e pesquisas	86
3.1.1 Estrutura básica de termo de referência	86
3.1.2 Diretrizes para elaboração e apresentação de subprojetos	86
3.1.3 Instruções de Preenchimento do Guia Para Apresentação de Subprojetos	95
3.1.4 Modelo de Edital de Convocação	101
3.1.5 Roteiro para seleção das propostas de subprojetos tipo B	104

3.2 Orientações sobre a elaboração de subprojetos estaduais e municipais de vigilância em saúde	110
3.2.1 Introdução	110
3.2.2 Aspectos a serem considerados na elaboração	111
3.2.2.1 Análise da situação de saúde da população de sua área de abrangência	111
3.2.2.2 Reestruturação e fortalecimento do Sistema de Vigilância em Saúde	111
3.2.2.3 Avaliação e monitoramento das ações	111
3.2.2.4 Capacitações de recursos humanos em áreas estratégicas	111
3.2.3 Avaliação da capacidade de gestão financeira e de licitações de estados e municípios	113
3.2.4 Acompanhamento de desempenho	114
3.2.5 Ponderação dos indicadores de desempenho do projeto Vigisus II	115
3.2.5.1 Desempenho das unidades federadas (Secretarias Estaduais de Saúde)	115
3.2.5.2 Desempenho das Capitais	119
3.2.5.3 Desempenho dos municípios que não são capitais	121
3.3 Orientações sobre a elaboração de subprojetos envolvendo centros colaboradores	123
3.3.1 Definição de centro colaborador	123
3.3.2 Descrição das atividades dos centros colaboradores	123
3.3.3 Divulgação de demandas aos centros colaboradores	125
3.3.4 Critérios de elegibilidade para centros colaboradores	125
3.3.5 Apresentação das propostas	125
3.3.6 Aspectos éticos	125
3.3.7 Montante máximo do apoio e itens financiáveis	126
3.3.8 Processo de recepção, seleção e aprovação das propostas	126
3.3.8.1 Processo de recepção	126
3.3.8.2 Processo de seleção	127
3.3.8.3 Processo aprovação	127

3.3.9 Processo de acompanhamento das propostas	127
3.3.9.1 Processo de acompanhamento	127
3.3.9.2 Relatório final	127
3.3.9.3 Plano de aquisições	127
3.3.10 Processo de prestação de contas	127
3.3.11 Processo de Auditoria	128
3.3.12 Da divulgação dos resultados/ produtos do objeto contratado	128
3.3.13 Pactuação e repasse de recursos	129
3.3.13.1 Acordo de implementação entre a instituição proponente e a SVS	129
3.3.13.2 Transferência de recursos	129
3.3.14 Anexos	129
ANEXO A – Roteiro para elaboração da proposta de centro colaborador	129
ANEXO B – Ficha cadastral	131
ANEXO C – Itens Financiáveis	133
Referências Bibliográficas	135

Neste volume é detalhado o Componente A – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

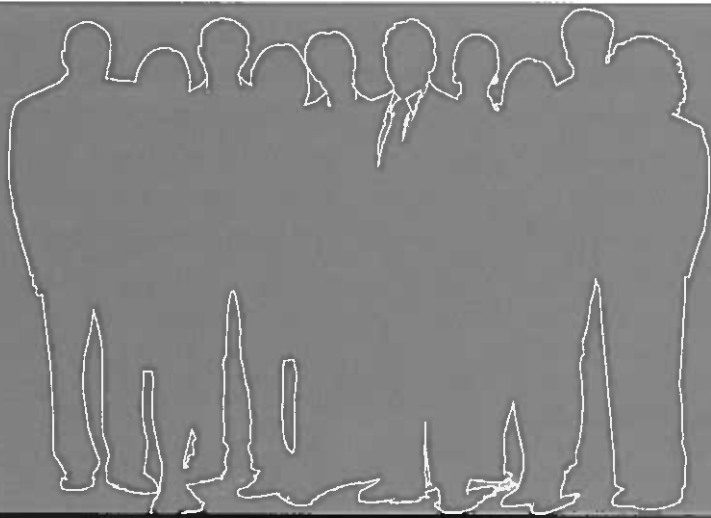
Na parte 1, o usuário encontrará a apresentação de cada subcomponente, suas diretrizes estratégicas, objetivos gerais e específicos, bem como as atividades passíveis de financiamento, conforme plano operativo.

A parte 2 apresenta os mecanismos pelos quais se dará a implementação dos subcomponentes, esclarecendo como devem ser implementadas as atividades (subprojetos tipo A e tipo B, atividades com execução centralizada na UGP/SVS e os planos estaduais ou municipais de vigilância em saúde).

A parte 3 oferece modelos de termos de referência, de edital de convocatória e também orientações úteis para a apresentação e seleção de propostas de subprojetos.

Componente A – Visão de Futuro da Vigilância em Saúde

componente a – visão de futuro da vigilância em saúde



1

A emergência da pandemia de HIV/Aids, no início da década de oitenta, veio questionar a visão de futuro da humanidade livre de doenças transmissíveis e o modelo da teoria da transição epidemiológica, abrindo espaço para um novo paradigma, o da emergência e reemergência das doenças infecciosas.

Na realidade, a concepção de que as doenças infecciosas emergem e reemergem não é nova, nem tampouco é nova a busca pelas causas desses fenômenos. Esta noção parece até elementar, baseada na tríade ecológica de que o processo de mudança contínuo das interações entre as populações humanas (com seus condicionantes históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais), animais e de microrganismos, e delas todas com o meio-ambiente, modificado pela ação humana, continua e vai continuar a produzir condições que irão propiciar a emergência, reemergência, permanência e, eventualmente, até o desaparecimento de doenças infecciosas e parasitárias.

Cabe, ainda, ressaltar que, na América Latina, o modelo da transição epidemiológica nunca se aplicou com perfeição. Apesar de ser uma região relativamente homogênea, um quadro mais complexo do que o habitualmente reconhecido pela teoria da transição epidemiológica emerge na análise dos padrões de morbidade e mortalidade do continente. Verifica-se um quadro de grande heterogeneidade entre os países e dentro de cada país. Alguns países estariam em uma etapa mais avançada da transição, com um aumento do peso das doenças crônicas e causas externas, como principais elementos do seu perfil epidemiológico, em paralelo à diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias, entre os quais o Chile, Costa Rica e Cuba. Outros estariam apenas iniciando seu processo de transição (Haiti, Bolívia e Peru), e outros ainda apresentariam características tão distintas que configurariam um “novo modelo de transição”, cujos exemplos paradigmáticos seriam o Brasil e o México. Três características distinguiriam estes países:

- sobreposição de etapas – doenças infecto-parasitárias, crônico-degenerativas e causas externas com grande importância absoluta e relativa;
- um movimento de “contra-transição” – representado pelo ressurgimento de doenças como cólera, dengue, malária, tuberculose, com grande importância na morbidade, porém com pequeno impacto sobre a mortalidade; e
- uma “transição prolongada”, pois não há uma expectativa clara de resolução do processo de transição.

Diante deste quadro complexo, faz-se necessário discutir os desafios de uma dupla agenda colocados para a saúde pública: de um lado, a questão da emergência, reemergência e permanência das doenças infecciosas e parasitárias; e, de outro lado, o desafio do desenvolvimento de estratégias de monitorização, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis e dos efeitos das causas externas sobre a saúde da população.

Em relação à primeira, poder-se-ia dizer que as principais medidas a serem desenvolvidas seriam o reforço da capacidade nacional de detecção das doenças infecciosas emergentes, reemergentes e “permanentes”, ou seja, o reforço e revalorização da vigilância epidemiológica, em paralelo ao envolvimento de toda a sociedade nas ações voltadas à sua prevenção e controle.

Neste eixo está em curso o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças no Brasil, iniciado a partir da publicação da Portaria MS nº 1.399/99¹, de 15 de dezembro de 1999, que regulamentou a NOB SUS 01/96 quanto às competências da União, municípios e Distrito Federal, definindo a sistemática de financiamento, na modalidade fundo a fundo, por intermédio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).²

Esse processo avançou rapidamente no país e, atualmente, todas as unidades federadas e 91% dos 5.560 municípios estão certificados para a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças. Todas as capitais do país estão certificadas, exceto Manaus, assim como todos os municípios com população superior a 100 mil habitantes.

A descentralização das atividades de controle de doenças para os municípios representou uma enorme expansão e capilarização dessas ações. Por outro lado, representou, também, a incorporação de um grande número de novos atores, profissionais por vezes sem a capacitação mínima necessária para o trabalho neste campo. O reforço à rede de serviços de vigilância e controle de doenças implica a criação de carreiras profissionais e a capacitação dos recursos humanos.

Trata-se de tarefas complexas e multifacetadas. Para aprimorar a capacidade de detecção e intervenção sobre as doenças transmissíveis exige-se a participação dos profissionais da clínica, fazendo-se necessário induzir a adesão dos profissionais envolvidos com assistência ao sistema de vigilância e controle. Para isto, tanto é necessário investir na formação dos novos profissionais como na educação continuada dos demais, estimulando a sua curiosidade na investigação diagnóstica dos casos suspeitos de doenças infecciosas, a notificação ao sistema, e a adesão aos protocolos terapêuticos. Nesse sentido, é necessário o reforço à integração de atividades com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), no nível federal, e suas correlatas nas demais esferas de governo. O reforço à rede de serviços responsáveis pela vigilância e controle de doenças em si é outra peça fundamental nesse processo.

¹Atualizada pela Portaria MS nº 1.172, de 15/06/2004.

²Atualizado para “Teto Financeiro de Vigilância em Saúde”, conforme Portaria MS nº 1.172, de 15/06/2004.

Há que se considerar, também, o papel do laboratório de saúde pública. Uma vigilância epidemiológica eficiente depende da existência de uma rede de laboratórios, hierarquizada, com equipamento adequado, suprimento oportuno de insumos, profissionais capacitados e capazes de garantir as condições adequadas de biossegurança aos profissionais e à sociedade. Esta rede precisa ir além da já existente, formada pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) de cada estado e institutos de pesquisa federais, devendo incluir, também, os laboratórios universitários, os das forças armadas e os privados.

Uma questão importante, que emergiu com vigor nos anos recentes, e que diz respeito à vigilância epidemiológica e ao laboratório de saúde pública, é a possibilidade de manipulação de microorganismos com vistas ao desenvolvimento de armas biológicas. O fortalecimento da inteligência epidemiológica, da rede de serviços de vigilância e dos laboratórios de saúde pública possibilitará ao país uma ação qualificada e eficiente na monitorização desses eventos.

A intervenção voltada à prevenção e controle das doenças transmissíveis passa também pelo reforço e ampliação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Uma das ações de saúde pública mais bem sucedidas do país, o programa de imunização encontra-se em pleno processo de ampliação, com a incorporação de novos grupos populacionais, além das crianças, e a incorporação de novos imunobiológicos. Essa ampliação passa pelo reforço à rede de conservação dos imunobiológicos, pela garantia de sua segurança com análises de qualidade dos imunobiológicos e vigilância de eventos adversos, pela avaliação de impactos, inclusive econômicos, e, ainda, pela incorporação, de forma planejada e sustentável, de novas vacinas. Para assegurar a sustentabilidade do PNI faz-se necessária a manutenção e ampliação dos investimentos no parque nacional de produção de imunobiológicos.

Da mesma forma, o reforço aos serviços de saúde ambiental, vigilância sanitária e saúde pública veterinária é necessário ao enfrentamento das doenças infecciosas. A fauna sinantrópica, as condições sanitárias dos alimentos e a saúde das populações animais podem ser monitoradas de forma rotineira e eficiente, o que permitiria ao setor saúde antecipar-se às ocorrências de surtos, epidemias e outras situações de interesse epidemiológico. Cabe ainda destacar que a saúde ambiental, como uma área da saúde pública, compreende também a formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópicos que a determinam, condicionam e influenciam com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano e preservar o ambiente, sob o ponto de vista da sustentabilidade. E, para o futuro, a vigilância ambiental se propõe a desenvolver ações que visem à implementação dessa política e ao fortalecimento da saúde ambiental nos três níveis de gestão do SUS, a partir da pactuação com estes níveis e a sociedade

e da implantação de mecanismos de gestão integrada com as diversas áreas do Governo Federal a ela afeta.

No que diz respeito à resposta rápida aos surtos, epidemias, calamidades públicas e outros eventos de interesse sanitário, embora já aprimorada em relação ao passado recente, urge que a capacidade e metodologia de investigação e controle de surtos sejam incorporadas pelos serviços estaduais de vigilância, reduzindo sua dependência do nível federal. O Programa de Formação de Epidemiologistas de Campo (EPI_SUS) deve ser reforçado com a incorporação de profissionais dos estados e municípios, de forma a viabilizar a descentralização dessas atividades.

Um outro aspecto fundamental para o funcionamento e aprimoramento da capacidade nacional de vigilância em saúde é a existência de mecanismos ágeis e eficientes de informação e comunicação. É urgente a implantação de um sistema de informações *on line* para notificação de doenças, incluindo todos os serviços envolvidos (hospitais, unidades de saúde, laboratórios, serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, etc.). Essa rede deve ser complementada pela implantação e/ou ampliação de serviços de boletins informatizados, que busquem atingir o maior número possível de profissionais, bem como o reforço à revista da SVS, o antigo Informe Epidemiológico do SUS, agora com novo nome e proposta editorial - a revista *Epidemiologia em Serviços de Saúde*.

Só recentemente o Brasil estabeleceu as bases para o monitoramento, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis e dos efeitos das causas externas sobre a saúde da população, com a criação do Subsistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Sidant). Para os próximos anos este deve subsidiar o Sistema Único de Saúde para intervir sobre esse conjunto de doenças e agravos. A perspectiva para o próximo triênio inclui o desenvolvimento de estratégias estabelecidas em parcerias intersetoriais governamentais, envolvendo as várias esferas de governo, além de organizações da sociedade, no sentido de desenhar e implementar medidas que minimizem os danos à saúde decorrentes dos fatores de risco para doenças, tais como o tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas, obesidade. Além disso, serão objetos de intervenções as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças mentais e os agravos decorrentes de causas externas.

Uma meta a ser perseguida é a ampliação da cobertura, validade e acurácia dos sistemas de informação em saúde de base nacional. O Brasil conta atualmente com amplo conjunto de sistemas de informação em saúde, entre os quais se destacam os Sistemas de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), de Mortalidade (SIM), de Agravos de Notificação (Sinan), de Informações sobre o Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), e de Informações Laboratoriais (SI-LAB) como fontes consideráveis de informações epidemiológicas. No entanto, grande grau de heterogeneidade nas

coberturas e qualidade da informação coletada ainda persiste a despeito de grandes avanços registrados recentemente. A sistematização da coleta e notificação de eventos vitais e de saúde são ferramentas imprescindíveis para análise de situação de saúde enquanto prática rotineira para tomada de decisões em saúde.

Entendendo esta questão, o monitoramento da reprodutibilidade e validade das informações coletadas nos diversos sistemas e a busca de maior cobertura e qualidade, com ênfase na maior homogeneidade entre regiões brasileiras, consiste em uma das missões prioritárias da SVS que deverá ser desempenhada em curto prazo, envolvendo os diferentes níveis de gestão dos sistemas de informação em saúde (federal, estadual e municipal). Além disso, investimentos serão feitos na modernização tecnológica dos sistemas de informação e na automatização de rotinas que dêem suporte às atividades finalísticas.

Uma outra ação importante refere-se à divulgação sistemática de estatísticas vitais de rotina aos profissionais de saúde e à população em geral. Várias serão as iniciativas que convergem para esta missão. Entre elas, encontra-se a publicação anual da análise de situação de saúde do Brasil e o desenvolvimento do Atlas de Saúde do Brasil, documentos estes que serão atualizados anualmente e estarão voltados à informação, ao monitoramento e ao uso das estatísticas vitais para a gestão em saúde nos três níveis.

As estratégias de vigilância em saúde não estariam completas sem o envolvimento das universidades e institutos de pesquisa. Faz-se necessário o diálogo contínuo e a integração entre o setor responsável pela pesquisa e os serviços de vigilância e controle de doenças. Áreas como a pesquisa de novas tecnologias de diagnóstico, investigação epidemiológica, pesquisa microbiológica e parasitológica, incluindo a biologia molecular, investigação imunológica e de vacinas, e o estímulo à investigação interdisciplinar precisam ser incluídas em uma estratégia nacional de prevenção e controle de doenças. Com relação aos estudos epidemiológicos, serão priorizadas as análises de desigualdades em saúde e os estudos de avaliação de impacto de ações, programas e políticas de saúde estratégicas do Ministério da Saúde e as tecnologias de vigilância, prevenção e controle de doenças.

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi³) já havia identificado o monitoramento das desigualdades em saúde como um objetivo estratégico importante no contexto da análise de situação de saúde. Trabalhos concretos neste campo vêm sendo desenvolvidos desde 2000, tendo, como produtos, publicações que marcaram a linha

³Em 09/06/03, pelo Decreto nº 4.726, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde, que passou a ser o órgão gestor dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, de Informações, Laboratórios de Saúde Pública e do Programa Nacional de Imunizações, deixando, pois, de existir o Cenepi.

de base para este monitoramento. É estratégico, agora, o acompanhamento sistemático dessas desigualdades, o detalhamento dos fatores que contribuem com sua manutenção e a avaliação de ações que tenham como alvo a redução desse problema. Além disso, investimentos serão feitos no sentido específico de detalhar o papel do setor saúde neste contexto e direcionar suas práticas para a minimização das desigualdades em oferta e acesso aos serviços.

A ênfase no monitoramento das desigualdades em saúde deverá ter eco nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, a fim de possibilitar sua legitimação como informação útil à tomada de decisões. Para tanto, a curto e médio prazos serão desenvolvidas atividades para a sensibilização de gestores e para tornar disponíveis metodologias e instrumentos de análise capazes de apoiar o processo analítico de forma descentralizada.

A análise de situação de saúde tem como uma de suas missões a realização, em curto prazo, de análises de impacto de intervenções de saúde, tendo como prioridade os seguintes temas: o Programa de Saúde da Família, o Programa de Controle da Tuberculose, o Programa de Controle da Dengue e o Programa Nacional de Imunizações, devido à relevância estratégica. Esses estudos poderão, além de cumprir objetivos específicos de responder questões relevantes aos referidos programas, orientando o redirecionamento, compor exercícios didático-metodológicos para fortalecimento técnico da equipe, exemplos úteis como instrumentos motivadores de grupos que poderiam se beneficiar de tais experiências metodológicas, e estruturação da área em termos de conhecimento acumulado.

Em médio prazo, espera-se um acúmulo de experiência tal que possibilite a incorporação de análises de avaliação de impacto como requisito das principais ações estratégicas do setor saúde, criando uma cultura institucional nesta área.

Embora o processo esteja transcorrendo de forma satisfatória, com significativos avanços na estruturação da área de epidemiologia e controle de doenças, especialmente nos municípios, uma melhor atuação do Governo Federal, exercendo de forma mais ágil e moderna as suas responsabilidades de normatização, acompanhamento técnico, supervisão e assessoria a estados e municípios, capacitação de recursos humanos e apoio para o estabelecimento de infra-estrutura estadual e municipal, indica um cenário futuro com as seguintes características:

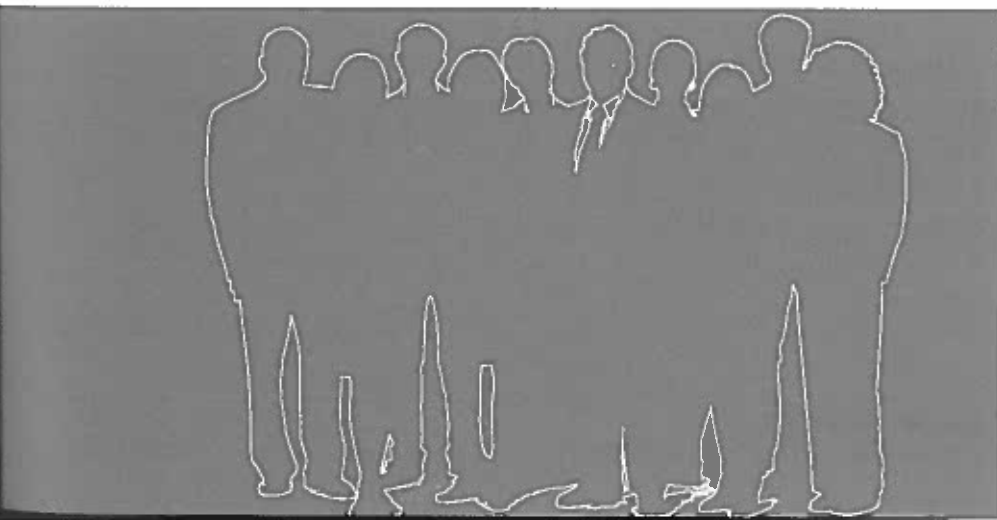
- incorporação das ações de menor complexidade na rotina da atenção básica, por intermédio da estratégia da saúde da família;
- melhoria do acesso da população ao diagnóstico e tratamento de doenças como malária, esquistossomose, leishmaniose visceral, leishmaniose tegumentar americana, filariose, tracoma, hanseníase, tuberculose, hepatites virais, HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis;

- integralidade de ações, com a inserção dos agentes locais de vigilância em saúde nos sistemas municipais de saúde, conformados de acordo com a realidade local;
- informações epidemiológicas oportunas e amplamente difundidas, contribuindo efetivamente para a discussão e orientação dos critérios para a alocação dos recursos disponíveis, organização de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada e um controle social mais atuante e participativo;
- Secretarias Estaduais de Saúde capacitadas e estruturadas para acompanhar, assessorar e atuar complementarmente aos municípios;
- recursos humanos qualificados, com o criação de condições para o estabelecimento de carreiras em todos os níveis de governo e que revertam o atual quadro de alta rotatividade dos profissionais, em decorrência da precariedade do vínculo empregatício;
- melhoria nos indicadores de morbimortalidade das doenças transmissíveis, proporcionando condições para a efetiva priorização das ações de promoção e prevenção da saúde;
- implementação e fortalecimento da política de saúde ambiental nos três níveis de gestão;
- uma programação pactuada integrada mais voltada para resultados, em detrimento das atividades de cunho operacional e de processo;
- monitoramento das desigualdades em saúde com ênfase nas três esferas de gestão do SUS, a fim de possibilitar sua legitimação como informação útil à tomada de decisões; e
- realização de análises de impacto de intervenções de saúde tendo como prioridade o Programa Saúde da Família, o Programa de Controle da Tuberculose, o Programa de Controle da Dengue e o Programa Nacional de Imunizações.

Pelas características de sua formação social, política, econômica e cultural, por suas peculiaridades geográficas, climáticas e ecológicas, o Brasil reúne as condições necessárias para a emergência, reemergência e persistência das doenças infecciosas e parasitárias, ao lado do aumento da importância das doenças crônico-degenerativas e dos efeitos da violência sobre a saúde. Ao mesmo tempo, o país dispõe de uma ampla rede de serviços de saúde, um grande quadro de profissionais e uma capacidade instalada de pesquisa biomédica e industrial capaz de enfrentar esse desafio. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, coordenar os esforços no sentido do fortalecimento institucional das três esferas de governo e o estímulo às parcerias com as demais instituições e entidades da sociedade civil para que o país possa estar melhor preparado para a vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da nossa população.

Subcomponente A.1 – Vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis

v i g i l â n c i a e p i d e m i o l ó g i c a



1.1.1 Apresentação

A construção de um sistema de vigilância epidemiológica e controle de doenças e agravos descentralizado, que atue sobre problemas de saúde de acordo com a realidade epidemiológica de cada área geográfica e que também mantenha um sistema de notificação compulsória sensível (funcionando de forma hierárquica e com capacidade de comunicação horizontal e vertical), é complexa e difícil, principalmente em um país com a extensão territorial do Brasil.

Esse processo de descentralização de ações deve permitir a definição de prioridades em função dos problemas identificados em cada local e dos grupos populacionais mais afetados, reconhecendo-se a importância do processo formado pela tríade informação-decisão-ação para o desencadeamento das práticas. Ou seja, o compromisso com a intervenção é parte do modelo de atenção proposto para a área de vigilância epidemiológica e de prevenção e controle de doenças transmissíveis, objeto deste subcomponente.

Em concordância com o diagnóstico realizado, foram consideradas as necessidades concretas que pudessem impulsionar a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde na perspectiva acima enunciada. A vigilância epidemiológica e o controle de doenças transmissíveis, objeto deste subcomponente, irá se beneficiar de modo substancial de todos os campos de aplicação definidos, sendo um dos eixos estratégicos a formação de uma base de trabalhadores em saúde com maiores fundamentos conceituais e habilidades práticas para identificar e intervir sobre os problemas de saúde coletiva. Do mesmo modo, o investimento em ciência e tecnologia, ao ser direcionado para responder perguntas de investigação emanadas dos problemas e lacunas identificados nos serviços de saúde, permitirá aprimorar a efetividade das intervenções e facilitar as análises de factibilidade e viabilidade das novas práticas.

Além disso, no curso dos quatro anos de vigência deste projeto, pretende-se priorizar intervenções concentradas para agravos ou áreas geográficas específicas, por ser inerente, à proposta de descentralização, o estabelecimento de patamares mínimos de desenvolvimento para os sistemas locais, de modo a impedir que se perpetuem situações de contínua degradação de saúde de coletividades localizadas em posições geopolíticas desfavoráveis.

Afora as ações programadas para a estruturação, manutenção e modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, selecionou-se um conjunto de agravos de acordo com a magnitude, transcendência social, gravidade e/ou vulnerabilidade. Esse conjunto já tem programas de prevenção e controle com atividades e ações definidas, mas que necessitam ser otimizadas e reavaliadas.

Dengue, malária, febre amarela, leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, hepatites virais, tuberculose e hanseníase foram os agravos considerados como prioritários.

Um outro programa que deve ser fortalecido pela sua importância e pelo sucesso que vem obtendo é o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Deste modo, para este Subcomponente, os campos de aplicação de recursos definidos para o Vigisus II constituem uma base dinamizadora no sentido da superação das dificuldades e insuficiências do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), na perspectiva da resolução dos complexos problemas de saúde da população brasileira.

1.1.2 Diretrizes estratégicas

Tendo em vista os fundamentos que nortearam a elaboração do Vigisus II e o atual diagnóstico de situação do SNVS, onde convive uma agenda inacabada de controle de doenças transmissíveis com a redução ou eliminação das doenças imunopreveníveis e a manutenção e ampliação de outras deste Subcomponente, o programa deve ter como diretriz estratégica a manutenção do sistema articulado e integrado de vigilância e controle de doenças transmissíveis, com especial ênfase para as doenças de notificação compulsória (DNC) e as emergentes e reemergentes e outras que constituírem risco de disseminação e potenciais epidemias, com o propósito de:

- consolidar os avanços obtidos no país na área de epidemiologia nas últimas décadas, a exemplo do controle, eliminação ou erradicação de determinadas doenças;
- fortalecer a vigilância e controle das doenças consideradas de interesse para a saúde pública, incluídas ou não na lista de DNC, com o incremento da confirmação laboratorial por meio da melhoria da infra-estrutura e capacitação do pessoal técnico dos laboratórios nacionais e estaduais de saúde pública (Lacen), e integração com a rede assistencial, permitindo uma redução da subnotificação, uma melhoria do diagnóstico e tratamento oportuno, além da redução da letalidade dos agravos considerados prioritários; e
- aprimorar as condições objetivas para detecção e pronta atuação dos diferentes níveis do sistema na vigência de doenças novas, emergentes ou reemergentes.

1.1.3 Objetivos

1.1.3.1 Objetivo geral

Fortalecer o processo, em curso, de reestruturação e implementação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e incrementar a prevenção e o controle de doenças com vistas à consolidação de estruturas permanentes e descentralizadas, capazes de dar sustentabilidade à execução de ações que produzam o necessário impacto sobre os indicadores de morbimortalidade de importantes agravos no Brasil.

1.1.3.2 Objetivos específicos

- a) prover a capacitação técnica e operacional do nível federal para cumprimento de suas atribuições de coordenação, regulação e avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde;
- b) apoiar a capacitação técnica e operacional das estruturas e equipes de profissionais responsáveis pela vigilância em saúde e pelas ações de prevenção e controle das doenças nos estados e municípios;
- c) promover e apoiar a capacitação de profissionais de saúde estaduais e municipais na gerência dos programas e no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos agravos considerados prioritários;
- d) fortalecer a capacidade técnica e gerencial das estruturas estaduais de vigilância epidemiológica por meio de assessorias, consultorias e supervisões;
- e) consolidar a inserção das ações de prevenção e controle de dengue e malária na rotina dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família;
- f) ampliar o parque de equipamento de informática para universalização do principal sistema da vigilância epidemiológica de doenças – o Sinan – e de outros sistemas importantes para a vigilância e monitoramento de doenças e agravos;
- g) apoiar a melhoria da qualidade dos sistemas de informação;
- h) implantar novos serviços de vigilância epidemiológica em hospitais de doenças transmissíveis;
- i) apoiar o desenvolvimento de sistemas de vigilância sentinela visando aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica, particularmente para a detecção precoce de doenças emergentes e reemergentes e de agravos inusitados;
- j) apoiar a investigação de epizootias, como evento sentinela da ocorrência de casos de febre amarela, instituindo ações de bloqueio vacinal de emergência e a implementação da busca ativa de casos;
- k) apoiar a melhoria da sensibilidade e a representatividade do sistema de vigilância de febre amarela para que se possa obter, com maior precisão, o quantitativo de casos e a abrangência dos locais de transmissão;
- l) ampliar a rede de laboratórios de saúde pública, implantando, inclusive, novas áreas de biossegurança NB-3;
- m) aprimorar a capacidade laboratorial com vistas à:
 - melhoria do diagnóstico de febre amarela, tuberculose, leishmanioses, hepatites virais e outras doenças de interesse relacionados ou não na lista de doenças de notificação compulsória;

- detecção precoce da circulação viral e monitoramento dos sorotipos circulantes da dengue; e
 - descentralização do diagnóstico sorológico de casos suspeitos de dengue, tuberculose, leishmanioses e hepatites virais.
- n) elaborar, atualizar e divulgar normas, rotinas e procedimentos que disciplinem as relações intra e intersetoriais inerentes ao sistema;
- o) estruturar parcerias com instituições formadoras visando à capacitação de recursos humanos para a vigilância epidemiológica e para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos agravos considerados prioritários;
- p) financiar publicações técnico-científicas periódicas e especiais;
- q) financiar atividades de educação e comunicação incluindo o desenvolvimento de novas técnicas pedagógicas;
- r) promover articulação com organizações da sociedade civil visando ao fortalecimento do controle social no campo da saúde pública;
- s) estruturar parcerias com entidades de classe com o objetivo de sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde para o controle dos agravos considerados prioritários;
- t) apoiar a vigilância entomológica dos vetores da leishmaniose, malária e dengue e, em especial, monitoramento dos índices de infestação por *Aedes aegypti* e sua resistência aos inseticidas;
- u) apoiar a infra-estrutura da atenção básica à saúde nas áreas de assentamento e de extrativismo para a prevenção, o diagnóstico e tratamento da malária;
- v) apoiar estudos que visem melhorar a efetividade das ações de prevenção e controle dos agravos considerados prioritários;
- w) promover e apoiar estudos epidemiológicos que visem melhorar o conhecimento epidemiológico;
- x) apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle da tuberculose e da hanseníase;
- y) apoiar as atividades e ações do Programa Nacional de Imunizações;
- z) melhorar a rede de frio para os imunobiológicos;
- aa) apoiar estudos que visem reduzir a heterogeneidade da cobertura vacinal; e
- bb) apoiar a investigação clínico-epidemiológica dos eventos adversos associados à imunização.

1.1.4 Plano operativo

Campo de aplicação 1: INFRA-ESTRUTURA

- Linha de ação 1.1: Ampliação da capacidade instalada da rede de laboratórios de saúde pública.
- Linha de ação 1.2: Financiamento da infra-estrutura de núcleos de vigilância epidemiológica em hospitais sentinelas.
- Linha de ação 1.3: Complementação de equipamentos para rede de frio.
- Linha de ação 1.4: Ampliação da rede informatizada dos sistemas de informações de vigilância epidemiológica e controle de doenças.
- Linha de ação 1.5: Ampliação da infra-estrutura de equipamentos de comunicação da SVS.

Campo de aplicação 2: CAPACITAÇÃO

- Linha de ação 2.1: Capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ações de promoção, prevenção, diagnóstico e controle de doenças e agravos emergentes e reemergentes.
- Capacitação de profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de agravos prioritários.
- Capacitação de profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico laboratorial de agravos prioritários.
- Apoio à capacitação dos profissionais do PACS/PSF para ampliar o desenvolvimento de ações de vigilância e controle de doenças.
- Capacitação de profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica e entomológica.
- Capacitação de dirigentes de VE para o uso da epidemiologia, gestão dos serviços e prevenção e controle de doenças e das práticas de promoção à saúde.
- Capacitação de profissionais para a operacionalização do sistema de informação.
- Capacitação de profissionais especialistas em investigação de campo.

Campo de aplicação 3: DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

- Linha de ação 3.1: Ampliação e fortalecimento de cooperação técnico-científica com instituições nacionais e internacionais de pesquisa, para aprimorar as intervenções, monitoramento e controle das doenças transmissíveis.
- Linha de ação 3.2: Apoio a estudos epidemiológicos que visem melhorar a vigilância epidemiológica e a efetividade das ações de prevenção e controle dos agravos considerados prioritários.

**Campo de aplicação 4:
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

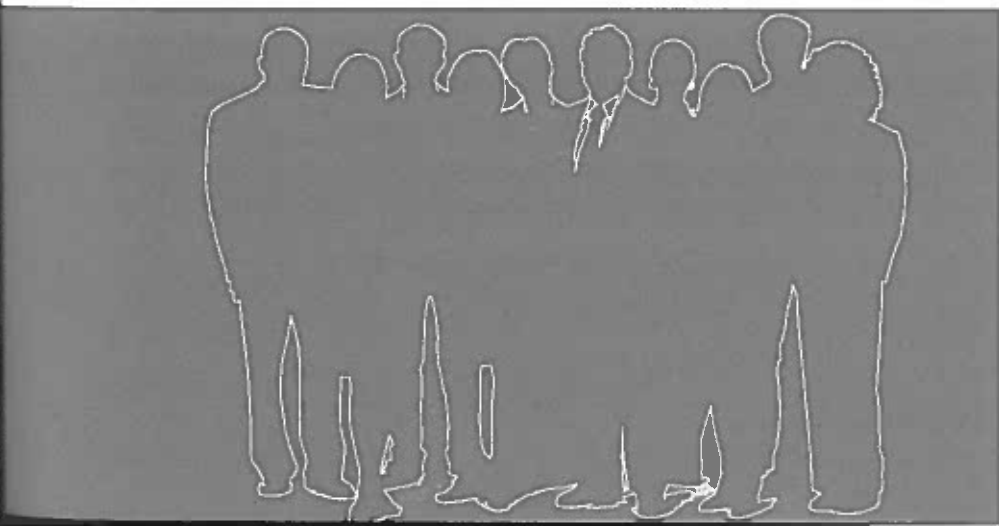
- Linha de ação 4.1: Desenvolvimento das ações de informação, educação em saúde e comunicação social para aprimoramento da consciência sanitária da população, de forma integrada e contínua, incluindo o desenvolvimento de novas técnicas pedagógicas.

**Campo de aplicação 5:
FORTALECIMENTO
INSTITUCIONAL**

- Linha de ação 5.1: Fortalecimento operacional e técnico do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN).
- Linha de ação 5.2: Revisão e aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para integrar os diferentes dados das doenças priorizadas.
- Linha de ação 5.3: Fortalecimento da capacidade técnica, por meio da avaliação, acompanhamento e supervisão operacional do SNVE e de programas específicos nas SMS e SES.
- Linha de ação 5.4: Avaliação e aprimoramento das ações gerenciais, técnico-operacionais do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e de programas específicos.
- Linha de ação 5.5: Elaboração, atualização, implantação e divulgação de normas técnicas na rede de serviços do SUS.
- Linha de ação 5.6: Promoção de articulação setorial e intersetoriais nacionais e internacionais.
- Linha de ação 5.7: Estimulação da participação da sociedade civil nos programas de prevenção e controle de doenças.
- Linha de ação 5.8: Financiamento das publicações técnico-científicas do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e controle de doenças.
- Linha de ação 5.9: Promover o intercâmbio e divulgação de experiências exitosas no campo da epidemiologia e controle de doenças.

Subcomponente A.2 – Vigilância ambiental em saúde

vigilância ambiental em saúde



1.2.1 Apresentação

A vigilância ambiental em saúde (VAS), compreendida como conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas que visam ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde (BRASIL, 2001), é o resultado, ainda incompleto, de dotar o Sistema Único de Saúde (SUS) dos mecanismos de ampliação do direito à saúde da população brasileira (Constituição Federal e Lei nº 8.080/90). A consolidação da VAS, além de constituir mais um passo na construção da Reforma Sanitária Brasileira, significa a implementação do conceito ampliado de saúde no SUS.

Aponta como prioridades para intervenção a vigilância em saúde relacionada a: qualidade da água para consumo humano, ar, solo, substâncias químicas, fatores químicos (radiações), desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, ambiente de trabalho, além de fatores biológicos representados pelos vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos.

A sua estruturação institucional, no âmbito do Ministério da Saúde, é resultado de um processo de fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde sob o marco da sustentabilidade (WORLD COMMISSION ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT, 1987).

Compreende-se que, no ambiente, ocorrem processos ecológicos e sociais que sofrem interferência da sociedade através das tecnologias e técnicas com as quais os humanos interagem com a natureza. São esses ambientes que podem configurar situações de risco para a saúde e para a qualidade de vida dos humanos. O modelo conceitual da vigilância dessas situações de risco baseia-se no entendimento de que as questões pertinentes às relações entre saúde e ambiente devem ser pensadas como integrantes de sistemas complexos (TAMBELLINI, 1996).

Neste sentido, a construção da VAS é necessariamente multidisciplinar e comporta uma infinidade de abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares.

Assim, a vigilância ambiental em saúde afirma sua vocação de articulação de conhecimentos e práticas no setor saúde quando interage com a vigilância epidemiológica ao tratar de doenças que estejam relacionadas ao ambiente ecológico-social; com a vigilância sanitária de produtos/mercadorias/serviços que produzem efeitos sobre o ambiente e a saúde; e com a vigilância da saúde do trabalhador, no que se refere aos processos produtivos que possam afetar os sistemas ecológico-sociais (TAMBELLINI; CÂMARA, 2002).

Além das vigilâncias em saúde, é preciso ter em conta que o substrato essencial de qualquer vigilância é a informação, particularmente a informação trabalhada na forma de indicadores. Nesse sentido, é preciso considerar suas interfaces também com os outros sistemas de informação existentes dentro e fora do setor saúde.

Vigilância ambiental em saúde nasce e vem se desenvolvendo com características particulares no Brasil, em cada estado e em cada município. O momento atual e futuro próximo, uma vez dada a partida na maioria dos estados, é de consolidação do sistema de vigilância e ampliação de suas bases: a formação e a capacitação de recursos humanos para o enfrentamento dos problemas ambientais e humanos, oriundos das diversas formas de modificações dos compartimentos ambientais que configuram situações de risco à saúde e o desafio de fazer funcionar, ampliar e manter funcionando um adequado e moderno sistema de vigilância voltado à saúde ambiental.

1.1.2 Diretrizes estratégicas

O Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 4.726, criou a Secretaria de Vigilância em Saúde, que passou a ser o órgão gestor dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, institucionalizando a responsabilidade do gestor nacional do sistema.

Os próximos passos para consolidação dos avanços da VAS devem incluir a concretização de uma política nacional de saúde ambiental que sirva de referência para o desenvolvimento das atividades da VAS e o incentivo para sua estruturação em todos os estados brasileiros, considerando os preceitos do SUS, incluída a bioética.

Para ampliar e consolidar os diversos subsistemas da VAS deve-se considerar, como seus integrantes, a definição do modelo de atuação; a elaboração de normas; a definição de plano de ação para operacionalização das ações (a curto, médio e longo prazos); a identificação de instituições de excelência e referência para suporte e atendimento de demandas técnicas; a definição da rede nacional de laboratórios do sistema; o desenvolvimento de sistemas de informação para atender aos seus objetivos; o desenvolvimento de um modelo de capacitação de recursos humanos; a elaboração de manuais e normas técnicas; a definição de áreas piloto para teste; a avaliação, adequação e aperfeiçoamento das atividades; e a sua instituição e implementação na Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS).

No caso da água para consumo humano, os principais investimentos devem ser aplicados na supervisão aos estados para acompanhar a implementação do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano (Vigiagua). Inclui o fortalecimento institucional através da implementação do plano de ação nas diversas esferas de governo; a capacitação de recursos humanos; a avaliação dos

sistemas de abastecimento de água e das soluções alternativas coletivas, a partir de indicadores de desempenho; a avaliação do programa a cada ano; a manutenção e aprimoramento dos dados sobre sistemas de abastecimento de água e soluções alternativas coletivas e individuais no Sisagua; a definição do instrumento e mecanismo para informação ao consumidor sobre qualidade da água para consumo humano; o desenvolvimento de instrumento para acompanhamento das atividades dos prestadores de serviços e setor de saúde; e de avaliação do cumprimento das metas pactuadas pelos municípios na PPI/VS.

Quanto à vigilância em saúde relacionada com a qualidade do ar, recomendam-se incentivos para as estratégias que faltam para a implementação do plano de ação, ou seja: existência de uma estrutura organizacional para viabilizar a execução das atividades; definição de programas estaduais e municipais atendendo ao programa nacional e às especificidades locais; e criação de grupo técnico assessor para apoiar a coordenação do programa nas esferas federal, estadual e municipal. Esse grupo técnico deverá ser composto por técnicos do setor saúde, bem como por representantes de setores afetos ao monitoramento da qualidade do ar e desenvolvimento urbano, instituições de ensino e/ou de pesquisa, além do segmento representante da população.

As principais atividades para a vigilância em saúde ambiental relacionadas com a contaminação de solo (Vigisolo) devem ser apoiadas na definição do modelo de atuação, normalização, planos de ações (a curto, médio e longo prazos); procedimentos no âmbito do setor saúde, e de outros instrumentos de abrangência intra e inter-setorial; estabelecimento de parcerias; capacitação contínua de recursos humanos; definição de áreas piloto para estruturação e gestão do Vigisolo; desenvolvimento do sistema de informação; desenvolvimento de estudos e pesquisas; e educação, comunicação e mobilização social. Em complemento à estruturação do Vigisolo, há necessidade de concluir o piloto de aplicação da metodologia de avaliação de risco da *Agency of Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR/CDC)* para desenvolver metodologia nacional para disponibilizar ao SUS instrumentos de avaliação de risco à saúde pública relacionada a áreas com solo contaminado e incentivar a realização de estudos epidemiológicos.

Para a VAS relacionada com os acidentes com produtos perigosos, são necessários esforços para o estabelecimento de cooperação internacional com países da América Latina, Estados Unidos e Comunidade Européia; a capacitação de recursos humanos dos níveis estadual e municipal da vigilância, bem como dos parceiros institucionais; a estruturação de projetos piloto de sistemas locais de vigilância em saúde dos acidentes com produtos perigosos; a conformação, o desenvolvimento, a implantação e a operacionalização do sistema de informação dos acidentes com produtos perigosos; o desenvolvimento de indicadores de saúde e ambiente específicos para a área; a atua-

ção nos fóruns intra e intersetoriais relacionados com os acidentes; e a estruturação de centros integrados de resposta às emergências envolvendo produtos perigosos.

Para a VAS relacionada com os desastres naturais, deverão ser priorizadas atividades com vistas à definição do campo de atuação; normalização do modelo de vigilância; proposição de um programa de vigilância em saúde voltado para os desastres naturais, com ênfase para as inundações, deslizamentos, secas e incêndios florestais; e a estruturação de centros integrados de resposta aos desastres naturais. Essas atividades serão desenvolvidas em cooperação com o Programa de Emergências e Desastres (PED) da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Quanto à VAS relacionada com as substâncias químicas (benzeno, asbesto, chumbo, agrotóxicos e mercúrio), no âmbito do Programa Nacional de Segurança Química (Copasq/MMA), investimentos devem ser aplicados na definição da normalização e dos procedimentos no âmbito do setor saúde e de outros instrumentos de abrangência intersetorial; estabelecimento de parcerias; desenvolvimento de recursos humanos; identificação e definição de áreas piloto para estruturação e gestão da vigilância; avaliação e análise integrada dos sistemas de informação; disponibilização de informações; desenvolvimento de indicadores de saúde e ambiente; estruturação da rede nacional de laboratórios; desenvolvimento de estudos e pesquisas; e educação, comunicação e mobilização social.

A segunda fase do Vigisus deverá apoiar a concepção e estruturação de outros subsistemas de VAS, tais como o relacionado a fatores físicos, especialmente radiações ionizantes e não-ionizantes, o subsistema relacionado a fatores biológicos e o subsistema relacionado a ambientes de trabalho.

Do ponto de vista do apoio à formulação e implantação da Política de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde, há necessidade de fortalecimento dos mecanismos inter e intra-setoriais, tais como a ampliação das atividades dos diversos grupos de trabalho da Copesa e a sua integração nas ações básicas de saúde induzindo a capacitação técnica de equipes de atenção básica, líderes comunitários, setor ambiental e outros; assessoria aos Centros de Atenção Primária Ambiental (Capas), Eco-clubes, estados e municípios; e a utilização do mapeamento de riscos ambientais para estruturar, implantar e implementar a vigilância ambiental em saúde de forma mais sistêmica.

Para todos os subsistemas deve ser aprimorado um sistema de informação que integre aspectos de saúde e de ambiente intra e intersetoriais, permitindo a produção de informações estatísticas facilitadoras. É necessária a avaliação dos tipos de dados a serem obtidos nos estados e municípios, que servirão de subsídios para a elaboração de indicadores que permitam uma visão abrangente e integrada da relação saúde e

ambiente que vão alimentar este sistema. Cursos de metodologia para definição de indicadores de saúde ambiental e de georreferenciamento devem ser estimulados. Esses sistemas de informação devem ser concebidos para estabelecer integração e troca de informação entre si e com os demais sistemas do SUS e de outros setores de interesse.

No tocante ao desenvolvimento dos recursos humanos, identifica-se como de importância central o desenvolvimento e implementação de um plano diretor de capacitação em VAS. Há necessidade de ampliar a capacitação para os responsáveis pela VAS nos estados e municípios. Este plano deve considerar as características e as prioridades de cada região na definição dos cursos a serem realizados, bem como o apoio e acompanhamento na descentralização do Curso Básico em Vigilância Ambiental em Saúde (CBVA). Um elemento constituinte deste plano deverá ser a capacitação das equipes dos programas de atenção básica, tais como o Programa de Saúde da Família, o Programa de Agentes de Controle de Endemias e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Considera-se fundamental a realização de estudos e pesquisas que permitam relacionar os efeitos à saúde com determinados fatores ambientais, utilizando indicadores de saúde e ambiente, sistemas de informação ou, ainda, estudos epidemiológicos considerando as características diversas das macrorregiões e dos estados.

É ainda indispensável a concepção e construção de uma rede de laboratórios de saúde ambiental; estabelecimento de centros de referência para o desenvolvimento de atividades de formação, pesquisa e tecnologia em saúde ambiental; ampliação das articulações com outros órgãos do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, organizações não-governamentais, Ministério Público, universidades e centros de pesquisa, além de instituições internacionais, tais como a Companhia Estadual de Engenharia de Meio Ambiente e Saneamento (Cetesb), Fundação Jorge Duprat de Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro - TEM); Fundação Oswaldo Cruz - (Fiocruz); *Environmental Protection Agency* (EPA); Centro de Controle de Doenças (CDC) e Agência para as Substâncias Tóxicas e Registro de Doenças (ATSDR), estas três últimas nos Estados Unidos da América, entre outras.

Tendo em vista que a estruturação da vigilância ambiental em saúde e a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas) não ocorreram de forma homogênea nos estados e municípios brasileiros, deve-se enfatizar a necessidade urgente de organização de eventos que permitam a troca de experiências entre estes estados. Podem ser apoiados na Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental em Saúde (CGVAM), no estados e nos municípios a divulgação ampliada dos objetivos do Sinvas através de instrumentos como página eletrônica de saúde ambiental a partir

da página da SVS, estímulo para publicação de experiências exitosas em revistas e jornais científicos e confecção de cartazes e folderes que tenham material alusivo ao Sinvas.

Os repasses de recursos do Componente A do Vigisus para o desenvolvimento da vigilância ambiental em saúde nos 27 estados devem exigir, por parte destes, a manutenção e aprimoramento dos instrumentos de estruturação da VAS, através, por exemplo, da identificação e contratação de profissionais e montagem de estrutura formal, com publicação no Diário Oficial do estado. O pacote mínimo de custeio e investimento deve incluir: veículos terrestre e marítimo; equipamentos de informática; equipamentos de laboratório; reforma e/ou construção de instalações físicas; apoio à realização de seminários e treinamentos.

Durante a vigência do Vigisus II, deverão ser aportados recursos para iniciar a estruturação da VAS nas capitais dos estados.

Nos estados e municípios, deverá ser dada ênfase ao incentivo para a ampliação e consolidação das ações de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano.

1.2.3 Objetivos

1.2.3.1 Objetivo geral

Identificar e monitorar riscos à saúde relacionados aos condicionantes e determinantes ambientais sob o marco do desenvolvimento sustentável.

1.2.3.2 Objetivos específicos

a) fortalecer os subsistemas nacionais de vigilância ambiental em saúde, relacionados à qualidade da água para consumo humano, à qualidade do ar, à contaminação do solo; e aos acidentes com produtos perigosos;

b) estruturar os subsistemas nacionais relacionados às substâncias químicas, aos desastres naturais, aos fatores biológicos, aos fatores físicos e aos ambientes de trabalho;

c) estruturar a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental em Saúde;

d) desenvolver os sistemas de informação da vigilância ambiental em saúde e aprimorar a sua articulação com outros sistemas disponíveis, definindo os indicadores prioritários para avaliação das atividades;

e) aumentar a capacidade do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, na área de desenvolvimento científico e tecnológico para aperfeiçoamento das atividades finalísticas;

f) apoiar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Ambiental;

g) desenvolver atividades de atenção primária ambiental que visem à construção de ambientes saudáveis;

h) desenvolver processos de mobilização social e de educação das populações-alvo, com prioridade para áreas de risco; e

i) Aprimorar os mecanismos que possam garantir articulações intra e extra-setoriais para o desenvolvimento das atividades da vigilância ambiental em saúde.

1.2.4 Plano Operativo

Campo de aplicação 1:
INFRA-ESTRUTURA

- Linha de ação 1.1: Ampliação da capacidade instalada para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas).
- Linha de ação 1.2: Ampliação da capacidade instalada da rede de laboratórios de saúde pública para o Sistema Nacional Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas).
- Linha de ação 1.3: Ampliação da rede informatizada do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas).

Campo de aplicação 2:
CAPACITAÇÃO

- Linha de ação 2.1: Capacitação gerencial dos recursos humanos responsáveis pelo desenvolvimento de ações na área de vigilância ambiental em saúde (VAS).
- Linha de ação 2.2: Realização de cursos de capacitação para apoio ao desenvolvimento da VAS.
- Linha de ação 2.3: Incentivo à realização de cursos de especialização de interesse na área de VAS.
- Linha de ação 2.4: Desenvolvimento de um banco de dados na CGVAM, incluindo cursos, instrutores e egressos para avaliação das atividades de capacitação.

Campo de aplicação 3:
DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E
TECNOLÓGICO

- Linha de ação 3.1: Fortalecimento da rede de cooperação técnico-científica com instituições de pesquisas nacionais e internacionais.
- Linha de ação 3.2: Estudos e pesquisas de interesse para a VAS.
- Linha de ação 3.3: Divulgação de estudos e pesquisas.

Campo de aplicação 4:
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

- Linha de ação 4.1: Apoio à execução das atividades de informação, educação em saúde, comunicação e mobilização social.
- Linha de ação 4.2: Apoio à participação da sociedade para percepção de risco e construção de programas locais.

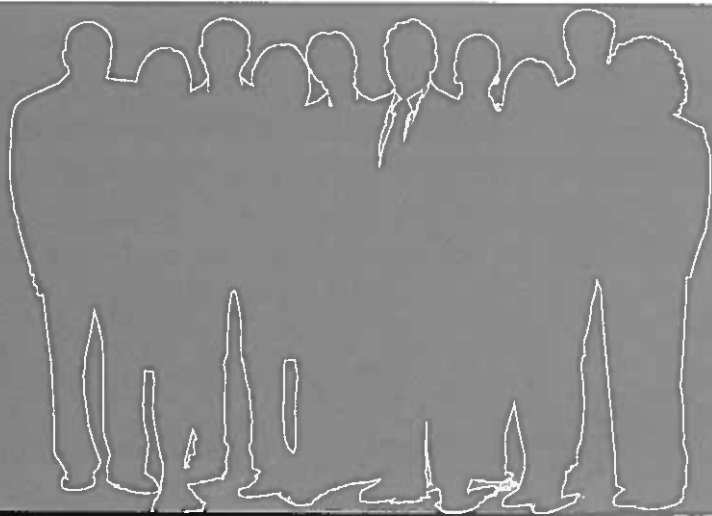
Campo de aplicação 5:
FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL

- Linha de ação 5.1: Apoio ao desenvolvimento de uma política nacional de saúde ambiental.
- Linha de ação 5.2: Elaboração de diretrizes sobre a interface da bioética com a prática de vigilância ambiental em saúde.
- Linha de ação 5.3: Sistematização e implantação do modelo de acompanhamento, supervisão e avaliação da VAS.
- Linha de ação 5.4: Avaliação das ações gerenciais e técnico-operacionais da VAS.
- Linha de ação 5.5: Elaboração, implantação e divulgação de normas técnicas da VAS.
- Linha de ação 5.6: Fortalecimento operacional e técnico dos sistemas de informações implantados.
- Linha de ação 5.7: Integração das bases de dados dos diversos subsistemas da VAS e informações de demais setores no sistema de informação do Sínvas.
- Linha de ação 5.8: Promoção de articulação setorial e intersetorial nacionais e internacionais.



Subcomponente A.3 – Análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis

análise de situação de saúde



1.3

1.3.1 Apresentação

A análise de situação de saúde das populações é fundamental para o conhecimento aprofundado do perfil de morbimortalidade, para a análise da prevalência dos determinantes dos agravos de saúde, para a análise e monitoramento das tendências temporais das diferentes doenças e condicionantes, para a compreensão da distribuição espacial e sócio-econômica dos problemas de saúde, gerando subsídios essenciais para a definição e avaliação das diretrizes das políticas e das atividades dos serviços de saúde.

O estado de saúde da população é uma das dimensões fundamentais na compreensão e análise do sistema de cuidados à saúde. Os serviços de saúde constituem um dos determinantes do estado de saúde, enquanto representam, também, uma resposta socialmente organizada ao estado de saúde prevalente.

O Brasil tem apresentado, nas últimas décadas, importantes transformações no panorama de morbidade e mortalidade. Até os anos sessenta, havia expressiva participação das doenças transmissíveis. Após este período, tem-se observado redução da mortalidade precoce, em especial aquelas ligadas a doenças infecciosas e parasitárias, bem como o aumento da expectativa de vida ao nascer e conseqüente aumento da população idosa, causas de adoecimento e óbitos mais prevalentes nesse grupo etário; e o aumento dos acidentes e violência (SILVA JR., et al., 2003).

Neste panorama epidemiológico, observa-se redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas de óbitos. Essas mudanças motivaram a realização de vários estudos sobre o perfil das doenças e agravos não transmissíveis (Dant).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi regulamentado em 1975, por meio da Lei nº 6.259. Entretanto, priorizava-se a vigilância das doenças transmissíveis. Somente no final da década de 90, foram realizadas algumas iniciativas pontuais para ampliar o objeto do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SILVA JR., et al., 2003). Em 2000, a vigilância das não-transmissíveis foi oficializada na estrutura do ex-Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), por meio da criação de um setor específico para vigilância e monitoramento das Dant, a Coordenação de Monitoramento das Doenças e Agravos não Transmissíveis (Comat).

Desde então, o Cenepi, atual Secretaria de Vigilância em Saúde, desenvolveu políticas para incluir os problemas não-transmissíveis na agenda dos sistemas locais e estaduais, sendo a mais importante delas a criação do Subsistema de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, como parte integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

É importante destacar que:

além da coleta e análise das informações sobre essas doenças e seus fatores de risco, o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica também fornecerá as bases técnicas que nortearão os sistemas de saúde na elaboração e implementação de políticas e de programas de saúde visando à redução das incapacidades e da morbimortalidade. (SILVA JR., et. al., 2003).

A magnitude e a gravidade das Dant para a população reforçam a necessidade de que, no Projeto Vigisus II, seja dispensada uma especial atenção a esta área. Deve-se potencializar os esforços desenvolvidos pelo Cenepi, atual Secretaria de Vigilância em Saúde, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento de estratégias que concretizem o estabelecido na instrução normativa do Subsistema de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

1.3.2 Diretrizes estratégicas

1.3.2.1 Análise de situação de saúde

O Projeto Vigisus II contribuirá para a implementação e fortalecimento da institucionalização das análises de situação de saúde nos diversos níveis do sistema de saúde com o apoio à tomada de decisões em saúde, de maneira sistemática, contínua e oportuna, e, em última instância, para o fomento às ações, gestão e formulação de políticas em saúde baseadas em evidências, buscando maior efetividade destas.

Inserido nesta meta, encontram-se o fomento e a institucionalização da avaliação de impacto das ações, programas e políticas implementadas pelo SUS, possibilitando a reorientação das intervenções oportunamente. Para tanto, o Departamento de Análise de Situação de Saúde tem o compromisso, junto às outras secretarias do Ministério da Saúde e aos outros departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde, de fomentar estruturas, processos e capacidades para o desenvolvimento científico-metodológico, a operacionalização de estudos e análises e o desvelamento da relevância temática da avaliação para a gestão do SUS.

Visando a estes objetivos, serão propostas atividades e linhas de ação específicas direcionadas aos problemas detectados, em especial ao aprimoramento das informações em saúde e ao fortalecimento institucional da capacidade analítica nos três níveis de gestão do SUS, destacando, nestas últimas, a necessidade da realização de análises de situação de saúde, monitoramento das desigualdades em saúde, e avaliação de impacto de ações, programas e políticas de saúde.

As análises de situação de saúde e os sistemas que a possibilitam devem subsidiar as intervenções, as ações de saúde e responder às necessidades de gestão do sistema de saúde nos diferentes níveis e instâncias. Devem, também, estar asseguradas para possibilitar que todos os segmentos da população: organizações, instituições, empre-

sas, associações e pessoas interessadas possam monitorar e exercer vigilância sobre os resultados que vêm sendo obtidos com os investimentos sociais e em especial os aplicados à saúde. Seu papel é o de permitir a avaliação do sistema pelas diferentes visões e pressupostos que convivem numa sociedade democrática. E permitir que as tendências históricas possam ser analisadas.

Os sistemas que dão suporte às análises de saúde precisam ser flexíveis para atender as necessidades locais, distritais, municipais, estaduais, regionais e nacionais. O padrão de análise de saúde se expressa diferenciada e com potenciais e limitações distintos para cada nível. E a sua necessidade é de existir em todos os níveis.

Um esforço importante deve ser feito na agilização e aperfeiçoamento dos sistemas de informação disponíveis para garantir ganhos em validade e precisão. A ampliação do uso de informação na gestão local pode qualificar intensamente o trabalho desenvolvido pelas equipes e modificar aspectos do padrão de assistência e de promoção da saúde. Na perspectiva local, de unidades de serviços de saúde e de equipes de saúde da família, experiências vêm sendo acumuladas, amadurecendo o entendimento sobre o conjunto de dados e de possíveis indicadores que poderiam ser úteis para intervenção e para o acompanhamento e avaliação da qualidade dos serviços e dos ganhos em saúde obtidos pela população.

Análises de situação de saúde devem cada vez mais ser realizadas de forma oportuna e efetiva com a finalidade de produzir conhecimentos válidos e os mais precisos possíveis sobre aspectos da saúde, especialmente os que constituem prioridades para as políticas de saúde. A análise deve ser incorporada como um processo, mais que uma atividade esporádica.

Numa perspectiva temática, considera-se que alguns problemas de saúde da população devem ser enfatizados nas análises de situação de saúde pela relevância, ou seja, pelas lacunas no conhecimento necessário sobre estes problemas para atuação dos serviços de saúde:

- desigualdades em saúde;
- avaliação de impacto de ações, programas e políticas de saúde (em cooperação com as áreas e programas específicos);
- prevalência de fatores de risco para doenças não transmissíveis e estudos dos determinantes sócio-ambientais e de saúde entre adultos e idosos;
- comportamentos de risco do adolescente;
- mortalidade da criança menor de cinco anos de idade - mortalidade perinatal; e
- perfil de morbidade ambulatorial e hospitalar.

1.3.2.2 Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis

Em consonância com as diretrizes norteadoras do Vigisus II e com a situação das doenças e agravos não transmissíveis no país, a estratégia de atuação eleita para a segunda fase desse projeto tem por base:

- a implantação, em todas as unidades federadas, do Subsistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, consolidando-o em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, sob a ótica da descentralização, que tem por fim a expansão e o fortalecimento das iniciativas locais, para que se desenvolva o efetivo monitoramento das Dant;
- desenvolvimento de inquéritos nacionais e municipais, como principal instrumento de monitoramento dos fatores de risco para Dant;
- a manutenção e o incremento da parceria com instituições acadêmicas ou de pesquisa, para colaborar com a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sugerindo e testando modelos que possam ser aplicados à realidade sanitária nacional, assim como realizar estudos no campo de agravos e doenças não transmissíveis; e
- estímulo, implementação e avaliação de ações na área da promoção da saúde que motivem a construção da cidadania e maior participação da população na busca por melhor qualidade de vida.

1.3.3 Objetivos

1.3.3.1 Objetivo geral

Situação de saúde	Promover a realização de análises de situação de saúde da população brasileira a fim de subsidiar a implantação de políticas públicas que conduzam à redução da morbimortalidade e de seus fatores de risco e das desigualdades em saúde.
Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis	Implantar o Subsistema Nacional de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis.

1.3.3.2 Objetivos específicos

Situação de saúde

- Produzir e divulgar análises nos diversos níveis do sistema de saúde, abordando temas de relevância para a saúde pública;
- Produzir e divulgar metodologias de análise de situação de saúde e de avaliação de impacto adequadas para o nível local, municipal, estadual e nacional;
- Fortalecer os sistemas de informação relacionados à análise de situação de saúde, em especial os de mortalidade e nascidos vivos, promovendo a sua integração com os demais sistemas do SUS e garantindo infra-estrutura necessária para a sua operacionalização;
- Implantar o monitoramento de doenças e agravos, de fatores de risco e determinantes de saúde relevantes;
- Aumentar a capacidade analítica, investindo em desenvolvimento científico e tecnológico para aperfeiçoamento das atividades finalísticas; e
- Estruturar parcerias com instituições formadoras visando à capacitação de recursos humanos na área de análise de situação de saúde.

Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis

- Prover a capacitação técnica e operacional do nível federal para cumprimento de suas atribuições de coordenação, regulação e avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis;
- Apoiar a capacitação técnica e operacional das estruturas responsáveis pela vigilância epidemiológica nos estados e municípios;
- Estruturar normas, rotinas e procedimentos que disciplinem as relações intra e intersetoriais inerentes ao Subsistema Nacional de vigilância de agravos e doenças não transmissíveis;
- Estabelecer cooperação técnica com centros e grupos de referência para atender as necessidades do Sistema Nacional de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis; e
- Implementar e avaliar o impacto de ações de promoção da saúde de abrangência nacional, bem como estimular e apoiar iniciativas locais de tais ações, estabelecendo parcerias com a sociedade civil organizada, empresas e instituições de pesquisa e ensino visando a este objetivo.

1.3.4 Plano Operativo

As diretrizes estratégicas orientam as propostas de atuação específica nos campos de aplicação do Projeto Vigisus:

Campo de aplicação 1: INFRA-ESTRUTURA

- Obras (construção, reformas, ampliação), equipamentos, *softwares* para:
 - fortalecimento dos sistemas de informações relacionados às análises de situação de saúde, em especial os de mortalidade e nascidos vivos;
 - instalação e desenvolvimento de salas, painéis, monitoramento, geo-processamento e outras metodologias de apoio à análise de situação de saúde;
 - aquisição de equipamentos de informática e de rede de comunicação para os sistemas de informações;
 - apoio a implantação e implementação de serviços de verificação de órbitos (em cooperação com a vigilância epidemiológica).

Campo de aplicação 2: CAPACITAÇÃO

- Definição de plano diretor de capacitação para o fortalecimento da capacidade de análise nos três níveis de gestão em saúde, incluindo o estabelecimento de um currículo mínimo nas áreas de:
 - sistemas de informação e fontes de dados;
 - uso de tabuladores;
 - mensuração da saúde – indicadores;
 - conceitos básicos de estatística e epidemiologia;
 - uso de *softwares* de estatística e epidemiologia;
 - análise de desigualdades em saúde;
 - análises espaciais e de séries temporais;
 - avaliação de impacto de ações, programas e políticas de saúde;
 - análise de situação de saúde.
- Aprimoramento dos sistemas de informação para Análise de Situação de Saúde (SIASS), em especial os de mortalidade e nascidos vivos.
- Disponibilização de aplicativos de apoio à realização de análises de situação de saúde.

Campo de aplicação 3:
DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E
TECNOLÓGICO

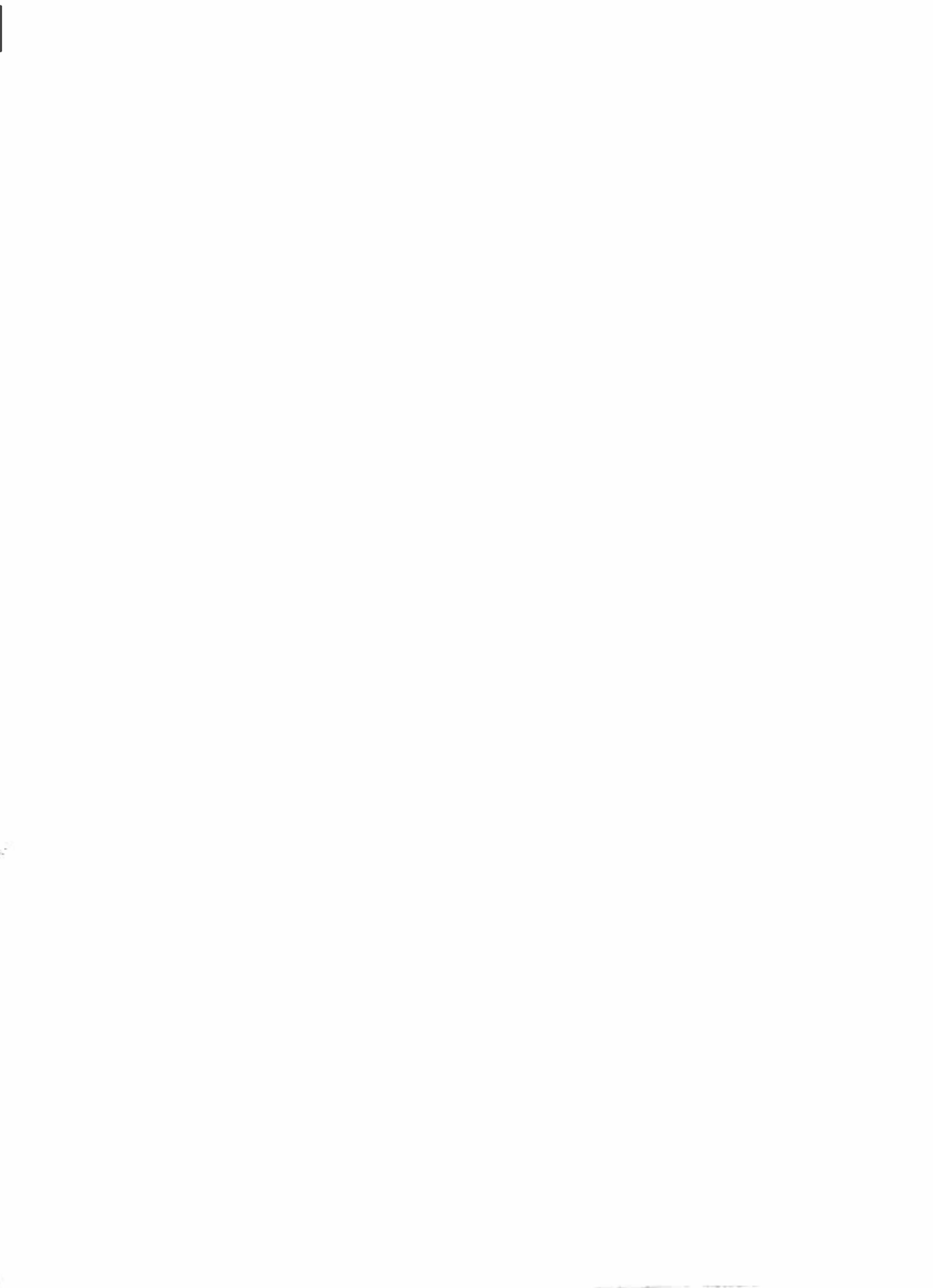
- Realização e/ou apoio à realização de estudos e pesquisas estratégicas na área de análise de situação de saúde, incluindo:
 - validade e confiabilidade dos dados dos sistemas de informações de saúde;
 - teórico/metodológicos na área de análise de situação de saúde;
 - inquéritos de saúde de base populacional e em grupos populacionais específicos para monitoramento de fatores de risco para doenças não transmissíveis e agravos em caráter complementar aos sistemas de informação existentes;
 - avaliação do uso, limitações e vantagens de diferentes indicadores de saúde;
 - avaliação de impacto de ações, programas e políticas estratégicas de saúde;
 - estudos de desigualdade em saúde;
 - estudos de distribuição e tendência dos fatores de risco identificados nos inquéritos de saúde para problemas de saúde relevantes, em especial as doenças não transmissíveis;
 - estudos de desempenho dos serviços de saúde.

Campo de aplicação 4:
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

- Produção, reprodução e distribuição de material técnico nas áreas de análises de situação de saúde, agravos e doenças não transmissíveis e informações em saúde;
- Elaboração e divulgação de produtos das análises de situação de saúde contribuindo para os diferentes processos de comunicação inter e intra-institucional;
- Elaboração e divulgação de produtos das análises de situação de saúde para as populações por estes focalizadas e em formatos adequados ao público alvo;
- Divulgação de experiências bem-sucedidas de utilização de análises de situação de saúde nos serviços de saúde adequadas aos diversos níveis do sistema.

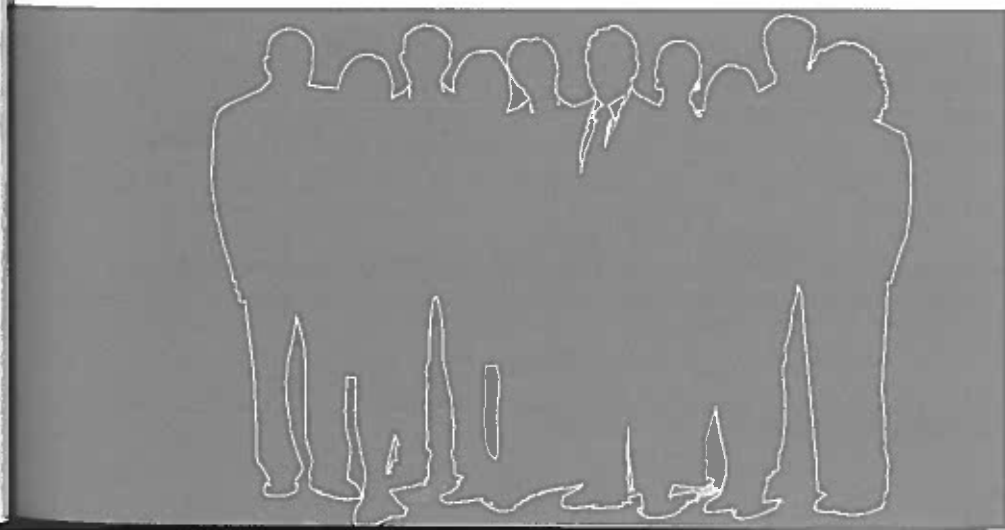
Campo de aplicação 5:
FORTALECIMENTO
INSTITUCIONAL

- Estabelecimento de colaborações técnicas nacionais e internacionais para análise de situação de saúde;
- Contratação de consultores para desenvolvimento institucional em análises de situação de saúde;
- Cooperação técnico-científica com centros colaboradores em áreas estratégicas de agravos e doenças não transmissíveis, informação em saúde e análise de situação de saúde;
- Estabelecimento de parcerias com representantes da sociedade civil organizada, instituições de ensino e pesquisa e empresas para intervenções de promoção da saúde;
- Articulação intraministerial entre secretarias e sistemas para análise de situação de saúde e avaliação de impacto;
- Apoio às experiências bem-sucedidas de utilização de análises de situação de saúde nos diversos níveis do sistema;
- Apoio às experiências bem sucedidas de avaliação com o uso da epidemiologia nos serviços de saúde;
- Apoio às experiências de monitoramento de iniquidade em saúde para definições de intervenções de redução de iniquidades pelas instâncias de gestão de diferentes níveis de governo;
- Realização de assessorias e supervisões técnicas para implantação/implantação dos sistemas de informações e análises em saúde; e
- Avaliação das ações gerenciais e técnico-operacionais.



**Subcomponente A.4 –
Fortalecimento
institucional da
capacidade de gestão em
vigilância em saúde nos**

fortalecimento institucional



1.4.1 Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS), na definição da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90, identifica o município como instância privilegiada para o desenvolvimento das suas ações. Não poderia ser diferente para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), que, na elaboração do Projeto Vigisus II, destina uma atenção especial aos estados e municípios, corroborando a consolidação do processo de descentralização do SUS que, ao transferir responsabilidades para estas esferas de governo, transfere também recursos financeiros e presta assessoria técnica.

Esta estratégia não visa apenas a uma adequação da estrutura para o crescimento exponencial da execução de ações de prestação de serviços de prevenção e assistência. Há, também, um estímulo para a melhoria da qualidade da atenção mediante o desenvolvimento e divulgação de experiências inovadoras, utilização de metodologias científicas, análises mais frequentes dos dados epidemiológicos produzidos na rede de serviços, cujos resultados podem ser constatados por meio do surpreendente aumento de trabalhos apresentados nas reuniões científicas da área e na produção de boletins e normas técnicas. A atuação dos conselhos de secretários municipais e estaduais de saúde tem contribuído positivamente no sentido do atendimento das necessidades de saúde de cada região, além de se comprometer em dar consequência e consolidar todo esse complexo processo de descentralização.

As Secretarias Estaduais de Saúde, instâncias responsáveis pelo SNVS⁴ nas unidades federadas, estão transferindo, paulatinamente, a execução das ações para os municípios, atuando de forma complementar quando as administrações municipais não possuem estruturas compatíveis para executá-las ou não são capazes de fazê-lo. Concomitantemente, vêm assumindo o papel de coordenação, supervisão e assessoria aos municípios.

Esse processo impôs o repensar de conteúdos e modos de organização do trabalho, de competências, estratégias de intervenção, fluxos de informações e, também, das ações de saúde coletiva. O refazer implica um conjunto de compromissos, entre os quais o de estar apto para avaliar a necessidade de incorporação de novos procedimentos técnicos na prestação de serviços, definir critérios na escolha das tecnologias a serem incorporadas, concretizar a participação social no nível local, garantir continuidade dos fluxos que implicam e subsidiam o desencadeamento de ações e a otimização do uso dos recursos.

⁴ Em 09/06/03, pelo Decreto nº 4.726, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde, que passou a ser o órgão gestor dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, de Informações, laboratórios de saúde pública e do Programa Nacional de Imunização, deixando então de existir o Cenepi.

Embora estados e municípios estejam assumindo suas novas competências em ritmo acelerado, ainda apresentam insuficiências e enfrentam muitos obstáculos. O subcomponente A.4⁵, do Componente de Vigilância em Saúde do Projeto Vigisus II, foi oportunamente desenhado para prover suporte aos estados e a um conjunto de municípios para as ações de vigilância em saúde, através de recursos a serem repassados diretamente para estas instâncias, de forma ágil e automática, como descrito nas diretrizes e estratégias deste componente. Ao montante de recursos financeiros destinados ao subcomponente A.4, em que os estados e os municípios deverão definir prioridades em consonância com linhas de ação descritas no Item 6 e gerenciar diretamente, soma-se uma parcela significativa do que está alocado para ser executado pelo nível central, mas cujos beneficiários diretos são estados e municípios. Ao investir nas estruturas e nos recursos humanos que operam o sistema público de saúde no Brasil, o Vigisus II tem na população o seu maior beneficiário; ao investir no fortalecimento da gestão e na ampliação da capacidade de operação das secretarias estaduais e municipais, está apoiando efetivamente tais instâncias para cada vez mais se habilitarem a desenvolver suas atribuições e competências.

1.4.2 Diagnóstico de situação

A extensão e qualidade da atenção à saúde das populações no nível local variam consideravelmente de acordo com o porte dos municípios, da capacidade da rede de serviços de saúde instalada, da disponibilidade de saneamento ambiental, enfim, do grau de desenvolvimento econômico, entre outros importantes fatores micro e macroestruturais. A heterogeneidade dos municípios, nos aspectos geográficos, demográficos, sócio-econômicos e ambientais, implica diferentes necessidades com referência à saúde pública, como também capacidades diferenciadas de intervenção no campo da vigilância e controle de doenças.

Embora este conjunto de fatores determine que as secretarias estaduais e municipais se organizem de forma muito diversa, na maioria delas o conjunto das ações e atividades de vigilância em saúde é operado de modo integrado, obedecendo a uma racionalidade no uso dos recursos, uma vez que muitos dos problemas se superpõem num mesmo território ou afetam os mesmos grupos populacionais.

A heterogeneidade da capacidade de resposta dos municípios, aliada à necessidade de ações integradas, que ultrapassam as fronteiras municipais, em especial nas intervenções voltadas às doenças transmissíveis, evidencia a necessidade de reforço às estruturas estaduais e regionais de vigilância e controle de doenças.

⁵ Os outros subcomponentes são: I - vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis; II - vigilância ambiental em saúde e III - análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

No intuito de contextualizar as propostas aqui apresentadas, uma síntese das proposições para estados e municípios, que compõem o Componente A do Projeto Vigisus, será apresentada a seguir.

1.4.2.1 Vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis

O planejamento, programação e intervenções preconizadas na vigilância e controle de doenças transmissíveis vêm, na sua quase totalidade, sendo operados pelas equipes das secretarias municipais de saúde, sendo complementados pelas secretarias estaduais, a exemplo das atividades de vacinação, vigilância e tratamento de casos de tuberculose e hanseníase, combate de focos de *Aedes Aegypti*, detecção e tratamento de casos de malária, notificação e investigação de doenças incluídas na lista de notificação compulsória.

A Portaria MS nº 1.399/99⁶ que regulamentou a NOB SUS 01/96, no que se refere à área de epidemiologia e controle de doenças, e estabeleceu o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)⁷ com o mecanismo de transferência de recursos na modalidade fundo a fundo, e o modelo de implementação do Programas Nacional de Controle da Dengue e da Malária, teve uma grande influência na aceleração do processo de transferência das ações de epidemiologia e controle de doenças, do nível federal para estados e municípios.

O SNVS, contudo, necessita operar de forma ainda mais competente, além de ampliar sua cobertura. Para isso, faz-se mister investir nos recursos humanos, suprimindo as insuficiências na formação de grandes parcelas de seus profissionais, tanto da área gerencial como para execução de atividades técnicas rotineiras ou especiais. A cobertura, ainda insuficiente do sistema de notificação compulsória de doenças, pode ser, em grande parte, superada com profissionais mais capazes e sensibilizados e que busquem implantar novas estratégias aptas a ampliar a identificação e notificação do número de casos suspeitos e de unidades notificadoras, que estejam prontas para iniciar imediatamente, já no nível local, as investigações epidemiológicas e intervenções necessárias para cada situação específica. Os esforços para o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, tanto para as doenças que já têm suas ações definidas e em grande parte normatizadas quanto para aquelas novas, emergentes e reemergentes, resultantes ou não de ações de bioterrorismo, têm que ser continuamente reforçados e estimulados.

⁶ Modificada pela Portaria MS nº 1.172, de 15/06/2004.

⁷ Modificado para Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, conforme Portaria MS nº 1.172/2004.

1.4.2.2 Vigilância ambiental em saúde

Sendo muito recente a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas) é compreensível que estados e municípios ainda não tenham consolidado sua operacionalização de forma plena. Como referido no subcomponente A.2, a primeira fase de implantação do Sinvas foi mais voltada para o desenvolvimento institucional nas esferas federal e estadual. Apenas alguns municípios de maior porte tiveram neste primeiro momento uma atuação mais expressiva, particularmente direcionada para as atividades de controle da qualidade da água para consumo humano.

Ressalta-se que as prioridades de intervenção desta área envolvem, também, a qualidade do ar e do solo, a prevenção de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos e, ainda, juntamente com a vigilância epidemiológica, a atuação sobre fatores de risco biológicos. O fato de, para a expressiva maioria dos estados e municípios, as ações aqui preconizadas representarem algo novo, que requer novos profissionais com novos conhecimentos, certamente amplia o grau de complexidade da tarefa.

Para que os objetivos sejam factíveis, propõe-se que estados e municípios, sob orientação técnica do nível central do Sinvas, possam desenvolver estratégias diferenciadas visando à implantação das ações, de acordo com o grau de organização, necessidades, características epidemiológicas e capacidade técnica instalada de cada área ou região.

Assim, se para o nível federal do Sinvas este é um momento de consolidação e ampliação do escopo de atuação, para a maioria dos estados e municípios ainda é o momento de implantação e formatação da vigilância ambiental nos seus respectivos níveis.

1.4.2.3 Análise de situação de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis

A construção da prática de vigilância em saúde num sistema que tem por base o município pressupõe que, além de atuar sobre problemas de saúde que possuam risco potencial de disseminação, como as doenças infecciosas, também sejam identificados os problemas de saúde mais relevantes para cada comunidade, considerando a morbidade e a mortalidade, mas também a qualidade de vida de seus habitantes. Esta é uma premissa que leva em conta a possibilidade que os sistemas locais têm para interferir nas situações que geram sofrimento, adoecimento e morte em cada cidade.

Além do diagnóstico dos principais problemas de saúde, faz-se necessária a identificação de grupos populacionais mais vulneráveis, em função de riscos epidemiológicos e sociais, o que implica adoção de estratégias no nível local que direcionem os recursos disponíveis para o enfrentamento dos problemas priorizados. A perspectiva

é que se invista cada vez mais na busca de articulação para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e na reorientação da atenção à saúde da população.

Ao mesmo tempo, há que se manter a responsabilidade com a demanda e com os avanços obtidos no controle das doenças transmissíveis sob vigilância.

Muito embora os métodos e técnicas de que a epidemiologia dispõe estejam amplamente incorporados ao sistema de saúde no Brasil, a sua utilização nos sistemas locais ainda é incipiente, tanto pela insuficiente formação dos recursos humanos quanto pela inexistência de uma cultura de análise rotineira de dados neste nível.

No que diz respeito às doenças e agravos não transmissíveis, deve ser considerado que o monitoramento para alguns destes pode ser realizado através dos sistemas de informações já existentes (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Autorização de Internação Hospitalar - AIH, etc.). No entanto, tal monitoramento não esgota as necessidades do sistema de vigilância epidemiológica de agravos de maior importância. É necessário que se invista no desenvolvimento e na implementação de formas de acompanhamento mais eficazes que monitorem e informem a intervenção. Nesse processo, serão consideradas as experiências pontuais de algumas secretarias estaduais e municipais, em geral situadas nas Regiões Sul e Sudeste, na utilização de sistemas de monitoramento.

De um modo geral, o monitoramento das doenças não transmissíveis precisa ser implantado em quase todos os seus aspectos. A publicação da portaria do Ministério da Saúde, instituindo o Sistema Nacional de Agravos não Transmissíveis (Sidant), certamente constituirá um marco para esse processo no Brasil.

1.4.3 Proposições

As proposições para este subcomponente incluem a continuidade de uma série de iniciativas que já vêm sendo desenvolvidas, como a promoção de cursos de curta duração para profissionais do nível local (CBVE, CBVA, entomologia, epidemiologia, técnicas laboratoriais, planejamento estratégico, programação, monitoramento, análise e avaliação em saúde, etc.), e para o nível central dos estados e municípios de maior porte, principalmente as capitais, além de cursos curtos, os de especialização e/ou mestrados profissionalizantes nas mesmas áreas de epidemiologia, vigilância ambiental e epidemiológica e controle de doenças.

Aumentar a resolutividade dos serviços prestados no campo da vigilância e controle de doenças é um dos desafios há ser enfrentado no próximo quadriênio, visando aumentar a capacidade de resposta do sistema público de saúde dos estados e mu-

nicípios. Neste sentido, propõe-se ampliar a capacidade instalada de laboratórios de saúde pública, associado à incorporação de novas tecnologias.

O controle das doenças preveníveis por vacinação merece destaque especial. O País vem obtendo resultados inéditos perante uma parcela significativa de doenças imunopreveníveis, em função da manutenção de elevadas coberturas vacinais com o esquema básico de imunização. Trata-se, agora, de avançar ainda mais, garantindo a cobertura vacinal adequada, estimulando os estados e municípios a identificarem bolsões de população ainda com acesso precário às vacinas, com vistas a garantir o acesso à vacinação de rotina e não apenas, como acontece freqüentemente nas regiões remotas do País, durante as campanhas anuais de vacinação.

No campo da vigilância ambiental, identifica-se a importância de elaborar planos estratégicos de implantação de acordo com o porte dos Municípios e com o diagnóstico de seus problemas ambientais, com vistas à definição de um cronograma de implantação das ações. Conseqüentemente, recursos adicionais da fonte do Vigisus II devem ser direcionados para o fortalecimento da gestão por meio de assessorias e consultorias na área, formação e capacitação de recursos humanos, implantação dos sistemas de informações específicos de vigilância ambiental, criação de infra-estrutura para apoio laboratorial, reestruturação de núcleos regionais e municipais de vigilância em saúde que incluam as atividades de vigilância ambiental necessárias a cada região, equipamentos de informática e a produção de material instrucional, de informação e comunicação relacionadas aos problemas ambientais de cada área.

Para apoiar efetivamente a disseminação do uso da epidemiologia no nível local, com vistas à elaboração de análises de situação de saúde, está previsto um incremento na estrutura de equipamentos e na capacitação de recursos humanos para a operacionalização dos sistemas de informações, especialmente o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Estas capacitações, aliadas à utilização de outros recursos, certamente impulsionarão a realização das análises, bem como capacitarão os municípios a proporem e implantarem intervenções efetivas de cunho setorial e intersetorial.

Nesta direção, especial atenção deve ser dispensada à formação de equipes capacitadas para implantar o Sidant nas Secretarias Estaduais de Saúde e, pelo menos, nos municípios de médio e grande porte. As intervenções neste campo vão demandar recursos do Vigisus II para o desenvolvimento de experiências inovadoras, campanhas educativas, articulação permanente com a área de assistência e prevenção de danos, entre outras iniciativas.

Por fim, considera-se como fundamental, para que o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) seja realmente efetivo no nível local, que os seus dirigentes

e equipes mantenham uma estreita articulação e integração com a atenção básica (equipes do PACS/PSF), com vistas a incluir as atividades inerentes à SVS na rotina de trabalho dessas equipes.

1.4.4 Diretrizes estratégicas

O processo de elaboração do Vigisus II contemplou várias reuniões envolvendo dirigentes de epidemiologia de todos os Estados, das capitais e representação dos municípios, indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), bem como representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), e evidenciou uma grande heterogeneidade no desenvolvimento gerencial e técnico, tanto de municípios quanto dos estados, o que pode ser justificado pela dimensão territorial do país e pelas desigualdades sócio-econômicas regionais, que resultam em diferentes perfis de situações de saúde, como também em diferentes estágios do processo de descentralização. Por outro lado, ficaram evidenciadas as potencialidades dos estados e municípios para operar política e administrativamente, tanto os recursos próprios quanto aqueles oriundos de transferência do Governo Federal.

Se, por um lado, o Vigisus I foi uma fonte importante de recursos, promovendo efetivamente a implementação das atividades de vigilância nos estados e municípios, por outro, o seu pleno aproveitamento foi obstaculizado pela excessiva burocracia requerida para a execução dos convênios, excessivo detalhamento das ações, atividades e pré-requisitos quando da elaboração dos projetos que habilitaram para o recebimento e efetiva utilização dos recursos.

Diante das questões referidas, procurando não reforçar as desigualdades regionais, mas, ao contrário, minimizá-las dentro de um sistema de saúde que se quer universal e equânime, optou-se por não pré-determinar em que atividades seriam gastos os recursos desta segunda fase do Vigisus, alocados neste subcomponente, ficando estados e municípios livres para identificar suas prioridades e definir que atividades específicas serão contempladas.

Tendo em vista a experiência do Vigisus I, evidenciada na sua avaliação, buscou-se corrigir alguns problemas, entre os quais o mecanismo de repasse de recursos. Assim, a transferência de recursos do Vigisus II para estados e municípios dar-se-á sob a modalidade fundo a fundo, considerando que a experiência recente (Portaria GM/MS nº 1.399/99⁸) tem sido muito positiva.

As ações e serviços de saúde do SUS, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados tanto com recursos da União, como de fontes pró-

⁸ Atualizada pela Portaria MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004.

prias e outras suplementares, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares. A transferência fundo a fundo é a principal modalidade de aporte de recursos federais do SUS para as outras esferas de governo. Este tipo de transferência é regular e automática e se caracteriza pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros.

Os sistemas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) estão interligados com o Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), com a Imprensa Nacional e com os sistemas operacionais das instituições financeiras conveniadas, o que permite dar transparência e visibilidade às movimentações financeiras do SUS, no âmbito federal.

Cumprindo determinação legal e com vistas ao acompanhamento e ao controle, o FNS encaminha às assembleias legislativas, câmaras municipais e aos conselhos municipais de saúde notificação de todos os repasses de recursos realizados para os respectivos estados, municípios e Distrito Federal. Além disso, as instituições financeiras encaminham aviso dos créditos aos titulares das respectivas contas, com discriminação da origem dos recursos. Estas informações também se encontram disponibilizadas no site do Ministério da Saúde para acesso público.

Em 1999, uma série de discussões envolvendo o Ministério da Saúde, a Funasa, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Comissão Intergestora Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) viabilizaram a aprovação das responsabilidades e requisitos na área de epidemiologia e controle de doenças (Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde de 9 a 10 de junho) e, em decorrência da continuidade deste processo de discussão, foi publicada a Portaria nº GM/MS 1.399⁹, de 15 de dezembro de 1996, que, finalmente, regulamentou a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, definindo toda a sistemática de financiamento.

Complementando a Portaria nº 1.399, a Portaria nº 950¹⁰, de 23 de dezembro de 1999, estabeleceu os tetos financeiros e contrapartidas para todas as unidades da federação, para execução das ações de epidemiologia e controle de doenças, que compreende desde a investigação e notificação das doenças de notificação compulsória, o monitoramento da água de consumo humano, a alimentação dos sistemas de informação, SIM, Sinan, Sinasc, SI-PNI, como também o controle de endemias, como a

⁹ Atualizada pela Portaria MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004.

¹⁰ Atualizada pela Portaria Conjunta nº 8, de 29 de junho de 2004.

malária, dengue, esquistossomose, leishmaniose visceral, doenças de Chagas, tuberculose, hanseníase, entre outras.

O montante anual de recursos federais repassados aos estados e municípios, referentes ao orçamento de 2004, para esta área específica foi de R\$ 687 milhões.

Como forma de garantir a aplicação adequada, os estados, para se certificarem e passarem a receber os recursos mensais, diretamente do FNS, apresentam uma programação Pactuada Integrada a partir de ações, parâmetros e metas definidas pela SVS, contemplando as ações necessárias ao controle das doenças citadas anteriormente, além do aprimoramento de todo o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.

Esta nova sistemática foi muito bem aceita por estados e municípios. Comprovação desta afirmação é que todos os estados da Federação já tiveram suas propostas de certificação aprovadas, até o presente momento, pela Comissão Intergestora Tripartite, assim como 5.148 municípios dos 5.564 existentes.

O acompanhamento da execução das ações e da obtenção das metas pactuadas é de fundamental importância para a melhoria dos indicadores de saúde dos estados e municípios e será exercido pela SVS junto às Secretarias Estaduais de Saúde e destas junto aos municípios.

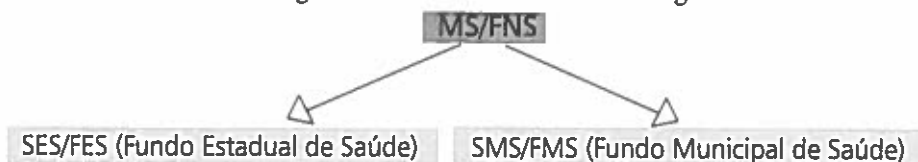
Desta forma, o Ministério da Saúde reorienta o seu papel, que, até 1999, era de principal executor das ações de controle das grandes endemias, para assumir completamente as responsabilidades estabelecidas, inicialmente pela Portaria GM/MS 1.399/99, e atualizadas pela Portaria MS nº 1.172/04.

1. Coordenação nacional das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;
2. Execução das ações de vigilância em saúde, de forma complementar à atuação dos estados;
3. Execução das ações de vigilância em saúde, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada a insuficiência da ação estadual;
4. Definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada (PPI/VS) para a área de vigilância em saúde;
5. Normatização técnica;
6. Assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;
7. Provedimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) imunobiológicos;
 - b) inseticidas;
 - c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico); e
 - d) equipamentos de proteção individual (EPI) compostos de máscaras respira-

tórias de pressão positiva/negativa com filtros de proteção adequados para investigação de surtos e agravos inusitados à saúde.

8. Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde;
9. Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI/PNI) e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:
 - a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;
 - b) consolidação dos dados provenientes dos Estados; e
 - c) retroalimentação dos dados.
10. Divulgação de informações e análises epidemiológicas;
11. Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional;
12. Promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;
13. Definição de centros de referência nacionais de vigilância em saúde;
14. Coordenação técnica da cooperação internacional na área de vigilância em saúde;
15. Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
16. Assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na elaboração da (PPI/VS) de cada estado;
17. Fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de vigilância em saúde programadas na PPI/VS, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
18. Coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), nos aspectos relativos à vigilância em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamentos das unidades partícipes; e
19. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo a definição das vacinas obrigatórias no País, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde obedece ao seguinte fluxo:



Tendo por referência a experiência do Vigisus I, os recursos repassados serão utilizados tendo como norma a legislação nacional (Lei nº 8.666/93 e Lei nº 10.520/2002) até o limite de US\$ 350 mil (trezentos e cinquenta mil dólares), para aquisição de bens e contratação de serviços; ou seja, a norma do BIRD será utilizada somente para a contratação de bens e serviços com valor superior a US\$ 350 mil. Para a seleção de consultoria individual ou firma de consultoria, a norma a ser utilizada será a do Banco Mundial, independente de valor. A utilização de diferentes normas tem como propósito facilitar a superação dos principais obstáculos administrativos para a execução das atividades de vigilância em saúde planejadas em todos os níveis do SUS.

1.4.5 Objetivos

1.4.5.1 Objetivo geral

Fortalecer a gestão de estados e municípios para que avancem no processo de descentralização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), mediante apoio técnico e financiamento de ações definidas a partir de prioridades identificadas pelos mesmos.

1.4.5.2 Objetivos específicos

- Apoiar as estruturas de vigilância em saúde das secretarias estaduais com vistas ao aprimoramento da capacidade de coordenação do SNVS em cada UF;
- Ampliar a capacidade técnico-operacional de estados e municípios com o propósito de fortalecer o processo de decisão-ação e de desenvolvimento das atividades, de rotina e especiais, de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;
- Melhorar a qualidade e ampliar o escopo das atividades de vigilância ambiental desenvolvidas nos níveis estadual e local;
- Implementar sistemas estaduais e locais de monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis e ampliar a capacidade de realização de análise de situação de saúde com vistas a aprimorar a programação e a escolha das intervenções prioritárias, de acordo com os problemas de saúde regionais e locais; e
- Implementar o uso dos sistemas de informação no âmbito dos estados e municípios.

1.4.6 Plano operativo

A forma de repasse de recursos definida para este subcomponente é estratégica para o desenvolvimento do SUS, por incorporar o princípio de autonomia das secretarias estaduais e municipais que poderão utilizá-los em todos os campos de aplicação do Vigisus II.

Com o propósito de subsidiar as instâncias descentralizadas do SUS, descrevemos, a seguir, as principais linhas de ação que se desdobram em atividades que são passíveis de serem apoiadas com os recursos do Vigisus. Cabe a cada secretaria estadual e municipal a decisão de quais atividades irão dar prioridade, ressaltando-se que não poderão ser gastos com construções e ações relacionadas à assistência, tais como: compra de ambulâncias, aquisição de equipamentos hospitalares; construção de postos de saúde, além dos insumos estratégicos (inseticidas, medicamentos, imunobiológicos e kits para diagnóstico) já fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Linha de Ação	Atividades
<p>1. Fortalecimento da capacidade técnico-institucional dos estados e municípios para gerenciar e operar a vigilância em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar ou adequar a infra-estrutura de comunicação da área de vigilância em saúde (cabos e linhas telefônicas, salas de vídeo conferência, etc.); • Reformar e ampliar instalações físicas das sedes das coordenações de vigilância em saúde estadual e municipal; • Prover de materiais permanentes e equipamentos as sedes das coordenações de vigilância em saúde estadual e municipal; • Capacitar profissionais para o sistema de Vigilância em Saúde; • Contratar consultores para atuarem, por tempo determinado, no desenvolvimento do Sistema de Vigilância em Saúde; e • Estruturar a vigilância em saúde nos estados visando, entre outras ações, a constituição de um marco legal e regulatório para garantir o estabelecimento e a estabilidade de um quadro de recursos humanos para área.

Linha de Ação	Atividades
<p>2. Aprimoramento do Sistema de Vigilância em Saúde por meio da implementação de ações que ampliem a capacidade técnica e operacional dos órgãos de vigilância epidemiológica e controle de doenças de estados e municípios</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar laboratórios de saúde pública e a capacidade instalada para diagnóstico laboratorial;• Ampliar ou reestruturar centros de controle de zoonoses;• Ampliar ou reestruturar unidades de armazenamento de inseticidas;• Implantar ou reestruturar serviços de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis;• Adequar a rede de frio para imunobiológicos;• Aumentar a cobertura e investir na melhoria da qualidade dos sistemas de informação na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Apoiar e desenvolver ações de capacitação técnica e operacional dos profissionais responsáveis pela execução das ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis;• Promover eventos técnico-científicos para divulgação de experiências exitosas na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Promover articulação setorial e intersetorial na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Estabelecer parcerias com representantes da sociedade civil organizada, instituições de ensino e pesquisa para intervenções na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Produzir, reproduzir e divulgar materiais instrucionais, técnico-científicos e educativos na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Realizar supervisões, assessoria técnica, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Desenvolver e implementar ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;• Implementar a vigilância entomológica dos vetores; e• Apoiar a implantação de sistemas de vigilância sentinela.

Linha de Ação	Atividades
<p>3 . Aprimoramento do Sistema de Vigilância em Saúde por meio da implementação de ações que ampliem a capacidade técnica e operacional dos órgãos de vigilância ambiental de estados e municípios</p>	<ul style="list-style-type: none">• Adequar e estruturar as unidades locais/regionais/estaduais que compõem a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental em Saúde;• Aumentar a cobertura e investir na melhoria da qualidade dos sistemas de informação de vigilância ambiental em saúde;• Aprimorar a capacidade técnico-operacional dos subsistemas de vigilância ambiental em saúde;• Apoiar e desenvolver ações de capacitação técnica e operacional de profissionais responsáveis pela execução das ações de vigilância ambiental em saúde;• Promover eventos técnico-científicos para divulgação de experiências exitosas no campo de vigilância ambiental em saúde;• Promover a articulação setorial e intersetorial na área de vigilância ambiental em saúde;• Produzir, reproduzir e divulgar materiais instrucionais, técnico-científicos e educativos na área de vigilância ambiental em saúde;• Realizar supervisões, assessoria técnica, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas na área de vigilância ambiental;• Desenvolver e implementar ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social, com destaque em áreas de risco ambiental em saúde; e• Implementar atividades de atenção primária ambiental¹¹.

¹¹De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (1999), "A atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação.

Linha de Ação	Atividades
4. Elaboração de análises de situação de saúde e implantação ou implementação de sistemas de monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar ou reestruturar serviços de verificação de óbitos; Estruturar e instalar salas, painéis, técnicas de monitoramento, geoprocessamento e outras metodologias de apoio à análise de situação de saúde;• Aumentar a cobertura e investir na melhoria da qualidade dos sistemas de informação na área de análise de situação de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis;• Construir e analisar bancos de dados que permitam análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis;• Apoiar e desenvolver ações para capacitação técnica e operacional dos profissionais na vigilância em saúde com vistas à elaboração de análises epidemiológicas das doenças e agravos e de doenças não transmissíveis;• Promover eventos técnico-científicos para divulgação de experiências exitosas na área de análise de situação de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis;• Promover a articulação setorial e intersetorial na área de análise de situação de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis;• Estabelecer parcerias com representantes da sociedade civil organizada, instituições de ensino e pesquisa e empresas para intervenções na área de promoção da saúde;• Produzir, reproduzir e divulgar materiais instrucionais, técnico-científicos e educativos relacionados à análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis;• Realizar supervisões, assessoria técnica, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas na área de análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis;• Implantar o monitoramento de doenças e agravos, de fatores de risco e determinantes de saúde relevantes;• Apoiar a realização de inquéritos sobre fatores de risco no comportamento de escolares; e• Desenvolver e implementar ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social na área de análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

1.4.7 Beneficiários

Para este subcomponente, os beneficiários serão todas as 26 unidades federadas e o Distrito Federal, as capitais certificadas para a gestão das ações de vigilância em saúde e 147 municípios (certificados) pertencentes às regiões metropolitanas das capitais (de acordo com a definição do IBGE) e/ou municípios com população acima de 100 mil habitantes, perfazendo um total de 200 beneficiários. No caso dos estados do Acre, Amapá, Amazonas e Roraima, que não se enquadram nesses critérios, além das capitais, será elegível o segundo município (certificado) mais populoso do estado.

Os estados e capitais certificadas são automaticamente elegíveis no projeto, devendo as respectivas secretarias de saúde elaborar um plano de vigilância em saúde (Planvigi) que, embora não sejam submetidos a nenhum tipo de seleção, terão suas propostas técnicas analisadas pela SVS, tendo em vista o processo de acompanhamento e monitoramento do projeto.

Com relação aos demais 147 municípios, estes serão escolhidos no rol de municípios das regiões metropolitanas das capitais – classificação IBGE –, os municípios com população acima de 100 mil habitantes e o segundo município mais populoso, no caso dos estados que não se enquadram nos critérios anteriores a partir da seleção dos Planvigi. Estes planos deverão ser encaminhados à SVS em prazo que será prefixado em portaria, no ano de 2005. Os planos deverão ser discutidos e pactuados nas CIB e serão posteriormente avaliados por uma comissão de consultores da SVS, quanto ao atendimento das diretrizes descritas a seguir e os valores mínimos destinados para cada área:

ÁREA	% MÍNIMO DE GASTO
FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE TÉCNICO INSTITUCIONAL	Máximo de 20%
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	Mínimo de 50%
VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE	Mínimo de 15%
ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	Mínimo de 15%

Será realizada uma avaliação da capacidade gerencial, administrativa e financeira (avaliação fiduciária) de todos os 200 beneficiários. Aqueles cujas capacidades já foram avaliadas pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) serão reavaliados pela SVS/MS. Tal avaliação tem caráter gerencial e não excludente.

1.4.8 Critérios para distribuição dos recursos

Em função do limite de recursos disponíveis, e objetivando propiciar um maior impacto epidemiológico das intervenções, evidencia-se a necessidade de concentrar o investimento desse recurso em problemas de saúde definidos como prioritários. Para tanto, os critérios relacionados a seguir foram consensualmente definidos em reuniões dos dirigentes da SVS/MS com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e dos dirigentes das vigilâncias das secretarias estaduais e das capitais. Todas as unidades federadas (UF) e o Distrito Federal (DF) receberão recursos de acordo com os seguintes critérios:

- 50% dos recursos de acordo com a população;
- 30% dos recursos de acordo com a área geográfica;
- 20% dos recursos de acordo com o número de municípios;
- Haverá um montante mínimo de R\$ 1,5 milhão para as UF, para os quatro anos do projeto;
- Com relação ao repasse de recursos para municípios, foram estabelecidos critérios regionais, com o intuito de contemplar as grandes diversidades. No âmbito de cada UF, serão aplicados os critérios abaixo:
 - dos recursos do tesouro, US\$ 43.103.448,30 serão repassados fundo a fundo e deverão ser gastos com ações previstas no Planvigi e os demais US\$ 15.490.075,90 correspondem às capacitações previstas no quadro 4.

1.4.8.1 Para Regiões Nordeste, Sul e Sudeste:

1. 60% dos recursos da UF serão destinados para as capitais e demais municípios elegíveis cujos planos foram selecionados pela SVS/MS.

- para a capital será utilizado o mesmo valor per capita da UF, proporcional a sua população.
- a diferença entre o percentual de recursos definido para capital e os 60% será repassada aos demais municípios selecionados.
- 40% dos recursos que ficarão com o estado deverão ser destinados a propostas que possam beneficiar o conjunto dos demais municípios.

1.4.8.2 Para Regiões Norte e Centro Oeste:

1. 40% dos recursos da UF serão destinados para capitais e demais municípios elegíveis cujos planos forem selecionados pela SVS/MS.

- para a capital, o recurso será per capita até o limite de 40% do valor total da UF.
- a diferença entre o recurso definido para a capital e os 40% será repassada aos demais municípios selecionados.
- os 60% dos recursos que ficarão com o estado deverão ser destinados a propostas que possam beneficiar o conjunto dos municípios.

2. Para os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins e Sergipe, que possuem apenas dois municípios elegíveis, com o objetivo de evitar concentração de recursos para um município em detrimento do outro, desvirtuando a proposta original, o critério de distribuição será o seguinte:

- para a capital, o recurso será o equivalente à multiplicação de sua população pela per capita da UF, até o limite de 40% dos recursos alocados para a UF.
- o montante de recurso eventualmente disponível, após aplicação do critério para alocação dos recursos da capital, deverá ser pactuado na CIB, para repasse a SES, à própria capital ou para o outro município elegível.

1.4.9 Indicadores para estados e municípios

O mecanismo de acompanhamento e de avaliação do impacto das ações estabelecidas e metas será feito por meio da aferição e monitoramento da evolução do conjunto de indicadores descritos nos quadros a seguir, exceto aqueles que não se aplicam à realidade epidemiológica da UF ou município.

Indicadores de desempenho da esfera estadual					
Nº	Indicador	Unidade medida	Meio de verificação	Linha de base 2002*	Meta Final
Subcomponente 1					
1	Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	Caso encerrado	SINAN		
2	Percentual de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial.	Caso com cultura ou CIE ou látex	SINAN		
3	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.*	Município	SI-API		
4	Percentual de casos novos curados de tuberculose*.	Caso curado	SINAN		
5	Percentual de municípios com remessa do banco de dados do Sinan.	Município	Planilha acompanhamento de envio de dados do GT-SINAN		
Subcomponente 2					
6	SES com vigilância ambiental em saúde estruturada**	SES e SMS capital	Relatório técnico		
Subcomponente 3					
7	Percentual de cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)***	Óbito registrado	SIM		
8	Percentual de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10	Óbito dos Grandes Grupos da CID 10	SIM		
9	Unidade federada com sistema de vigilância de Dant (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) estruturada****	Relatório	Relatório técnico		
10	Unidade Federada com município de capital com inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado.	Capital	Relatório técnico		
Subcomponente 4					

11	UF com plano diretor para área de vigilância em saúde aprovado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)	Plano Diretor	Parecer da SVS
12	UF com plano de cargo, carreira e salário (PCCS) para profissionais da vigilância em saúde elaborado.	PCCS	Plano elaborado
13	Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde.	Agente capacitado	Sistema de Informação - EPSJV - Fiocruz
14	UF e município de capital com plano de integração das atividades de atenção básica em saúde e vigilância em saúde elaborado.	Plano de integração	Plano elaborado

* Indicador 3: linha de base de 2003. Indicador 4: linha de base de 2001.

** Entendido por VAS estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa (Indicador Intermediário); equipe técnica de nível central (indicador Intermediário) e elaboração de 2 relatórios anuais de vigilância em saúde relacionado à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).

*** Segundo o Dasis a linha de base deste indicador somente poderá ser avaliada após divulgação pelo IBGE das estimativas da taxa bruta de mortalidade para as capitais.

**** Entende-se por um Sistema de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – Dant estruturado, se há: 1 - Produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebro-vascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer cólon e reto), acidente de trânsito e homicídios; 2 - Produção de um relatório com análise de fatores de risco para Dant.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SI-API - Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

CIE - Contra-imunoeletroforese

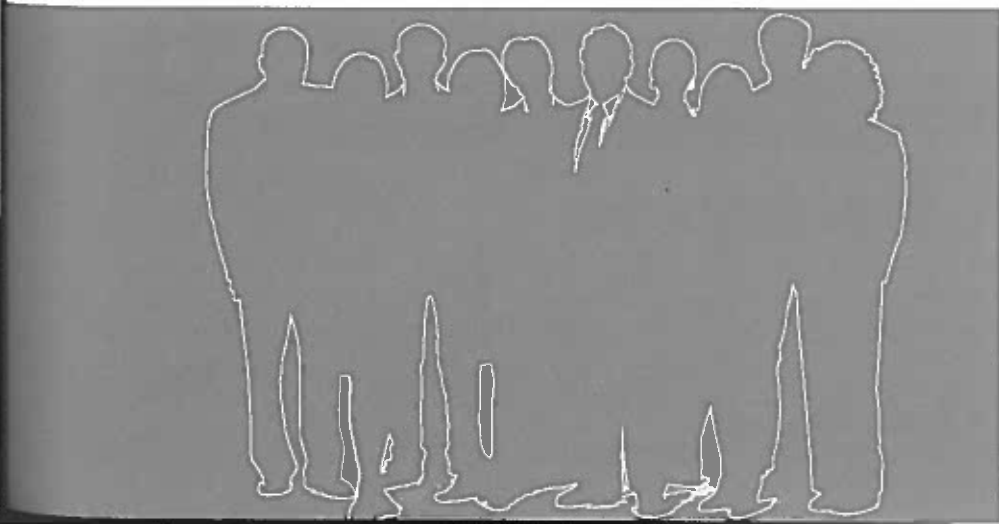
EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/SMS - Secretária Municipal da Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz



Mecanismos para implementação do Componente A

m e c a n i s m o p a r a i m p l e m e n t a ç ã o



As atividades previstas no Componente A serão executadas através dos mecanismos descritos nesta Parte.

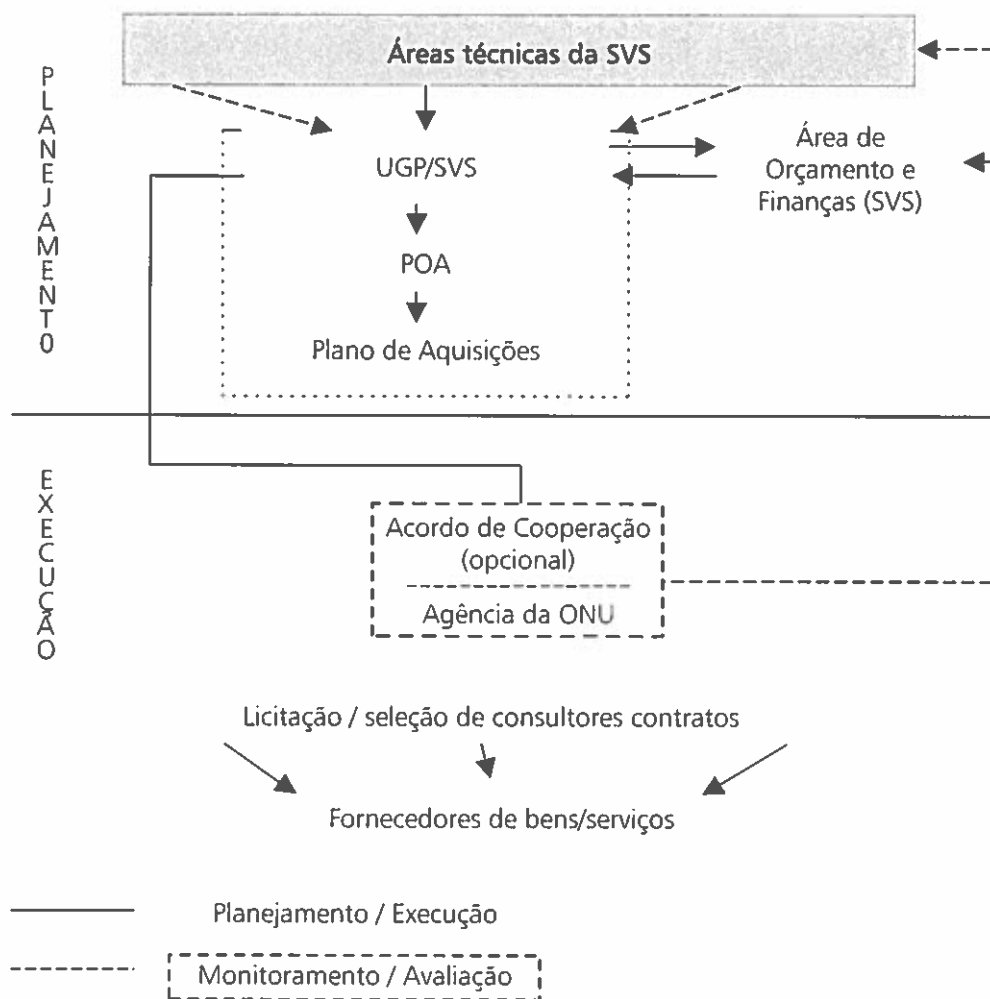
2.1 Execução centralizada (A.1, A.2 e A.3)

As atividades inseridas nos Subcomponentes A.1, A.2 e A.3 poderão ser executadas de modo centralizado, ou seja, sem que se insiram em subprojetos.

A execução das atividades, nesses casos, poderá se dar diretamente pela UGP/SVS ou mediante acordos de cooperação técnica firmados com agências especializadas da ONU.

2.1.1 Esquema geral

O esquema a seguir representa o ciclo da implementação centralizada das atividades dos subcomponentes A.1, A.2 e A.3:



Planejamento

Na fase de planejamento, as áreas técnicas da SVS são responsáveis por prover a UGP/SVS com os elementos técnicos necessários à formulação e revisões periódicas do Plano Operativo Anual (POA). A UGP/SVS, em trabalho coordenado com a área de orçamento e finanças, consolida no POA as diversas atividades a serem implementadas no período correspondente, responsabilizando-se, ainda, pela elaboração e revisões periódicas do Plano de Aquisições. O Plano de Aquisições lista cada um dos contratos a serem licitados e os respectivos métodos de licitação.

Execução

A UGP/SVS deverá responsabilizar-se pela execução do Plano de Aquisições. Poderá fazê-lo diretamente ou apoiando as Agências Executoras de Subprojetos. As normas de licitação a serem seguidas nesses três Subcomponentes estão descritas no volume 5 deste manual.

Supervisão, Monitoramento e Avaliação

As atividades de supervisão, monitoramento e avaliação da implementação devem ser conduzidas pelas áreas técnicas da SVS, que coletará os dados e os transmitirá à UGP/SVS, através do Sistema de Planejamento e Informação do Vigisus (SPIV).

2.1.1.1 Plano de Aquisições

O Plano de Aquisições deverá incluir as atividades a serem licitadas e contratadas.

2.1.1.2 Normas e métodos de licitação

As atividades, sujeitas a essa forma de execução, serão licitadas de acordo com as regras de licitação e contratação descritas na parte 1 do volume 5 deste manual.

2.1.1.3 Execução financeira

O volume 1 do manual estabelece as rotinas para as transferências de recursos e prestações de contas a que se sujeitará a implementação dessas atividades.

2.1.2 Entidades previamente identificadas para contratação direta

As entidades a seguir foram previamente identificadas para fins de contratação sem procedimento competitivo. Não obstante, a rotina prescrita, conforme volume 5, parte 1, deste manual, deverá ser seguida.

Segue quadro com as entidades, objetos e valores identificados:

Entidade	Valor Estimado	Objeto
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (CDC)	US\$1 milhão	Parceria com o Ministério da Saúde, em especial no desenvolvimento e implementação de dois programas principais: <i>Field Epidemiologist Training Program</i> (FETP) e <i>Data for Decision Making</i> (DDM)
Centro Latino Americano de Estudos de Violências – Claves – Fiocruz	US\$1 milhão	Pesquisas no campo de violência e acidentes
Instituto René Rachou – UFMG		Pesquisas no campo de controle de doenças em idosos
Instituto Nacional de Câncer (Inca/RJ)		Pesquisas relativas ao tratamento do câncer
Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD)		Pesquisas relativas a questões de mortalidade
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)	US\$ 300 mil	Mestrado Profissional em vigilância em saúde
Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (ENSP-Fiocruz/RJ)		

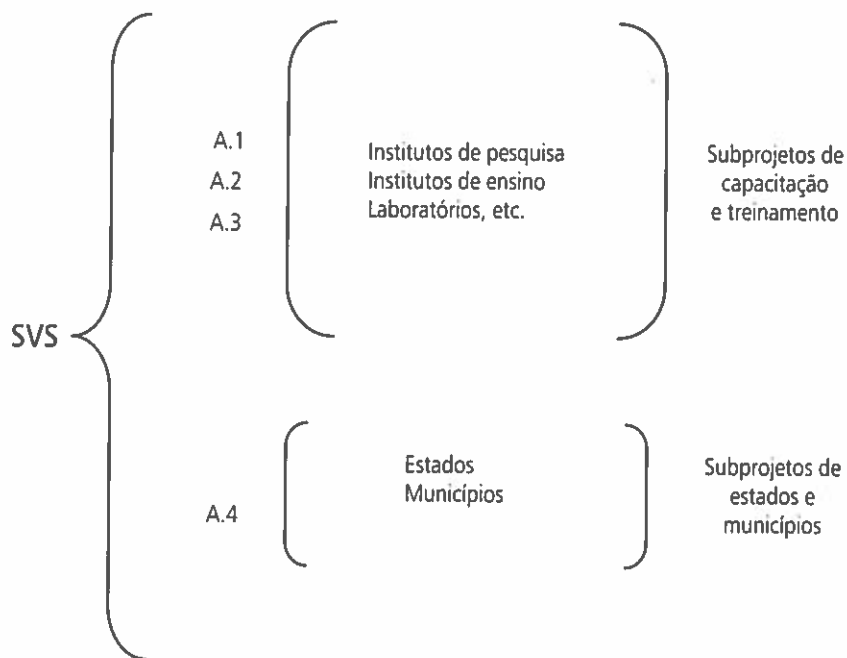
2.2 Execução descentralizada

(subprojetos nos subcomponentes A.1, A.2 e A.3)

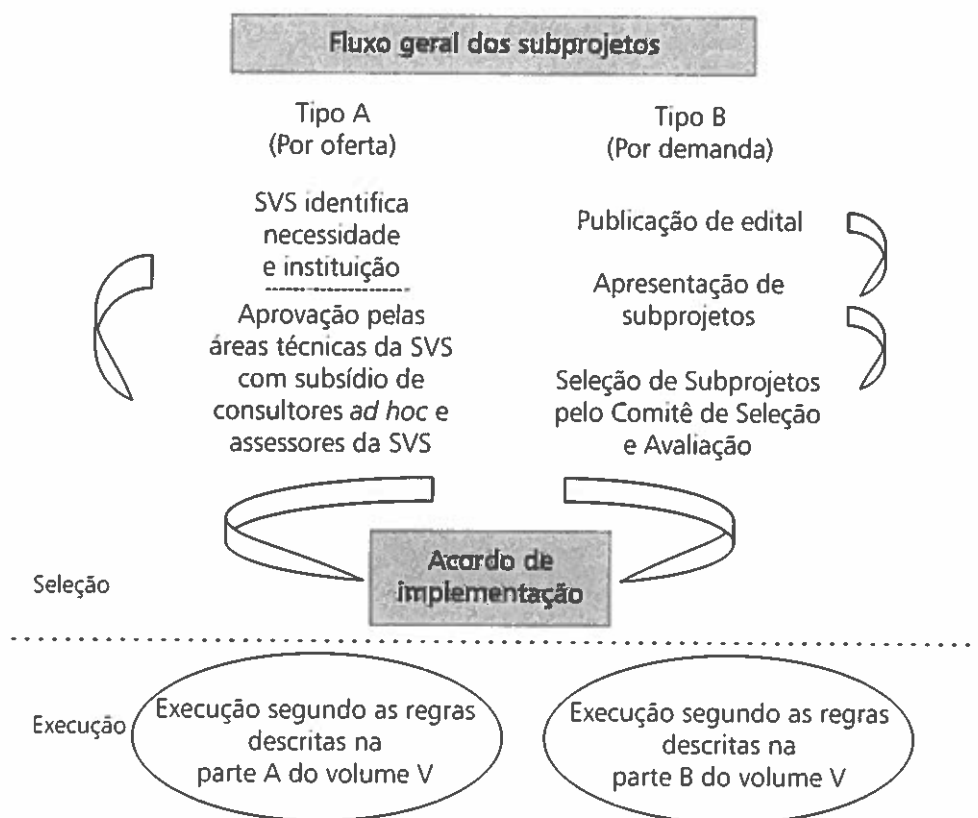
Atividades inseridas nesses componentes, além de poderem ser sujeitas ao regime de execução centralizada descrito no item anterior, poderão ser agrupadas em subprojetos a serem implementados de modo descentralizado, ou seja, através de parcerias com agências executoras. Nesse sentido, foram concebidos os subprojetos tipo A e tipo B como mecanismos de implementação desenvolvidos especificamente para o Vigisus II.

Essas parcerias serão estabelecidas entre os seguintes atores¹², conforme o caso:

¹² Alguns dos parceiros recebem, pela SVS, o tratamento de centros formadores. Tratam-se de instituições públicas, filantrópicas ou privadas, localizadas em território nacional ou em países com os quais o Brasil mantém relação diplomática, que se caracterizam por apresentar excelência na atuação e produção científica em temas relevantes à SVS. Os centros colaboradores apresentam reconhecida competência técnica em temas relevantes da SVS e é identificado como grupo consultivo e executor eventual de serviços para a SVS. O contrato se dará mediante demanda da SVS divulgada em convocatória conforme critérios previamente definidos.



De uma maneira geral, esses mecanismos atendem a uma especificidade do setor, em reconhecimento à rede de parcerias já estabelecida no âmbito do SUS. Em alguns casos, a SVS deve escolher a iniciativa proposta por um determinado parceiro, a partir de critérios que reconheçam o caráter estruturante ou estratégico dessas iniciativas; em outros, entretanto, as instituições serão convidadas a apresentar propostas a serem selecionadas mediante procedimento competitivo. Essas ferramentas seguirão o fluxo geral a seguir representado:



2.2.1 Subprojetos “por oferta” (tipo A)

Nesta categoria encontram-se subprojetos que, por sua natureza estruturante ou estratégica, tenham seu escopo, cronograma e critérios de seleção de executores definidos pelo próprio demandante.

Não haverá competição para a seleção prévia de subprojetos desse tipo.

Esse mecanismo poderá ser usado para subprojetos relacionados à capacitação e, também, em alguns casos de projetos relacionados à pesquisa onde não caiba instaurar processo competitivo.

2.2.1.1 Procedimentos para seleção de subprojetos

2.2.1.1.1 Subprojetos de capacitação e treinamento

O fortalecimento da capacitação técnica dos recursos humanos atuantes nas estruturas responsáveis pela vigilância, prevenção e controle de doenças nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal, para o exercício de suas atribuições dentro do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), constitui uma prioridade no âmbito do Vigisus II. O Plano Diretor de Capacitação da SVS, elaborado a partir do

levantamento de necessidades de formação de recursos humanos, inclui atividades de capacitação e treinamento, de caráter estruturante, em três dos subcomponentes do projeto. As atividades de capacitação serão implementadas por meio de cursos de longa e de curta duração em vigilância em saúde e outras áreas específicas de interesse, a saber: vigilância ambiental, sistemas de informação e análise de dados; epidemiologia aplicada; entomologia; biossegurança laboratorial, vigilância laboratorial; planejamento e avaliação, entre outros.

A estratégia da SVS para a formação dos profissionais de saúde em vigilância em saúde e análise de situação parte de prioridades definidas (demanda), requerendo uma oferta organizada que permita: (a) atender ao propósito de formação de quadros estratégicos nos serviços de vigilância; e (b) desenvolver e estruturar as instituições de ensino de regiões carentes de centros formadores. Para atingir esses objetivos, está prevista a criação de redes de formação onde instituições de ensino com maior capacidade se articulam com aquelas menos estruturadas, visando ao fortalecimento institucional e ao atendimento da demanda, de forma continuada e extensa cobertura. Trata-se, portanto, de uma iniciativa estruturante na qual prevalece a integração entre as instituições, em lugar da competitividade. Para atender à demanda de formação de quadros estratégicos em vigilância em saúde, em todas as esferas do SUS, para a oferta homogênea de cursos, optou-se pela modalidade de contratação do tipo subprojeto A, para viabilizar os treinamentos e a conformação das redes de capacitação, principalmente no que diz respeito aos cursos de longa duração – mestrado profissional e especialização.

A implementação da estratégia de redes de formação implica uma estreita articulação entre a SVS e instituições acadêmicas; e a participação ampla, em nível nacional, de representantes das instituições de ensino de todas as regiões, com a conformação de grupos assessores em capacitação. Cabe aos grupos assessores: o levantamento de instituições de ensino superior com capacidade instalada para atender a demanda da SVS; elaborar, junto às áreas técnicas da SVS, os conteúdos programáticos padronizados e consistentes com os objetivos do plano da capacitação; definir critérios de habilitação das instituições de ensino; definir a constituição das redes de capacitação com ampla cobertura geográfica; e definir critérios de monitoramento e avaliação.

Os critérios básicos de identificação e seleção das instituições de ensino incluem:

- reconhecida atuação no objeto de capacitação/treinamento;
- capacidade instalada;
- capacidade de repassar a expertise a outras instituições de ensino; e
- abrangência geográfica ou direcionada a número significativo de profissionais de saúde atuantes nos serviços de vigilância de SES e SMS.

2.2.1.1.2 Subprojetos de estudos e pesquisa

Não haverá competição para a seleção prévia de subprojetos desse tipo. A SVS identifica as pesquisas por meio de processo anual de identificação de prioridades de pesquisa junto às áreas técnicas. A identificação da instituição tem como critério básico a reconhecida atuação científica no tema específico. A instituição deverá apresentar projeto de pesquisa completo em resposta à demanda da SVS delimitada em termo de referência. A aprovação final dar-se-á pelo parecer favorável das áreas técnicas com subsídio de consultores *ad hoc* ou assessores da SVS, tendo como critérios principais:

- o máximo atendimento da proposta à demanda da SVS (termo de referência);
- a qualidade científico-metodológica do projeto;
- a capacidade estrutural da instituição proponente;
- a aplicação orçamentária; e
- o potencial de repercussão dos resultados na saúde pública.

2.2.1.2 Pactuação e revisão prévia

Uma vez selecionado o subprojeto tipo A, a SVS pactuará com o executor a sua implementação, mediante a celebração de Acordo de Implementação elaborado de conformidade com o modelo constante deste manual.

Esses acordos poderão ser celebrados diretamente pela SVS/MS ou inseridos no âmbito de projetos de cooperação técnica internacional que venham a ser assinados com agências especializadas da ONU.

Nos casos de subprojetos de pesquisa, estimados ao custo equivalente a US\$ 350 mil ou mais, e todos os subprojetos de capacitação, com custo estimado superior equivalente a US\$ 200 mil, estarão sujeitos à aprovação do Banco Mundial, previamente à celebração do Acordo de Implementação.

2.2.1.3 Licitações e contratações

Os subprojetos “por oferta” serão executados pelas instituições de acordo com os procedimentos de licitação e contratação descritos na parte 1 do volume 5 deste manual.

2.2.1.4 Desembolsos

O volume 1 do manual descreve as rotinas para as transferências de recursos e prestações de contas a que se sujeitará a implementação dos subprojetos.

2.2.2 Subprojetos “por demanda” (tipo B)

Nesta categoria encontram-se subprojetos de estudos e pesquisas que serão selecionados por procedimento competitivo, a partir de critérios previamente estabelecidos para a análise de propostas apresentadas em resposta a uma convocatória a ser publicada pela SVS.

A convocatória especificará as áreas temáticas e, dentro dessas áreas, as instituições de estudo e pesquisas poderão elaborar e apresentar projetos a serem avaliados.

2.2.2.1 Procedimento e critérios de seleção

A operacionalização da atividade de estudos e pesquisa na SVS obedece às seguintes etapas:

- escolha anual dos temas considerados prioritários, a partir das necessidades apontadas pelas áreas técnicas da SVS/MS;
- em cada tema são definidas as linhas de pesquisa relevantes que serão executadas no ano corrente. Para todas as linhas de pesquisa é elaborado um termo de referência que delimita a relevância do tema e define os objetivos, os aspectos metodológicos a serem considerados, o tempo de duração da pesquisa, os produtos esperados e os recursos financeiros previstos, que são fixados de acordo com o método a ser aplicado à pesquisa adequando ao orçamento previsto pela área técnica;
- editais de convocação são publicados no Diário Oficial da União (DOU) e divulgados por meio do endereço eletrônico da SVS na internet (www.saude.gov.br/svs) e pelos correios diretamente para os serviços de saúde e para as instituições de ensino e pesquisa;
- a seleção das propostas será efetuada por comitê de seleção e avaliação, designado por portaria do Ministério da Saúde e publicada no DOU, integrado por técnicos da SVS/MS e pesquisadores com reconhecida capacidade na área. A SVS conta com um banco de consultores *ad hoc*, que apoiará tecnicamente o comitê de seleção e avaliação, emitindo pareceres das propostas, subsidiando o processo de seleção.

Serão considerados como proponentes as instituições de ensino/pesquisa nacionais, os serviços de saúde (Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Lacen, hemocentros, entre outros) e organizações não governamentais (ONGs) que, em resposta à convocatória, encaminhem suas propostas de pesquisa nos prazos delimitados.

A aprovação final dar-se-á pelo parecer favorável do comitê de seleção e avaliação, o qual terá como critérios principais o máximo atendimento da proposta à convocatória, a qualidade científico-metodológica, a capacidade estrutural da instituição

proponente, a aplicação orçamentária e o potencial de repercussão dos resultados na saúde pública. A SVS/MS encaminhará, por meio de ofício, a resposta da seleção aos proponentes. Os resultados são divulgados na página da SVS na internet.

2.2.2.2 Pactuação e revisão prévia

Uma vez selecionado o subprojeto tipo B, a SVS pactuará com o executor a sua implementação, mediante a celebração de acordo de implementação elaborado de conformidade com o modelo constante deste manual.

Esses acordos poderão ser celebrados diretamente pela SVS/MS ou inseridos no âmbito de projetos de cooperação técnica internacional que venham a ser celebrados com agências especializadas da ONU.

Nos casos de subprojetos de pesquisa, estimados ao custo equivalente a US\$ 350 mil ou mais, e todos os subprojetos de capacitação, com custo estimado superior equivalente a US\$ 200 mil, estarão sujeitos à aprovação do Banco Mundial, previamente à celebração do Acordo de Implementação.

2.2.2.3 Licitações e contratações

Os subprojetos “por oferta” serão executados pelas instituições de acordo com os procedimentos de licitação e contratação descritos na parte 2 do volume 5 deste manual.

2.2.2.4 Desembolsos

O volume 1 do manual descreve as rotinas para as transferências de recursos e prestações de contas a que se sujeitará a implementação dos subprojetos.

2.3 Subprojetos de estados e municípios – A4

Estados e municípios elegíveis elaborarão, com base nas diretrizes estabelecidas neste manual, os respectivos planos de vigilância em saúde.

Uma vez aprovados, será celebrado termo de adesão entre o Ministério da Saúde e o estado ou município, de acordo com o modelo constante do volume 6 deste manual.

O termo de adesão estabelece a sistemática para a implementação do plano, bem como as metas fixadas com base nos indicadores aplicáveis, determinadas, especificamente, para cada estado ou município.

2.3.1 Avaliação da capacidade em licitações

De uma maneira geral, a classificação do projeto, em termos de licitação, é de risco médio, de acordo com os padrões do Banco Mundial.

Os estados e municípios elegíveis também são classificados de acordo com sua capacidade em termos de licitação. Essa classificação, saliente-se, não é excludente, mas gerencial, constituindo-se em condição prévia para a participação do estado ou município no projeto.

2.3.2 Relação de gastos autorizados e possíveis alterações

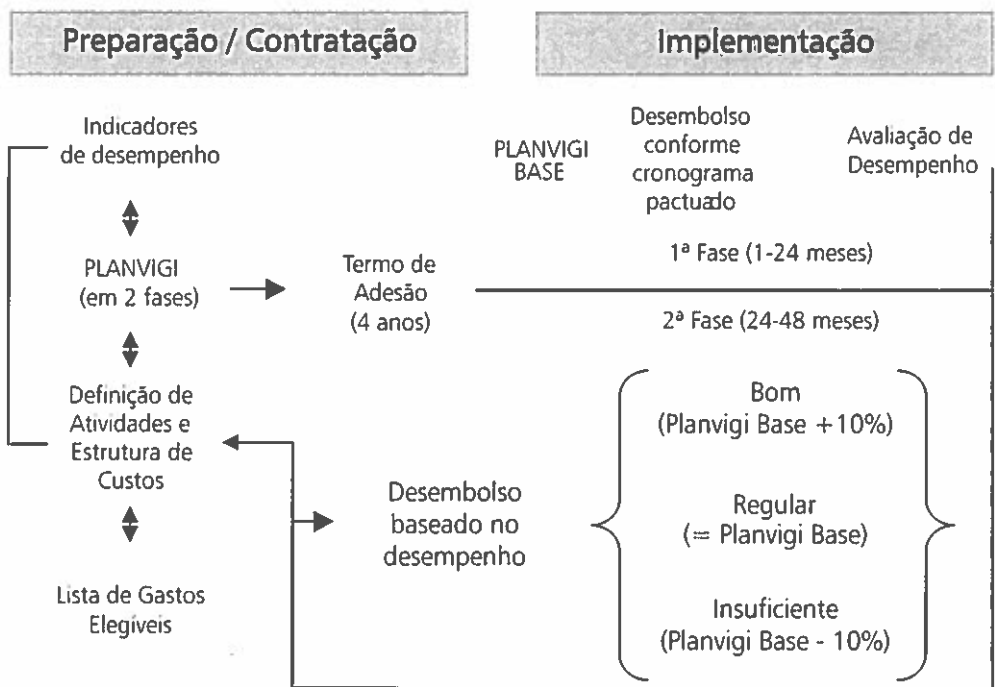
Somente os gastos constantes da relação aprovada no Planvigi poderão ser objetos de financiamento com os recursos do projeto:

- No caso de executores classificados como sendo de baixo risco, em termos de licitações, as listas de gastos elegíveis poderão ser alteradas mediante notificação ao Ministério da Saúde;
- Executores classificados como sendo de risco médio, em termos de licitações, deverão obter o consentimento prévio do Ministério da Saúde para efetuar alguma modificação nessa relação de gastos; e
- Os executores classificados como sendo de alto risco, em termos de licitação, não poderão modificar a relação de gastos, a menos que obtenham a aprovação prévia do Banco Mundial para a alteração pretendida.

Gastos realizados em desconformidade com a relação de gastos autorizados será objeto de glosa.

2.3.3 Definição de valores com base no desempenho

O desempenho do estado ou município será medido por auditorias técnicas a serem conduzidas cerca de 24 meses após a celebração do termo de adesão, conforme representado no seguinte esquema:



O desempenho avaliado nessas condições servirá para estabelecer parâmetros para a segunda fase de 24 meses, da seguinte forma:

- executores com desempenho classificado como “bom” (90 e 100% das metas estabelecidas, para o período, estiverem sendo cumpridas e a execução orçamentária estiver dentro do prazo estabelecido) poderão receber recursos adicionais para implementar um plano expandido de atividades elegíveis;
- executores com desempenho classificado como “regular” (50 a 89% das metas estabelecidas, para o período, estiverem sendo cumpridas e parcela correspondente da execução orçamentária estiver dentro do prazo estabelecido) terão a implementação mantida conforme pactuada originalmente e poderão receber recursos para a segunda fase de 24 meses; e
- executores com desempenho classificado como “insuficiente” (menos de 50% das metas não forem cumpridas e não tenham sido executadas pelo menos duas parcelas dos recursos, no período estabelecido) poderão receber recursos para a segunda fase de 24 meses. Contudo, os recursos a serem recebidos sofrerão redução e realocação a fim de cobrir atividades corretivas, de alta prioridade, conforme venha a ser negociado com o Ministério da Saúde sob a forma de um plano emergencial.

2.3.4 Normas e métodos de licitação

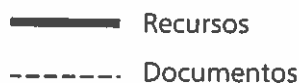
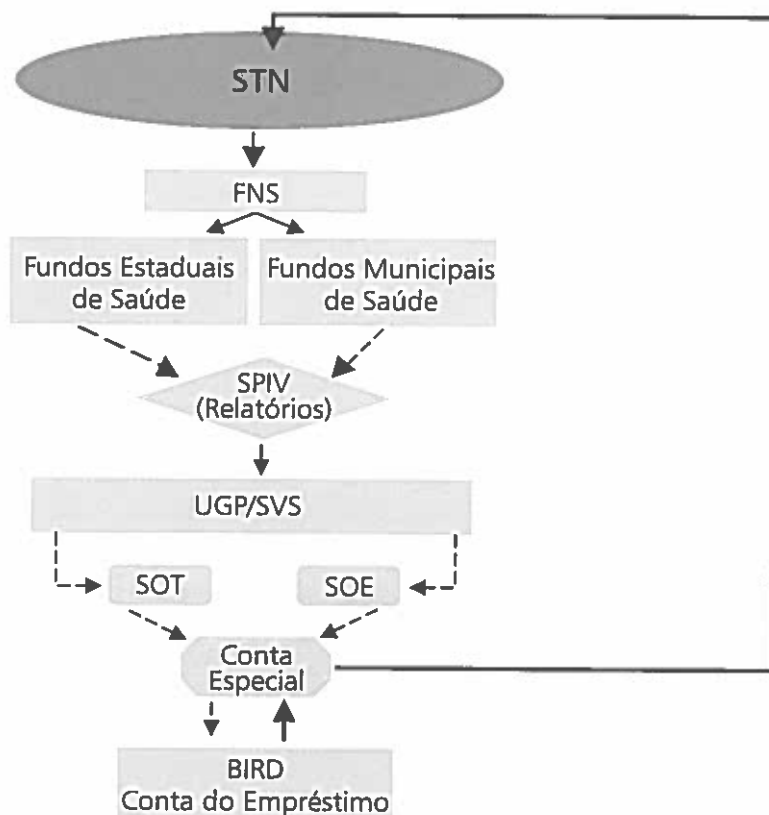
De uma maneira geral, o estado ou município executará todas as atividades previstas no Planvigi aprovado de acordo com suas normas de licitação e contratação, desde que compatíveis com a Lei nº 8.666/03.

Eventuais contratações de (I) bens que excedam o limite de 350 mil dólares equivalentes, (II) obras que excedam o limite de 5 milhões de dólares equivalentes ou (III) empresas de consultoria que excedam ao limite de 100 mil dólares equivalentes estarão sujeitos aos procedimentos especiais, conforme descrito na parte A do volume 5 deste manual, inclusive no que se refere à necessária revisão prévia pelo Banco Mundial, conforme ali estipulado.

As normas aplicáveis, num como noutro caso, são objetos de detalhamento no volume 5 deste manual.

2.3.5 Fluxo de Recursos

O fluxo de recursos no subcomponente A.4, detalhado no volume 1, pode ser resumido no seguinte esquema:



2.3.5.1 Repasse de recursos

Os recursos são transferidos diretamente pelo FNS ao fundo de saúde do estado ou município participante, de acordo com os valores e periodicidade estabelecidos no termo de adesão.

2.3.5.2 Prestação de contas

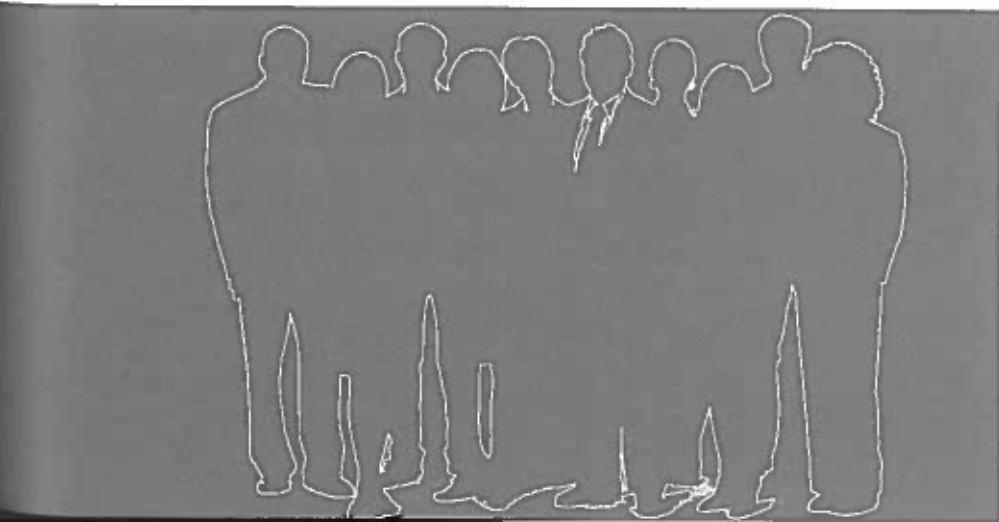
As prestações de contas serão feitas utilizando o Sistema de Planejamento e Informação do Projeto Vigisus (SPIV), que é de uso obrigatório e ferramenta utilizada para fazer prestação de contas.

2.3.5.3 Mecanismos de desembolso

Em geral, o mecanismo de desembolso utilizado nesse subcomponente será o SOT (declaração de transferência). Não obstante, caso haja, no Planvigi aprovado, itens de despesa que excedam individualmente os limites de revisão prévia do Banco Mundial descritos no volume 5 deste manual, a transferência dos recursos destinados a ressarcir as despesas com esses itens será feita de acordo com o mecanismo de SOE (declaração de gasto).

Orientações sobre a elaboração de subprojetos

orientações sobre a elaboração



3.1 Orientações sobre a elaboração e aprovação de subprojetos de estudos e pesquisas

3.1.1 Estrutura básica de termo de referência

TERMO DE REFERÊNCIA

1. Relevância:
2. Propósito do trabalho:
3. Aspectos que devem ser considerados na proposta:
5. Produtos esperados:
6. Período de desenvolvimento do projeto:
7. Montante máximo do apoio: o teto de apoio financeiro para a execução da pesquisa é de R\$ _____
8. Apresentação da proposta: a instituição proponente deverá encaminhar a proposta do projeto de pesquisa completo, conforme orientação do Guia para Elaboração e Apresentação de Projetos e do Roteiro para Apresentação de Estudos e Pesquisas. Esse encaminhamento deverá ser feito por intermédio do coordenador principal da pesquisa, em carta dirigida a _____

3.1.2 Diretrizes para elaboração e apresentação de subprojetos

O projeto ou protocolo de pesquisa deve constar como um documento independente do Roteiro de Apresentação de Estudos e Pesquisas. Deve conter no máximo 5 mil palavras e constar de uma página de rosto com o título do projeto; nome do coordenador principal com dados referentes ao vínculo empregatício, endereço, telefone, fax e *e-mail* para contato; equipe executora; e local e data de apresentação da proposta, além dos seguintes itens, nos quais podem ser abordadas diferentes metodologias, dependendo do tipo de estudo:

1. Introdução: Consiste na formulação do problema e na definição clara do objeto do estudo.
2. Síntese do estado da arte: formulação do problema, bem como a determinação do objeto do estudo, deve ter sustentação teórica. É necessária, portanto, uma descrição atualizada do estado de conhecimento referente ao problema e objeto abordado.

3. Questões fundamentais a serem respondidas ou hipóteses de trabalho

4. Justificativa: Consiste na explicitação da pertinência e relevância do estudo na área de saúde e do impacto esperado sobre a condução dos serviços de saúde e/ou setores ou áreas diretamente beneficiados com os seus resultados.

5. Objetivos gerais e específicos: Devem ser precisos e claros. Devem manter coerência com o problema formulado, o objeto e com as questões que se desejem esclarecer com a execução do estudo (ou hipóteses a testar).

6. Metodologia: Deve ser descrita de forma detalhada, de acordo com o tipo de estudo pretendido. Constitui um elemento fundamental para a avaliação da proposta, devendo ser suficientemente clara e detalhada para permitir a avaliação por consultores na área específica. Consiste na descrição das etapas para coleta, processamento e análise dos dados, abrangendo métodos estatísticos ou de análise qualitativa. A seleção da abordagem analítica deve ser coerente com os objetivos formulados.

7. Aspectos éticos: A proposta deve conter, quando pertinente: (1) termo de consentimento livre e esclarecido a ser apresentado aos participantes e a ser assinado por eles; (2) parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (Cepi) ou número do protocolo de entrada da proposta para avaliação ética no Cepi; e (3) aprovação para a utilização de produtos novos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou, da Funai, e do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa no caso de pesquisas em áreas temáticas especiais (BRASIL, 1996b, 1997, 1999).

8. Cronograma de execução e duração do estudo: Descrição das tarefas a executar, por etapas, com estimativa dos respectivos períodos de duração e alocação de pesquisadores e pessoal técnico.

9. Orçamento: Detalhamento de custos, discriminando segundo a natureza das despesas em passagens, diárias, material de consumo, serviços de terceiros (pessoa física e/ou jurídica), e contendo a descrição, quantidade e valor unitário de cada item.

10. Referências bibliográficas

Roteiro para Apresentação de Projetos de Estudos e Pesquisas

ÁREA DE ESTUDOS E PESQUISAS
CGDEP/SVS/MS

FORMULÁRIO I

I - Identificação da proposta

Nº de Identificação: (a ser preenchido pela unidade receptora)	
Título:	
Edital nº:	Linha temática nº:
Data de entrada da proposta: (a ser preenchida pela unidade receptora)	

II - Dados da instituição proponente

Nome da instituição:			
CGC/CNPJ Nº:		Forma jurídica:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:			
Telefone:		Fax:	

III - Representante legal da instituição

Nome:		
CPF Nº:	CI/Data/Órgão expedidor:	
Cargo:	Função:	Formação:

IV - Departamento ou setor responsável pelo projeto

Nome do departamento ou setor responsável:			
Nome do coordenador do projeto:			
Cargo do coordenador:			
Endereço para correspondência:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:		Fax:	
E-mail:			

V - Instituições ou entidades co-participantes
(anexar carta de interesse de cada instituição)

Nome da instituição:	
Tipo de participação:	
Nome da instituição:	
Tipo de participação:	
Nome da instituição:	
Tipo de participação:	
Nome da instituição:	
Tipo de participação:	

VI. Descrição sumária do projeto*

Título
Local de estudo
Justificativa:
Objetivos (geral e específicos):
Metodologia:
Resultados esperados e aplicação:

* O projeto completo deve ser encaminhado junto com o Roteiro de Apresentação de Estudos e Pesquisas, segundo o Guia para Elaboração e Apresentação de Projetos.

VII. Cronograma de execução

Atividade	Trimestre							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII

VIII - Alocação trimestral de recursos segundo elemento de despesa.

Recursos necessários (por elemento de despesa)									
Elemento de despesa	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
Diárias Passagens									
Serviço de terceiros - Pessoa física									
Serviço de terceiros - Pessoa jurídica									
Material de consumo									
Total									

IX - Função, carga horária e vínculo do pessoal alocado no projeto

NOME	FORMAÇÃO (Título Máximo)	FUNÇÃO NO PROJETO	CARGA HORÁRIA SEMANAL NO PROJETO	VÍNCULO		
				QUADRO DA PROponente	TERCEIROS CONTRATADOS PARA O PROJETO	OUTRA INSTITUIÇÃO

X - Descrição da infra-estrutura disponível na instituição proponente e co-participante necessária para a execução do projeto

DESCRIÇÃO	INSTITUIÇÃO PROPONENTE	INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE
Material permanente (especificação e quantidade)		
Infra-estrutura física (especificação e quantidade, quando pertinente)		
Outros		

XI – Currículo do coordenador principal

Incluir a impressão do currículo “Lattes”, se atualizado. Caso contrário, ou se não dispuser de currículo naquela plataforma, preencher este.

Obrigatoriamente responder à última pergunta deste formulário.

Identificação:
Nome:
Data do nascimento:
Carteira de identidade:
CPF Nº:
Endereço de trabalho:
Telefone, Fax e e-mail do trabalho:
Endereço residencial:
Telefone residencial:
Formação universitária:
Graduação:
Pós-graduação:
Experiência profissional:
Cargo/função atual:
Principais trabalhos publicados: (nos últimos cinco anos)

Principais áreas de atuação:

Por que você se considera apto para coordenar e desenvolver a pesquisa ?

3.1.3 Instruções de Preenchimento do Guia Para Apresentação de Subprojetos

O Roteiro para a Apresentação de Estudos e Pesquisas consiste de 11 partes que fornecerão as informações básicas necessárias para alimentar o sistema informatizado denominado Sistema de Monitoramento da Área de Estudos e Pesquisa (SMAEP). O coordenador principal deverá preencher os formulários utilizando o roteiro disponível no site da SVS/MS, na internet. Uma cópia do roteiro e do projeto completo deverá ser gravada em meio magnético (disquete/CD-rom), utilizando o programa *Word for Windows*, versão 6 ou superior. O disquete/CD-rom deverá ser encaminhado à unidade receptora junto com três cópias impressas.

I - Identificação da proposta

Identificação: Cada proposta terá um número próprio que irá identificar a sua proposta. Este número será fornecido pela unidade receptora.

Título: Preencher com o título do projeto.

Edital: Preencher com o número do edital que deu origem à proposta.

Linha temática: Preencher com o número da linha temática que deu origem à proposta.

Data de Entrada da Proposta: A ser preenchida pela unidade receptora.

II - Dados da instituição proponente

Nome da Instituição: Preencher com o nome da instituição proponente.

CGC/CNPJ: Preencher com o número do Cadastro Geral de Contribuintes/Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da instituição proponente.

Forma jurídica: Preencher conforme a natureza da personalidade jurídica da instituição proponente:

- Instituição pública federal;
- Instituição pública estadual;
- Instituição pública municipal;
- Instituição privada.

Endereço, bairro, cidade, UF, CEP, telefone e fax: Preencher com os dados da instituição proponente.

III - Representante legal da instituição

Nome: Preencher com o nome completo do representante legal da instituição proponente.

CPF: Preencher com o número do Cadastro Geral de Pessoa Física, junto à Secretaria da Receita Federal, do representante legal da instituição proponente.

CI/data/órgão expedidor: preencher com o número da carteira de identidade do representante legal da instituição proponente, a data de emissão (dd/mm/aa) e sigla do órgão expedidor.

Cargo: Preencher com o nome do cargo que ocupa o representante legal da instituição proponente.

Função: Preencher com o nome da função exercida pelo representante legal da instituição proponente.

Formação: Preencher com grau máximo e área de formação do representante legal da instituição proponente.

IV - Departamento ou setor responsável pelo projeto

Nome do departamento ou setor responsável: Preencher com o nome completo do departamento ou setor da instituição proponente a qual pertence o coordenador do projeto.

Nome do coordenador do projeto: Preencher com o nome completo do coordenador do projeto, o qual corresponde ao coordenador principal.

Cargo do coordenador: Preencher com o nome do cargo que ocupa o coordenador do projeto.

Endereço para correspondência, bairro, cidade, UF, CEP, telefone, fax e *e-mail*: Preencher com os dados do coordenador do projeto.

V - Instituições ou entidades co-participantes

Nome da instituição: Preencher com o(s) nome(s) da(s) instituição(ões) que assume(m) atividade(s) específica(s) na execução do projeto.

Tipo de participação: Preencher com a descrição da(s) atividade(s) a ser(em) executada(s) pela(s) instituição(ões) co-participante(s).

VI - Descrição sumária do projeto

Título: Preencher com o título do projeto.

Local do estudo: Preencher com o(s) local(ais) aonde serão realizadas as atividades do projeto.

Justificativa: Preencher com resumo da justificativa do projeto.

Objetivos (geral e específicos): Preencher com o objetivo geral e específicos do projeto.

Metodologia: Preencher com descrição resumida da metodologia.

Resultados esperados e aplicação: Preencher com descrição resumida dos resultados esperados e sua aplicação.

Observação: O projeto completo deve ser encaminhado junto com o Roteiro de Apresentação de Estudos e Pesquisas, segundo o Guia para Elaboração e Apresentação de Projetos.

VII - Cronograma de execução

Preencher com descrição resumida das atividades a serem executadas e tempo de duração (por trimestre)

VIII – Alocação trimestral de recursos por elemento de despesa

Preencher, distribuindo os recursos necessários (em reais), por trimestre, de acordo com a tabela abaixo:

ELEMENTO DE DESPESA

Diárias

Passagens

Material de Consumo

Serviços de terceiros – pessoa física

Serviços de terceiros – pessoa jurídica

Observação: O orçamento detalhado, contendo a descrição, quantidade e valor unitário, por elemento de despesa, deverá estar incluído no projeto de pesquisa completo (memória de cálculo).

IX - Função, carga horária e vínculo do pessoal alocado no projeto

Nome: Preencher com o(s) nome(s) completo do(s) pesquisador(es)/técnico(s) que irá(ão) participar da execução do projeto.

Formação (título Máximo): Preencher com grau máximo e área de formação do participante da execução do projeto.

Função no projeto: Preencher com a(s) atividade(s) a serem executada(s) pelo participante no projeto.

Carga horária semanal no projeto: Preencher com o número de horas/semana que o participante dedicará à execução do projeto.

- Vínculo: Preencher segundo as seguintes opções:
- Quadro da proponente;
- Terceiros contratados para o projeto;
- Outra instituição.

X - Descrição da infra-estrutura disponível na instituição proponente e co-participante necessária para a execução do projeto

Descrição: Preencher com a especificação e quantidade do material permanente (ex: computadores, impressoras, microscópios, *freezer*, entre outros) e infra-estrutura física (capacidade instalada) disponível na instituição proponente e co-participante, necessárias para a execução do projeto.

Instituição proponente: Preencher quando o material ou infra-estrutura esteja localizado na instituição proponente.

Instituição co-participante: Preencher quando o material ou infra-estrutura esteja localizada na instituição co-participante.

XI - Curriculum do coordenador principal

Deverá ser preenchido no caso de não incluir a impressão do currículo "Lattes".

Responder à última pergunta independente da última opção.

Identificação:

Nome, Data do nascimento (dd/mm/aa), carteira de identidade (número, data de emissão ((dd/mm/aa) e sigla do órgão expedidor), CPF, endereço de trabalho, telefone, fax e *e-mail* do trabalho, endereço residencial e telefone residencial: Preencher com os dados do coordenador do projeto.

Formação universitária

Graduação: Preencher com o título, área e instituição.

Pós-graduação: Preencher com o(s) título(s), área(s) e instituição(ões).

Experiência profissional: Preencher com o(s) cargo(s) ocupado(s) nos últimos cinco anos e instituição.

Cargo/função atual: Preencher com o cargo/função que ocupa atualmente e instituição.

Principais trabalhos publicados: Preencher com os principais trabalhos publicados nos últimos cinco anos (título do trabalho, periódico e dados referenciais).

Principais áreas de atuação: Preencher, no máximo, três áreas de atuação.

Por que você se considera apto para coordenar e desenvolver a pesquisa? (preencher de forma sucinta)

Itens financiáveis

ITEM	DESCRIÇÃO
Diárias	Despesas com alimentação, pousada e locomoção urbana, com servidor público estatutário ou celetista, que se deslocar de sua sede em objeto de serviço em caráter eventual ou transitório.
Material de consumo	Despesas com combustível (diesel, gasolina e álcool); compra de animais para laboratórios; alimentos para animais; gás engarrafado; lubrificantes automotivos; material biológico, farmacológico e laboratorial; material de esterilização e de higienização de laboratório; material de proteção, segurança; socorro e sobrevivência; material gráfico e de processamento de dados; material para fotografia e filmagem, material de expediente (lápiz, caneta, borracha, cola, corretivo de máquina, grampos, etc.); material para manutenção, reposição e aplicação; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material de acondicionamento e embalagem; e outros materiais não duradouros.
Passagens e despesas com locomoção	Despesas com aquisição de passagens (aéreas, terrestres, fluviais ou marítimas), taxas de embarque, seguros, fretamento, locomoção ou de uso de veículos para transporte de pessoas e suas respectivas bagagens e mudanças em objeto de serviço.
Serviços de consultoria	Despesas decorrentes de contratos com pessoas físicas ou jurídicas, prestadoras de serviços nas áreas de consultorias técnicas ou auditorias financeiras ou jurídicas, ou assemelhadas, desde que não tenham vínculo com o Ministério da Saúde.
Outros serviços de terceiros - pessoa física	Despesas decorrentes de serviços prestados por pessoa física, pagos diretamente a esta, tais como: remuneração de serviços de natureza eventual prestado por pessoa física sem vínculo empregatício, monitores diretamente contratados, diárias a colaboradores eventuais e outras despesas pagas diretamente a pessoas físicas.
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	Despesa com prestação de serviços por pessoas jurídicas, tais como: energia elétrica e gás; serviços de comunicações (telefone, telex, correios, etc.) fretes e carretos; impostos, taxas e multas; locação de equipamento e materiais permanentes; serviços de divulgação, impressão, encadernação e emolduramento; softwares e outros congêneres.

3.1.4 Modelo de Edital de Convocação

Edital de Convocação Nº _____, Linha Temática Nº ____, de ____ de _____ de 200_

1. Objetivo: Definir o início de apresentação de propostas de projetos de pesquisas direcionados a:

2. Relevância:

3. Propósito do trabalho:

4. Aspectos que devem ser considerados na proposta:

5. Produtos esperados:

6. Período de desenvolvimento do projeto:

7. Montante máximo do apoio:

8. Prazo de apresentação das propostas: A proposta deverá ser encaminhada pelos Correios, em meio magnético (disquete/CD-rom) e com três cópias impressas, até o dia ____ de _____ de 200_. As propostas postadas na data limite serão aceitas. Não se aceitarão propostas encaminhadas por correio eletrônico ou fax e fora da data limite aqui estabelecida.

9. Itens financiáveis: Os recursos poderão cobrir os custos de: coleta e processamento de dados; material de consumo; passagens e diárias para deslocamento do(s) pesquisador(es) e/ou equipe de pesquisa à área de trabalho de campo, quando situada em local diferente da instituição proponente; serviços de terceiros - contratação de serviços profissionais especializados desde que o técnico não tenha vínculo com o Ministério da Saúde. Não se considerará remuneração para o Coordenador Principal ou membros da equipe executora.

10. Aspectos éticos - Quando a proposta for caracterizada como pesquisa em seres humanos, os aspectos éticos devem ser devidamente contemplados no protocolo de investigação, seguindo as normas vigentes do Conselho Nacional de Saúde, em especial das Resoluções 196/96, 251/97 e 292/99. O Coordenador Principal deverá anexar à proposta: 1) parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente ou outro órgão institucional do estado (ou número do protocolo de entrada da proposta para avaliação ética no CEP); 2) parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/MS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quando a pesquisa a ser desenvolvida corresponder à área temática especial (ou número do protocolo de entrada da proposta para avaliação ética na Conep); 3) Parecer da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para pesquisas que envolvam novos fármacos, medicamentos, vacinas ou testes diagnósticos (ou número do protocolo

de entrada da proposta para avaliação na Anvisa); 4) parecer da Funai, no caso de pesquisas que envolvem populações indígenas, parecer da Conep/MS, da Equipe de Saúde do Índio (Esai) em nível local e do representante das comunidades indígenas (ou número do protocolo de entrada da proposta para avaliação na Funai), além da obtenção do consentimento esclarecido nos conselhos locais de saúde onde ocorrerá a pesquisa e comunicação ao conselho distrital; garantia que esse conselho será comunicado também dos resultados; 5) garantia do cumprimento de todas as normas de biossegurança (manipulação de amostras biológicas ou produtos químicos).

Quando a pesquisa envolver a captura de espécimes animais ou coleta de vegetais, sob proteção ambiental o parecer do órgão ambiental local (Oema) ou federal (Ibama) deverá ser anexado.

Quando houver solicitação de apoio logístico das coordenações regionais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), bem como de outros serviços de saúde (i.e., secretarias estaduais/municipais de saúde, Lacen, entre outros) e instituições, será necessário anexar à proposta uma declaração, dessas unidades, concordando em viabilizar o apoio solicitado.

11. Apresentação das propostas: A instituição proponente deverá encaminhar a proposta do projeto de pesquisa completo, conforme orientação do Guia para Elaboração e Apresentação de Projetos e do Roteiro para Apresentação de Estudos e Pesquisas. Esse encaminhamento deverá ser feito por intermédio do coordenador principal da pesquisa, em carta dirigida à Área de Estudos e Pesquisas da Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDEP/SVS/MS).

As diretrizes e procedimentos para o apoio de estudos e pesquisas da CGDEP, no âmbito do Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, bem como os formulários necessários para a apresentação da proposta, encontram-se disponíveis: na CGDEP/SVS - Área de Estudos e Pesquisas, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sobreloja, Sala 119, CEP: 70058-900, Brasília - DF, Telefone - (061) 3315-3654/3315-3655, e na Internet - www.saude.gov.br/svs. Dúvidas podem ser esclarecidas no seguinte endereço eletrônico: pesquisa.svs@saude.gov.br.

12. Características dos proponentes: Serão considerados como proponentes as instituições de ensino/pesquisa nacionais, os serviços de saúde (Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Lacen, hemocentros, entre outros) e organizações não governamentais (ONGs) que, em resposta à convocatória, encaminhem suas propostas de pesquisa no prazo delimitado. Não serão considerados como proponentes os centros de pesquisa da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

13. Processo de seleção e aprovação: A área técnica de estudos e pesquisa da CG-DEP verificará a inserção da proposta na linha temática considerada na convocatória, bem como se os documentos solicitados encontram-se completos e devidamente preenchidos (as propostas, que não se enquadrarem nas convocatórias, serão devolvidas sem análise). Serão solicitados pareceres técnicos das áreas técnicas da SVS/MS e de dois consultores ad hoc para subsidiar o Comitê de Seleção e Avaliação no processo de seleção.

A aprovação final dar-se-á pelo parecer favorável do Comitê de Seleção e Avaliação, que selecionará uma proposta tendo como critérios principais o máximo atendimento da proposta à convocatória, a qualidade científico-metodológica, a capacidade estrutural da instituição proponente, a aplicação orçamentária e o potencial de repercussão dos resultados na saúde pública. A decisão do Comitê de Seleção e Avaliação é irrecorrível, não cabendo resposta a pedidos de revisão do processo seletivo. Os resultados serão comunicados de ofício pela SVS/MS.

14. Processo de acompanhamento e supervisão: O coordenador principal ficará responsável perante a SVS/MS pelo encaminhamento do relatório de progresso técnico-físico e financeiro, segundo plano de desembolso, e do relatório final, devendo este ser entregue no prazo máximo de três meses após a conclusão do estudo.

15. Revogação ou anulação do edital: A qualquer tempo, o presente edital poderá ser revogado ou anulado, no todo ou em parte, inclusive quanto aos recursos a ele alocados, por decisão unilateral da SVS/MS, por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direitos à indenização ou reclamação de qualquer natureza.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário da SVS/MS

3.1.5 Roteiro para seleção das propostas de subprojetos tipo B

I - Identificação e caracterização da proposta

Nº. DE IDENTIFICAÇÃO:	
TÍTULO DO PROJETO:	
EDITAL Nº:	LINHA TEMÁTICA Nº:
PUBLICADO EM (DATA):	REPUBLICADO EM (DATA):
NOME DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:	
NOME DO DEPARTAMENTO OU SETOR RESPONSÁVEL:	
NOME DO COORDENADOR DO PROJETO:	
NOME DA(S) INSTITUIÇÃO(ÕES) CO-PARTICIPANTE(S) E TIPO DE PARTICIPAÇÃO:	

II. Primeira fase da seleção – Leia com atenção os pareceres emitidos pela área técnica e pelos consultores ad hoc para a pesquisa em avaliação.

AVALIADOR	PARECER	
ÁREA TÉCNICA	FAVORÁVEL	DESFAVORÁVEL
CONSULTOR AD HOC # 1		
CONSULTOR AD HOC # 2		

Com base na sua avaliação dos pareceres, indique o prosseguimento da seleção:

- Interromper o processo de seleção nesta fase e já emitir parecer final individual no item III-3 (segunda fase da seleção), assinalando o item “desfavorável”
- Prosseguir com o processo de avaliação (continue com o item III)

Justifique:

III. Segunda fase da seleção - Avaliação individual pelos membros do comitê.

1. Critérios da seleção

A. Qualidade da proposta - Justificar detalhadamente cada um dos itens e pontuar globalmente a proposta no item "Síntese".

Relevância:

Estado da arte do conhecimento:

Objetivos:

Metodologia:

Viabilidade de execução no contexto institucional previsto:

Qualificação da equipe de pesquisa:

Articulação interinstitucional:

Adequação do cronograma:

Adequação orçamentária:

Potencial de repercussão dos resultados:

Síntese: escala de avaliação global [1 2 3 4 5]

B. Questões relevantes a serem consideradas:

2. Cumprimento dos seguintes requisitos, quando pertinentes:

REQUISITO	VERIFICAÇÃO (SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
ATENDIMENTO AO EDITAL	
ASPECTOS ÉTICOS	
ASPECTOS AMBIENTAIS	
ASPECTOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
ASPECTOS DA ÁREA DA SAÚDE INDÍGENA	
ASPECTOS DE BIOSSEGURANÇA	
CIÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES CO-PARTICIPANTES	

*Após entrada da proposta, o coordenador principal tem até 60 dias para apresentar os documentos faltosos.

3. Parecer final individual

Favorável ()

Desfavorável ()

Avaliado por: _____

Assinatura: _____

IV. Terceira fase da seleção – Deliberação final em grupo, consolidando os pareceres individuais. O parecer final deverá corresponder à definição dos membros do Comitê de Seleção e Avaliação.

Aprovada ()

Não aprovada ()

Observação: Se aprovada com necessidade de recomendações, discriminar (o não atendimento às recomendações deverá ser justificado pelo Coordenador Principal no relatório de progresso).

Comitê de seleção e avaliação:

NOME	ASSINATURA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Local: _____ Data: ___ / ___ / ___

Consolidado do Grupo

V. Quarta fase da seleção: Para a classificação das propostas aprovadas na Linha Temática avaliada, pontue a pesquisa conforme escala de 1 (fraco/ruim) a 5 (ótimo/excelente).

Favor anexar esta folha ao roteiro para seleção das propostas e emissão de parecer final

Classificação das propostas aprovadas para seleção final

A classificação das propostas aprovadas em cada linha de pesquisa será feita com base na média da pontuação final dada pelos avaliadores do Comitê de Seleção e Avaliação. A proposta com maior pontuação deverá ser selecionada.

Edital nº.: _____

Linha de pesquisa: _____

N.º IDENT. PESQUISA	TÍTULO ABREVIADO	COORDENADOR	PONTUAÇÃO FINAL	CLASSIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES

No caso da necessidade de desempate entre propostas com uma mesma pontuação, a seleção final será produto de uma deliberação de grupo. Os critérios utilizados na aprovação ou não aprovação deverão ser detalhados no verso desta página.

Comitê de seleção e avaliação:

NOME	ASSINATURA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

109
Volume 2

Local: _____ Data: ___/___/___

Favor anexar uma cópia desta folha ao roteiro para seleção das propostas e emissão de parecer final de cada pesquisa considerada.

3.2 Orientações sobre a elaboração de subprojetos estaduais e municipais de vigilância em saúde

3.2.1 Introdução

Os Planvigi devem ser elaborados na perspectiva do fortalecimento e/ou reestruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde de cada unidade federada e/ou município elegível. Cada um desses sistemas é formado por vários subcomponentes que compartilham fontes diversas de financiamento e que necessitam estar próximos, articulados e atuando de modo sinérgico. Este conjunto conforma e provê as bases para a execução das ações e atividades programáticas dos programas e subsistemas de vigilância em saúde. Assim, esta segunda fase do Vigisus tem, como um dos seus propósitos, estimular as instâncias descentralizadas do SUS a refletirem sobre os problemas sistêmicos da Vigilância em Saúde em suas áreas de abrangência para que, cada vez mais, instituíam mecanismos de superação, em consonância com a Programação Pactuada Integrada (PPI), de acordo com os recursos disponíveis e a imagem objetiva que definam ser possível alcançar em cada momento.

Esta proposta encontra-se fundamentada na idéia da heterogeneidade do estado de saúde da população e, conseqüentemente, na organização e atuação dos serviços, os quais não são uniformes. Ao contrário, devem buscar a racionalidade no uso dos recursos disponíveis e passíveis de serem captados, de acordo com as diferentes realidades, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS.

Para isso, entende-se a necessidade de desencadear um processo estruturante para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, capaz de articular as ações programáticas com a oferta organizada e, principalmente, com as políticas públicas. Isto significa organizar, redirecionar e articular as atividades nos diversos órgãos, unidades, instituições e outros setores afins, para que desenvolvam intervenções contínuas de promoção e proteção da saúde, visando à resolução de problemas que afetam a saúde individual e coletiva.

Para facilitar, pode-se adotar um desenho modular e progressivo no estabelecimento das operações, explicitando a execução das novas atividades que serão acrescentadas na perspectiva de atingir estágios mais avançados da vigilância em saúde. Estes módulos deverão ser orientados pela linha de trabalho e imagem-objetivo definida e que vão conduzir a política de saúde estadual/municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais.

Assim, um conjunto de proposições necessita ser explicitado no Planvigi no sentido de orientar aproximações sucessivas de tal imagem, considerando-se especificamente os modelos de:

- **Gestão** - definição dos papéis dos órgãos, unidades e/ou equipes que compõem e atuam na Vigilância em Saúde; territorialização, planejamento e programação local; montagem das operações dirigidas a problemas e grupos populacionais específicos. Devem ser considerados, ainda, os perfis dos recursos humanos, forma de contratação e qualificação.
- **Organização** – atribuições e fluxo de informações que vão configurar o modelo organizacional da “rede” de unidades operacionais do sistema local ou estadual de Vigilância em Saúde (laboratório, unidades de saúde, equipes do Pacs/PSF, unidades de saúde da rede privada, etc);
- **Financiamento** – explicitar os recursos oriundos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS).

3.2.2 Aspectos a serem considerados na elaboração

Os planos devem contemplar alguns aspectos considerados no escopo de atuação da Vigilância em Saúde:

3.2.2.1 Análise da situação de saúde da população de sua área de abrangência

No intuito de contextualizar as propostas apresentadas, uma síntese das proposições para estados e municípios que fazem parte do subcomponente A.4 do Projeto Vigisus é apresentada na parte 3 deste volume do manual.

3.2.2.2 Reestruturação e fortalecimento do Sistema de Vigilância em Saúde

Essa reestruturação deverá ser pensada considerando as áreas de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde.

3.2.2.3 Avaliação e monitoramento das ações

Os indicadores aplicáveis são explicitados na parte 3 deste volume do manual Operativo.

3.2.2.4 Capacitações de recursos humanos em áreas estratégicas

O plano elaborado para capacitação técnica de profissionais de saúde conta com um conjunto de cursos considerados imprescindíveis para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Os cursos, listados a seguir, foram solicitados por dirigentes de vigilância em saúde de estados e municípios e considerados fundamentais para estruturação da Vigilância em Saúde, pela SVS/MS. Eles devem ser criteriosamente selecionados em consonância com o perfil epidemiológico de cada local e incluídos no Planvigi.

Capacitações do Subcomponente IV

Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis

1. Capacitação em diagnóstico e tratamento de dengue
2. Capacitação de multiplicadores do Pacs/PSF para dengue
3. Capacitação em diagnóstico e tratamento de malária
4. Capacitação de multiplicadores do Pacs/PSF para malária
5. Treinamento de enfermeiros para aplicação e leitura de teste tuberculínico
6. Curso de ações de controle da tuberculose para profissionais do Serviço de Aconselhamento Especial
7. Capacitação de profissionais em acompanhamento das ações do programa de controle da tuberculose
8. Curso em acompanhamento nas ações / atividades do programa de eliminação da hanseníase
9. Curso de sistema de informação em saúde Sinan/Hanseníase
10. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE)
11. Curso Básico de Análise em Vigilância Epidemiológica (CBVE - Análise)
12. Curso Básico de Investigação de Surto (CBVE - Surto)
13. Capacitação em Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
14. Capacitação de profissionais de laboratório em diagnóstico de tuberculose e hanseníase em SIL
15. Capacitação de equipes do Pacs/PSF para prevenção e controle das hepatites virais

Vigilância Ambiental em Saúde

1. Cursos para gestores e técnicos da VAS.
2. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS – Água
3. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS – Ar
4. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS – Solo
5. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS - Desastres Naturais
6. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS - Substâncias Químicas
7. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS - Acidentes com Produtos Perigosos
8. Cursos temáticos para desenvolvimento/estruturação da VAS - Fatores Físicos

Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

1. Cursos instrumentais para técnicos e operadores dos sistemas de informação com enfoque no SIM e Sinasc (tabuladores, operação dos sistemas)
2. Cursos para codificadores de causa básica
3. Capacitação em conceitos e metodologias básicas de epidemiologia
4. Cursos básicos de análise de dados em saúde, com enfoque no Epinfo
5. Cursos básicos em avaliação em saúde

3.2.3 Avaliação da capacidade de gestão financeira e de licitações de estados e municípios

A capacidade gerencial nas áreas de finanças e licitação, dos estados e municípios elegíveis, foi avaliada, em cumprimento a uma determinação do Banco Mundial, como condição de desembolso de recursos. Assim, através desse diagnóstico gerencial foram extraídas as informações necessárias ao balizamento do estado ou município para operacionalização do Vigisus.

Aqueles órgãos considerados com baixo desempenho, menos de 50% das metas atingidas, serão acompanhados com uma maior frequência. Nesse caso, os técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde darão o suporte técnico necessário para que haja melhorias na situação encontrada, com a elaboração de um plano emergencial para modificar a situação atual. Aqueles executores considerados de médio desempenho, entre 50 e 89% das metas atingidas, terão o acompanhamento em intervalos de tempo maiores, com um menor número de visitas e monitoramento à distância. Para os considerados de ótimo desempenho, entre 90 e 100% das metas cumpridas, os relatórios de execução servirão de base para o acompanhamento e monitoramento e, eventualmente, poderão ser realizadas visitas técnicas.

Resultado da avaliação da capacidade de gestão financeira e de licitações de estados

UF	EXECUTOR	FINANCEIRA		LICITAÇÃO	
		NOTA	RISCO	NOTA	RISCO
AC	Secretaria de Estado da Saúde	74,12	Médio	77,78	Baixo
AL	Secretaria de Estado da Saúde	73,81	Médio	69,01	Médio
AP	Secretaria de Estado da Saúde	78,82	Baixo	55,56	Médio
AM	Secretaria de Estado da Saúde	85,54	Baixo	86,11	Baixo
BA	Secretaria de Estado da Saúde	78,31	Baixo	73,91	Médio
CE	Secretaria de Estado da Saúde	69,41	Médio	50,72	Médio
DF	Secretaria de Estado da Saúde	80,95	Baixo	91,55	Baixo
ES	Secretaria de Estado da Saúde	71,73	Médio	72,22	Médio
GO	Secretaria de Estado da Saúde	57,14	Médio	54,29	Médio
MA	Secretaria de Estado da Saúde	85,54	Baixo	86,11	Baixo
MT	Secretaria de Estado da Saúde	88,24	Baixo	80,56	Baixo
MS	Secretaria de Estado da Saúde	92,94	Baixo	69,44	Médio
MG	Secretaria de Estado da Saúde	59,52	Médio	72,73	Médio
PA	Secretaria de Estado da Saúde	61,90	Médio	72,31	Médio
PR	Secretaria de Estado da Saúde	62,35	Médio	80,56	Baixo
PB	Secretaria de Estado da Saúde	45,00	Alto	42,86	Alto
PE	Secretaria de Estado da Saúde	74,12	Médio	86,11	Baixo

PI	Secretaria de Estado da Saúde	51,81	Médio	44,93	Alto
RJ	Secretaria de Estado da Saúde	44,30	Alto	40,63	Alto
RN	Secretaria de Estado da Saúde	69,41	Médio	41,67	Alto
RS	Secretaria de Estado da Saúde	80,95	Baixo	80,95	Baixo
RO	Secretaria de Estado da Saúde	81,18	Baixo	88,89	Baixo
RR	Secretaria de Estado da Saúde	85,88	Baixo	77,78	Baixo
SP	Secretaria de Estado da Saúde	80,72	Baixo	77,78	Baixo
SC	Secretaria de Estado da Saúde	35,00	Alto	38,24	Alto
SE	Secretaria de Estado da Saúde	69,05	Médio	70,01	Médio
TO	Secretaria de Estado da Saúde	78,31	Baixo	70,49	Médio

3.2.4 Acompanhamento de desempenho

No sentido de acompanhar oportunamente o desempenho dos municípios e/ou estados quanto ao cumprimento das metas estabelecidas para este Subcomponente, tanto para poder oferecer suporte técnico e administrativo àqueles que apresentem dificuldades no seu cumprimento quanto para estimular positivamente aqueles cujo desempenho seja exemplar, alguns cenários foram previstos, com pré-condições a serem pactuadas quando da efetivação do projeto, por intermédio do termo de adesão.

A avaliação de desempenho dos indicadores será realizada na metade e ao final da execução do projeto e o acompanhamento da execução orçamentária e financeira será feito semestralmente. O repasse de recursos será na modalidade fundo a fundo.

Baseado no desempenho das metas estabelecidas, o desempenho das UF e dos municípios contemplados com o subcomponente A.4 será classificado como:

- Bom: quando entre 90 e 100% das metas estabelecidas para o período estiverem sendo cumpridas.
- Regular: quando entre 50 a 89% das metas estabelecidas para o período estiverem sendo cumpridas.
- Insuficiente: quando menos de 50% das metas estabelecidas forem cumpridas para vigilância epidemiológica e controle de doenças, análise de situação de saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e fortalecimento da gestão;

No sentido de estimular o desempenho ótimo, são previstos incentivos “positivos” e “restritivos”, de acordo com as seguintes situações:

- UF ou municípios que apresentarem bom desempenho, aos 24 meses receberão um adicional de 10% ao montante de recursos inicialmente estabelecido para o Subcomponente A.4, excluindo a contrapartida;
- UF ou municípios que tiverem desempenho regular será oferecido suporte técnico no sentido de auxiliá-los no cumprimento das metas estabelecidas;

- UF ou municípios que tiverem desempenho insuficiente serão solicitados a apresentar uma justificativa pelo não cumprimento, num prazo de 15 dias. Caso não haja uma justificativa aceitável, os recursos destinados serão reduzidos em 10% e o beneficiário deverá apresentar uma reprogramação das metas propostas no Planvigi. Em tal circunstância, os recursos podem ser transferidos para os estados ou para outros municípios, condicionada a aprovação da CIB e SVS/MS.

O estado e/ou município considerado com desempenho insuficiente, abaixo de 50% das metas atingidas, será, tecnicamente, assistido pelo nível central do projeto, ou seja, pela Secretaria de Vigilância em Saúde na elaboração de um plano de emergência, que objetivará desenhar ações capazes de modificar a realidade encontrada, no sentido do alcance das metas pactuadas.

3.2.5 Ponderação dos indicadores de desempenho do projeto Vigisus II

3.2.5.1 Desempenho das unidades federadas (Secretarias Estaduais de Saúde)

Metodologia : Conforme o resultado do indicador, a pontuação é atribuída em três categorias definidas.

Tabela 1: Pontuação do resultado

Pontuação	Resultado do indicador
0	Não apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base, estando abaixo da meta.
1	Permaneceu abaixo da meta, mas apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base.
2	Atingiu a meta ou manteve-se acima ou igual à meta estabelecida no período analisado.

Para cada indicador, um peso é adotado, considerando critérios técnicos de cada área responsável pelas ações dos indicadores:

Indicadores de desempenho das unidades federadas:
peso por indicador e subcomponente

Tabela 2: Peso dos indicadores

Indicador	Peso por	
	Indicador	Subcomponente
Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis		
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	0,70	
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	1,10	
3. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.	1,10	4,50
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	1,20	
5. Percentual de municípios com remessa do banco de dados do Sinan.	0,40	
Vigilância Ambiental em Saúde		
6. Secretaria Estadual da Saúde com vigilância ambiental em saúde estruturada ¹	1,00	1,00
Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Dant		
7. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade – SIM ² .	0,50	1,00
8. Percentual de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10	0,50	
9. Unidades Federadas com Sistema de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) estruturada ³	0,70	1,50
10. Unidade federada com município de capital com vigilância de fatores de risco comportamentais em escolar implantada.	0,80	
Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde		
11. Unidade federada com plano diretor para a área de Vigilância em Saúde aprovado pela Secretaria de Vigilância em Saúde.	0,40	
12. Unidade federada com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da Vigilância em Saúde elaborado.	0,60	
13. Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde.	0,40	2,00
14. Unidade federada e município de capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado.	0,60	

1) Considera-se vigilância ambiental em saúde (VAS) estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa nº 01, da Funasa, de 25/9/2001 (indicador intermediário); equipe técnica de âmbito central (indicador intermediário) e elaboração de dois relatórios anuais de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).

2) Segundo o Dasis: A linha de base deste indicador somente poderá ser avaliada após divulgação pelo IBGE das estimativas da taxa bruta de mortalidade para as capitais.

3) Entende-se por um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) estruturado, se há: 1) produção de, pelo menos, um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cérebro-vascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios; 2) produção de um relatório com análise de fatores de risco para Dant.

Avalia-se o desempenho de cada unidade federada, capital e município contemplado pelo Projeto, classificando-o como bom, regular e insuficiente de acordo com o total de pontos obtidos, que é calculado, como segue:

1) Para calcular o intervalo de pontuação: multiplica-se a pontuação de cada indicador (pontuação que varia de 0 a 2) pelo peso obtido do resultado (peso que varia de 0,20 a 1,20). Em seguida, somam-se os produtos, transformando o resultado em pontos percentuais conforme mostra a tabela abaixo; ou

2) Para calcular o percentual de desempenho = $[\text{Somatória (pontuação do resultado recebido para cada indicador} \times \text{peso do indicador})} / 20] \times 100$

Onde:

A pontuação do resultado para cada indicador pode variar de 0 a 2 (Tabela 1);

O peso atribuído a cada indicador pode variar de 0,20 a 1,20 (Tabela 2);

O valor 20 é o valor máximo de desempenho possível de ser obtido nesta avaliação;

O numerador é multiplicado por 100 para cálculo do percentual de desempenho atingido.

Acompanhamento de desempenho das unidades federadas:
equivalência dos pontos obtidos na avaliação ponderada

Tabela 3: Faixas de desempenho

Intervalo de pontuação	Classificação do desempenho	
≥ 18 a 20	≥ 90% a 100%	Bom
≥ 10 a < 18	≥ 50% a 89%	Regular
< 10	< 50%	Insuficiente

Abaixo, exemplifica-se a ponderação de uma melhor situação possível se todos os indicadores atingissem e/ou mantivessem a meta.

Indicadores de desempenho das Unidades Federadas: simulação
de resultado máximo possível (melhor situação)

Indicador	Pontuação do resultado do indicador	Peso do indicador	Valor final máximo*	
Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis				
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	2,00	0,70		
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	2,00	1,10		
3. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.	2,00	1,10	4,50	9,00
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	2,00	1,20		
5. Percentual de municípios com remessa regular do banco de dados do Sinan.	2,00	0,40		
Vigilância Ambiental em Saúde				
6. Secretaria estadual da saúde e secretaria da saúde da capital com vigilância ambiental em saúde estruturada. ¹	2,00	1,00	1,00	2,00
Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças de Agravos não Transmissíveis				
7. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade – SIM.	2,00	0,50	0,50	
8. Percentual de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10.	2,00	0,70	0,50	2,00
9. Unidades federadas com Sistema de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) estruturada. ²	2,00	0,80	0,70	3,00

10. Unidade federada com município de capital com inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado.	2,00	0,80	1,50	
Fortalecimento institucional da capacidade de gestão em vigilância em saúde				
11. Unidade Federada com Plano Diretor para a área de Vigilância em Saúde aprovado pela Secretaria de Vigilância em Saúde.	2,00	0,40		
12. Unidade federada com plano de cargo, carreira e salário para profissionais da vigilância em saúde elaborado.	2,00	0,60		
			2,00	4,00
13. Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde.	2,00	0,40		
14. Unidade federada e município de capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado.	2,00	0,60		
Valor final máximo				20,00

* O valor final é obtido da multiplicação da pontuação do indicador pelo peso do indicador.

1) Considera-se vigilância ambiental em saúde (VAS) estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa nº 01, da Funasa, de 25/9/2001 (indicador intermediário); equipe técnica de âmbito central (indicador intermediário) e elaboração de 2 relatórios anuais de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).

2) Entende-se por um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) estruturado, se há: 1) produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebro-vascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios; 2) produção de um relatório com análise de fatores de risco para Dant.

O menor valor final possível é igual a zero, na situação em que, ao se verificar o resultado do indicador, constata-se que a meta não foi atingida e/ou o indicador não apresentou melhora em relação à linha de base, recebendo pontuação zero. E a pontuação zero, ao ser multiplicada pelo peso do indicador, resulta em valor nulo.

3.2.5.2 Desempenho das Capitais

Avaliação de desempenho das capitais

A avaliação de desempenho das capitais considera a mesma pontuação atribuída aos resultados dos indicadores de desempenho das unidades federadas, ou seja:

Tabela 1: Pontuação do resultado

Pontuação	Resultado do indicador
0	Não apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base, estando abaixo da meta.
1	Permaneceu abaixo da meta, mas apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base.
2	Atingiu a meta ou manteve-se acima ou igual à meta estabelecida no período analisado.

Da mesma forma, os pesos atribuídos a cada indicador permanecem os mesmos, havendo mudança do valor máximo possível em função de os indicadores das capitais serem em número de 12, enquanto os das unidades federadas somarem 14.

Indicadores de desempenho das capitais: peso por indicador e subcomponente

Tabela 2: Peso dos indicadores

Indicador	Peso por	
	Indicador	Subcomponente
Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis		
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	0,70	4,50
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	1,10	
3. Município com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.	1,10	
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	1,20	
5. Município com remessa regular do banco de dados do SINAN.	0,40	
Vigilância Ambiental em Saúde		
6. Secretaria municipal da saúde da capital com vigilância ambiental em saúde estruturada 1	1,00	1,00
Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Dant		
7. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade (SIM).	0,50	1,00
8. Percentual de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10	0,50	
9. Município da capital com sistema de vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) estruturada 2	0,70	1,50
10. Município da capital com Inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado.	0,80	
Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em VS		
11. Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde.	0,40	1,00
12. Município de capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado.	0,60	

- 1) Considera-se vigilância ambiental em saúde (VAS) estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa nº 01, da FUNASA, de 25/9/2001 (indicador intermediário); equipe técnica de âmbito central (indicador intermediário) e elaboração de 2 relatórios anuais de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).
- 2) Entende-se por um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) estruturado, se há: 1) produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebro-vascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios; 2) produção de um relatório com análise de fatores de risco para (Dant).

O valor máximo possível é de 19 pontos (9,5 x 2) na avaliação das capitais. A transformação do total dos pontos da ponderação em pontos percentuais é mostrada na tabela abaixo.

Acompanhamento de desempenho das capitais
Equivalência dos pontos obtidos na avaliação ponderada

Tabela 3: Faixas de desempenho

Intervalo de pontuação	Classificação do desempenho	
≥ 16 a 18	> 90% a 100%	Bom
> 9 a < 16	> 50% a 89%	Regular
< 9	< 50%	Insuficiente

3.2.5.3 Desempenho dos municípios que não são capitais

Avaliação de desempenho dos municípios que não são capitais

A avaliação de desempenho dos municípios considera a mesma pontuação atribuída aos resultados dos indicadores de desempenho das unidades federadas e capitais, ou seja:

Tabela 1: Pontuação do resultado

Pontuação	Resultado do indicador
0	Não apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base, estando abaixo da meta.
1	Permaneceu abaixo da meta, mas apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base.
2	Atingiu a meta ou manteve-se acima ou igual à meta estabelecida no período analisado.

Os pesos atribuídos a cada indicador permanecem os mesmos reportados para os indicadores das unidades federadas e capitais, diferindo o valor máximo possível em função de os indicadores dos municípios serem em número menor (8).

Indicadores de desempenho dos Municípios: peso por indicador e subcomponente

Tabela 2: Peso dos Indicadores

Indicador	Peso por	
	Indicador	Subcomponente
Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis		
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	0,70	
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	1,10	4,50
3. Município com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano	1,10	
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	1,20	
5. Município com remessa regular do banco de dados do Sinan.	0,40	
Análise de situação de saúde e vigilância de (Dant)		
6. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade (SIM).	0,50	1,00
7. Percentual de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10.	0,50	
Fortalecimento institucional da capacidade de gestão em VS		
8. Município com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado.	0,60	0,60

O valor máximo possível é de 12,2 pontos (6,1 x 2) na avaliação dos municípios. A transformação do total dos pontos da ponderação em pontos percentuais é mostrada na tabela abaixo.

Acompanhamento de desempenho dos Municípios
Equivalência dos pontos obtidos na avaliação ponderada

Tabela 3: Faixas de desempenho

Intervalo de pontuação	Classificação do desempenho	
>11,0 a 12,2	> 90% a 100%	Bom
> 6,1 a <11	> 50% a 89%	Regular
< 6,1	< 50%	Insuficiente

3.3 Orientações sobre a elaboração de subprojetos envolvendo centros colaboradores

Foi definido, na fase de preparação do projeto, que centros colaboradores serão contratados de forma direta, cuja relação consta no volume 5 – Licitações. Outros centros colaboradores serão contratados de forma competitiva conforme definida abaixo:

3.3.1 Definição de centro colaborador

São instituições públicas, filantrópicas ou privadas, localizadas em território nacional ou em países com os quais o Brasil mantém relação diplomática, que se caracterizam por apresentar excelência na atuação e produção científica em temas relevantes à SVS.

Os centros colaboradores apresentam reconhecida competência técnica em temas relevantes da SVS e é identificado como grupo consultivo e executor eventual de serviços para a SVS. O contrato se dará mediante demanda da SVS divulgada em convocatória conforme critérios previamente definidos.

3.3.2 Descrição das atividades dos centros colaboradores

Entre as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no escopo do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, se incluem aquelas relacionadas ao desenvolvimento da análise e avaliação de situação de saúde, assim como a avaliação e incorporação de tecnologias e metodologias para monitoramento, prevenção e controle de condições mórbidas relevantes no perfil de adoecimento e morte da população brasileira. Isso implica, objetivamente, a construção ou aquisição de uma capacidade técnica institucional de primeira linha, que inclui a contratação de grande número de recursos humanos altamente especializados em diversas áreas de conhecimento, assim como o estabelecimento de parcerias que apoiem a institucionalização dessa capacidade técnica. Esta expertise já existe no Brasil, distribuída por diversas instituições de ensino e pesquisas.

Assim é que, para o exercício de suas responsabilidades, a SVS vem identificando uma série de centros de excelência (centros colaboradores) em diferentes áreas do conhecimento, componentes todas de seu espectro de atuação. Com alguns desses centros já foram firmados convênios que têm como objeto demandas formuladas pela SVS. Interessa, no entanto, a atualização regular de produtos desses centros e a associação mais próxima e comprometida com tais instituições para a fundamentação sistemática do conteúdo de ações por eles realizadas. A criação da figura do “centro colaborador”, na medida em que vincula, de forma mais próxima, duas instituições distintas, passa a ser de importância estratégica para a SVS.

Os centros colaboradores da SVS são instituições de ensino e/ou pesquisa identificadas entre as que já prestam relevantes serviços ao país em cooperação técnica com instituições voltadas à prestação de serviços e/ou com a SVS, no que se refere às áreas de conhecimento pertinentes ao seu escopo de atuação. Tais centros podem ter como objeto de sua colaboração, metodologias de vigilância, prevenção e controle de doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos; metodologias de monitoramento da situação de saúde, de análise de informações e de avaliação de ações, programas e políticas de saúde, bem como o desenvolvimento de métodos preventivos, de diagnósticos e terapêuticos, entre outros.

Os centros colaboradores da SVS podem ter como principais responsabilidades a realização ou apoio à realização das seguintes atividades:

- avaliação e construção de consenso de terminologias e nomenclaturas em saúde para uso no território nacional;
- elaboração de análises avançadas sobre a situação epidemiológica de doenças e agravos de interesse, valorizando análises de conjunturas, diferenciais e iniquidades em relação a territórios e grupos populacionais;
- desenvolvimento metodológico e tecnológico para monitoramento e análise de informações em saúde;
- elaboração e construção de consenso na identificação de indicadores úteis para o monitoramento de doenças e agravos de interesse;
- desenvolvimento metodológico e tecnológico para monitoramento e avaliação de ações e programas e políticas de saúde de interesse;
- apoio à capacitação de recursos humanos, nas áreas de conhecimento da vigilância em saúde das três esferas de gestão do sistema de saúde;
- proposição à SVS quanto à incorporação tecnológica e de novas práticas, a partir de revisão crítica e sistemática das evidências disponíveis em trabalhos e pesquisas relevantes ao tema;
- proposição, execução e/ou acompanhamento de pesquisas demandadas pela SVS;
- participação em oficinas de trabalho, reuniões técnicas e outros eventos convocados pela SVS para debate de temas objeto da cooperação técnica; e
- cooperação técnica aos estados e municípios em situações excepcionais, quando demandada pela SVS.

A operacionalização das atividades de acompanhamento dos centros colaboradores está sob a responsabilidade da SVS, por meio de sua Unidade de Gerência de Projetos (UGP) e das coordenações gerais das diferentes áreas técnicas. O gerenciamento administrativo-financeiro cabe à UGP e a normalização dos aspectos técnico-operacionais às coordenações gerais.

3.3.3 Divulgação de demandas aos centros colaboradores

A SVS divulgará, no 1º semestre de cada ano, as demandas de atividades destinadas à contratação de centros colaboradores, por meio de convocatória publicada no Diário Oficial da União (DOU) e disponibilizada na Internet no endereço www.saude.gov.br/svs. A instituição proponente será o representante legal perante SVS.

3.3.4 Critérios de elegibilidade para centros colaboradores

Serão considerados elegíveis, à contratação como centros colaboradores, as instituições nacionais de ensino e/ou pesquisa reconhecidas como centros de excelência na sua área de atuação que, em resposta à convocatória publicada no DOU, encaminhem suas propostas nos prazos delimitados e conforme termo de referência elaborado pelas áreas técnicas da SVS. As instituições proponentes poderão estabelecer parcerias para concorrerem com proposta única que atenda às especificidades da convocatória.

A(s) instituição(ões) designará(ão) um coordenador técnico, pertencente aos seus quadros e/ou a ela(s) vinculada(s) formalmente, que coordenará todos os aspectos técnicos da proposta.

3.3.5 Apresentação das propostas

A instituição proponente deverá encaminhar a proposta por meio de carta dirigida à UGP/SVS, apresentadas em meio magnético (disquete/CD-rom) com três cópias impressas, postadas no correio no prazo estabelecido para apresentação na convocatória. Não serão aceitas propostas encaminhadas por correio eletrônico ou fax.

As propostas serão encaminhadas pelo dirigente da instituição proponente, segundo os modelos apresentados nos anexos A, B e C.

3.3.6 Aspectos éticos

Quando a proposta incluir pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos devem ser devidamente contemplados no protocolo de investigação, seguindo as normas vigentes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial, a Resolução CNS nº 196/96. Neste caso, a instituição deverá anexar à proposta:

- parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente ou outro órgão institucional do Estado;
- parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/MS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quando a pesquisa corresponder a área temática especial - populações indígenas, pesquisas com participação estrangeira ou projetos que envolvam aspectos de biossegurança;

- parecer da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para pesquisas que envolvam novos fármacos, medicamentos, vacinas ou testes diagnósticos, obedecendo a Resolução CNS nº 251/97; e
- garantia do cumprimento de todas as normas de biossegurança (manipulação de amostras biológicas ou produtos químicos).

Quando a proposta incluir pesquisa que envolva a captura de espécimes animais ou coleta de vegetais, o parecer do órgão ambiental local ou federal (Ibama) deverá ser anexado. Quando houver solicitação de apoio logístico à SVS, bem como de outras instituições e serviços de saúde (hospitais, secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outros), será necessário anexar à proposta uma declaração do responsável por essas unidades, concordando em viabilizar o apoio solicitado.

3.3.7 Montante máximo do apoio e itens financiáveis

O teto financeiro, pelo Projeto Vigisus, destinado aos centros colaboradores é variável, especificado por linha temática, e estará definido na convocatória.

Os recursos poderão cobrir os custos de:

- material de consumo;
- passagens e despesas com locomoção;
- contratação de serviços profissionais especializados temporários, diretamente vinculados às atividades objeto da contratação, respeitando as normas vigentes (desde que o contratado não tenha vínculo com o serviço público, com as exceções previstas na Constituição Federal, art. 37 e Emenda Constitucional nº 34). O período de contratação não poderá exceder a execução das atividades objeto de contrato;
- equipamentos e materiais permanentes;
- serviços de consultoria;
- outros serviços de terceiros – pessoa física;
- outros serviços de terceiros – pessoa jurídica.

É vetada a inclusão de remuneração para o coordenador ou membros da equipe executora que tenham vínculo empregatício com a instituição proponente ou participante.

3.3.8 Processo de recepção, seleção e aprovação das propostas

3.3.8.1 Processo de recepção

As propostas referentes à convocatória, encaminhadas à SVS pelas instituições proponentes, no prazo estabelecido para apresentação, serão protocoladas e cadastradas no sistema de monitoramento, na UGP/SVS, e cópias serão encaminhadas à

coordenação geral responsável pelo objeto de contratação para dar início ao processo de seleção. As propostas enviadas fora do prazo estabelecido serão devolvidas sem análise.

3.3.8.2 Processo de seleção

A SVS analisará as propostas em conformidade com as especificações do termo de referência publicado na convocatória, podendo solicitar pareceres técnicos de consultores ad hoc. As propostas que não se enquadrarem nos termos da convocatória serão devolvidas sem análise.

3.3.8.3 Processo de aprovação

A aprovação dar-se-á pelo parecer favorável da coordenação geral responsável pelo objeto da contratação, que deverá ter como critérios principais o completo atendimento aos termos/requisitos da convocatória, a qualidade científico-metodológica, a capacidade estrutural da instituição proponente, a aplicação orçamentária e qualquer outro requisito explicitado na convocatória.

3.3.9. Processo de acompanhamento das propostas

3.3.9.1 Processo de acompanhamento

O coordenador técnico do centro colaborador ficará responsável pelo encaminhamento do relatório de progresso técnico-físico e financeiro no sexto mês após a liberação dos recursos e, posteriormente, a cada seis meses durante a vigência do contrato. A avaliação do relatório de progresso fica a cargo da SVS que, julgando necessário, indicará supervisão *in loco*.

3.3.9.2 Relatório final

A instituição centro colaborador apresentará relatório final, em meio magnético (disquete/CD-rom) e impresso (três cópias), com detalhamento do(s) produto(s) objeto(s) do contrato.

3.3.9.3 Plano de aquisições

O coordenador técnico deverá apresentar no mês de setembro de cada ano o plano de aquisições para o ano seguinte, de acordo com o modelo e as modalidades de licitação estabelecidas no volume 5 do manual operativo do Vigisus II.

3.3.10 Processo de prestação de contas

A prestação de contas deverá ser apresentada até a data final da vigência do pacto celebrado e instruída com os seguintes documentos:

- relatório de cumprimento do objeto contratado, aprovado tecnicamente pela SVS;

- cópia dos planos de trabalho;
- cópia do termo de convênio, quando for o caso;
- relatório da execução físico-financeira;
- demonstrativo da execução da receita e despesa, evidenciando os recursos recebidos em transferência, a contrapartida, quando for o caso, e os rendimentos auferidos da aplicação dos recursos no mercado financeiro, se aplicado, e os saldos;
- extrato da conta bancária específica do período do recebimento da primeira parcela até o último pagamento;
- relação dos pagamentos efetuados;
- demonstrativo da aplicação dos recursos próprios, apresentando balancete financeiro e a relação dos pagamentos efetivados;
- comprovante do recolhimento do saldo dos recursos não aplicados, inclusive os rendimentos da aplicação financeira, quando for o caso;
- relação dos bens (adquiridos, produzidos ou construídos), quando for o caso;
- conciliação bancária, quando for o caso; e
- cópia dos despachos adjudicatórios das licitações realizadas, ou justificativa para a sua dispensa ou inexigibilidade, com o respectivo embasamento legal, quando se aplicar.

Além da sistemática de prestação de contas apresentada acima, o titular do órgão deverá apresentar, até o 5º dia útil de cada mês, os gastos efetuados utilizando, para tanto, o modelo intitulado: Declaração Mensal de Gastos (DMG), do Sistema de Planejamento e Informação do Vigisus (SPIV), módulo de declaração de gastos.

3.3.11 Processo de Auditoria

O titular do órgão franqueará livre acesso a servidores do Sistema de Controle Interno e Externo (Auditoria do Ministério da Saúde, Secretaria de Controle Interno e Secretaria Federal de Controle) à Unidade de Gerência de Projetos, do Projeto Vigisus, e ao Banco Mundial, ou outra autoridade delegada, a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos praticados, relacionados direta ou indiretamente com o objeto pactuado.

Assim, os documentos comprobatórios das despesas realizadas, por força do pacto assumido, deverão ser arquivados de forma individualizada, ficando à disposição dos citados órgãos de controle, por um prazo de 5 (cinco) anos, contados a partir da data da aprovação da prestação de contas.

3.3.12 Da divulgação dos resultados/produtos do objeto contratado

Cabe à SVS dispor dos bancos de dados, resultados/produtos resultantes do objeto contratado, conforme sua conveniência, observados os direitos de autoria e demais

princípios éticos, caso se aplique. Cópia dos bancos dos dados que porventura tenha sido originado do objeto contratado poderão ser requisitados pela SVS, incluindo todas as informações necessárias para sua análise, mesmo antes do término do produto objeto do contrato e sem prejuízo do mesmo.

A publicação de qualquer resultado, no todo ou em parte, está condicionada à aprovação prévia da SVS. Toda e qualquer divulgação, oral ou escrita, dos resultados do objeto contratado deverá explicitar os créditos à SVS/Ministério da Saúde, conforme detalhamento em anexo.

3.3.13 Pactuação e repasse de recursos

3.3.13.1 Acordo de implementação entre a instituição proponente e a SVS

Uma vez aprovado o projeto apresentado, será celebrado um acordo de implementação entre o centro colaborador e o Ministério da Saúde, conforme modelo constante do volume 6 do manual operativo do projeto.

3.3.13.2 Transferência de recursos

Será feita em parcelas periódicas, de acordo com o cronograma e o plano de trabalho constante do acordo de implementação. A entidade só poderá receber recursos se estiver adimplente com os órgãos da administração federal, estadual e municipal, direta e indireta.

3.3.14 Anexos

ANEXO A – Roteiro para elaboração da proposta de centro colaborador

1. Introdução/antecedentes da instituição

(Explicitação da relevância da instituição como centro colaborador da SVS, com base na revisão histórica de sua atuação; nas atividades que desenvolve e a importância da área temática para a saúde pública)

2. Objetivos gerais e específico

O objetivo geral deve deixar claro o papel da instituição como centro colaborador da SVS, para atender às necessidades desse centro na área específica de atuação e os objetivos específicos deverão ser delimitados para cada subprojeto

3. Metodologia de trabalho

(Especificada para cada subprojeto)

4. Produtos esperados

(Especificados para cada subprojeto). Caso o produto objeto de contrato gere a coleta de dados, informar quando o banco de dados estará disponível à SVS.

5. Fluxo e periodicidade do envio dos produtos à SVS e formas de divulgação

(Elaborar uma proposta de fluxo e recepção contínuos dos produtos elaborados ou resultados alcançados por subprojetos ou atividades, em tempo hábil para sua utilização. As formas de divulgação dos produtos são aquelas utilizadas pela SVS: Boletim, Informes, etc.)

6. Cronograma de execução

(Descrição dos subprojetos e atividades, por etapas, com estimativa dos respectivos períodos de duração e alocação dos pesquisadores, docentes e demais técnicos envolvidos)

7. Orçamento detalhado com memória de cálculo

(Detalhamento de custos, discriminando segundo natureza de despesas, com a descrição, a quantidade e valor de cada item por atividade)

8. Referências bibliográficas

9. Plano de trabalho de convênio do ministério da saúde preenchido e assinado pelo responsável pela instituição

Seguir o Guia para elaboração de convênios

ANEXO B – Ficha cadastral

CENTRO COLABORADOR DA SVS

Caracterização

Áreas temáticas de atuação:

Localização

Instituição		
Departamento		
Responsável/coordenador técnico		
Cargo		
Endereço		
Tel.:	Fax:	E-mail:

Quadro de profissionais envolvidos na proposta

Nome	Formação básica e última titulação	Vínculo	Função no projeto de Centro Colaborador

Ficha Cadastral

Atividades

Principais atividades no Brasil (especificar apenas atividades relevantes ao objeto do contrato):
Principais atividades no exterior (idem):
Produção científica (idem):

Observações

--

ANEXO C – Itens Financiáveis

ITEM	DESCRIÇÃO
Diárias	Despesas com alimentação, pousada e locomoção urbana, com servidor público estatutário ou celetista, que se deslocar de sua sede em objeto de serviço em caráter eventual ou transitório.
Material de consumo	Despesas com combustível (diesel, gasolina e álcool); compra de animais para laboratórios; alimentos para animais; gás engarrafado; lubrificantes automotivos; material biológico, farmacológico e laboratorial; material de esterilização e de higienização de laboratório; material de proteção, segurança; socorro e sobrevivência; material gráfico e de processamento de dados; material para fotografia e filmagem, material de expediente (lâpis, caneta, borracha, cola, corretivo de máquina, grampos, etc.); material para manutenção, reposição e aplicação; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material de acondicionamento e embalagem; e outros materiais não duradouros.
Equipamentos e material permanente	Despesas com aquisição de aparelhos de medição; equipamentos de comunicação; equipamentos de informática; equipamentos e utensílios médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares; materiais bibliográficos, mobiliário em geral, outros equipamentos.
Passagens e despesas com locomoção	Despesas com aquisição de passagens (aéreas, terrestres, fluviais ou marítimas), taxas de embarque, seguros, fretamento, locomoção ou de uso de veículos para transporte de pessoas e suas respectivas bagagens e mudanças em objeto de serviço.
Serviços de consultoria	Despesas decorrentes de contratos com pessoas físicas ou jurídicas, prestadoras de serviços nas áreas de consultorias técnicas ou auditorias financeiras ou jurídicas, ou assemelhadas, desde que não tenham vínculo com o Ministério da Saúde.
Outros serviços de terceiros - pessoa física	Despesas decorrentes de serviços prestados por pessoa física, pagos diretamente a esta, tais como: remuneração de serviços de natureza eventual prestado por pessoa física sem vínculo empregatício, monitores diretamente contratados, diárias a colaboradores eventuais e outras despesas pagas diretamente a pessoas físicas.
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	Despesa com prestação de serviços por pessoas jurídicas, tais como: energia elétrica e gás; serviços de comunicações (telefone, telex, correios, etc.) fretes e carretos; impostos, taxas e multas; locação de equipamento e materiais permanentes; serviços de divulgação, impressão, encadernação e emolduramento; <i>softwares</i> e outros congêneres.

Todos os itens devem estar estritamente ligados ao objeto do contrato, não podendo exceder o prazo estipulado (contrato de consultor, serviços de terceiros, etc.).



BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jun. 1993.

BRASIL. Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS n.º 01. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 nov. 1996.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 201, 16 out. 1996b.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 251, de 07 de agosto de 1997. Aprova normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 183, 23 set. 1997.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 292, de 8 de julho de 1999. Aprova norma complementar à Resolução CNS 196/96, referente à área específica sobre pesquisas em seres humanos, coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e as que envolvam remessa de material biológico para o exterior. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 177, 15 set. 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Divisão de Saúde e Ambiente. Programa de Qualidade Ambiental. *Atenção primária ambiental (APA)*. Washington D.C, 1999.

SILVA JR., J. B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In. ROQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 289-311.

TAMBELLINI, A.T. Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. *Por uma Rede Trabalho Saúde e Modos de Vida no Brasil*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, n. 1/2, p. 12-16, jun. 1996

TAMBELLINI, A.T.; CÂMARA, V. Vigilância Ambiental em Saúde: conceitos, caminhos e interface com outros tipos de vigilância. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 77-93, 2002.

WORLD COMISSION ON ENVIROMENT AND DEVELOPMENT (WCED). *Our Common Future*. Oxford University Press, 1987. 400 p.

Biblioteca MS



10001031872

www.saude.gov.br/svs

Disque Saúde
0800-61-1997

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

