



**MANUAL DE GESTÃO  
DA VIGILÂNCIA  
EM SAÚDE**

# **Manual de Gestão da Vigilância em Saúde**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde

# Manual de Gestão da Vigilância em Saúde

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF  
2009

©2009 Ministério da Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 10.000 exemplares

#### **Elaboração, distribuição e informações**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sobreloja, Sala 110  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tel.: (61) 3315-3641  
Fax: (61) 3321-1842  
*Home Page:* <http://www.saude.gov.br/svs>

#### **Supervisão geral**

Gerson Penna  
Heloiza Machado de Souza

#### **Coordenação geral**

Heloiza Machado de Souza

#### **Elaboração**

Dolly Cammarota – Anvisa/MS  
Edmundo Costa Gomes – Conasems  
Luis Antonio Silva – Conass  
Gilvânia Cosenza – SVS/MS  
Samia Nadaf – SVS/MS  
Viviane Rocha Luiz – Conass

#### **Colaboração**

Angela Pistelli – SVS/MS  
Carolina Carvalho – SVS/MS  
Claudia Rezende Medeiros – SVS/MS  
Edlamar Pereira – SVS/MS  
Edna Covem – Anvisa/MS  
Estanislene Oliveira – SVS/MS  
Glaucio Henry Leibovich – SVS/MS  
Ivenise Leal Braga – SVS/MS  
Josemir da Silva – SVS/MS  
Liliana Fava – SVS/MS  
Luis Armando Erthal – Anvisa/MS  
Marcos da Silveira Franco – Conasems  
Nereu Henrique Mansano – Conass  
Pedro Lucena – SVS/MS  
Rodrigo Lacerda – Conasems  
Vanessa Borges – SVS/MS  
Vagner Souza Luciano – SE/MS

#### **Produção Editorial**

Revisão: Napoleão Aquino  
Projeto gráfico: Fabiano Camilo e Fred Lobo  
Diagramação: Fred Lobo

*Impresso no Brasil / Printed in Brazil*

---

### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde.

Manual de gestão da vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1617-8

1. Vigilância em saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Recursos financeiros em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.4

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0677

#### **Títulos para indexação**

Em inglês: Management Handbook of the Health Surveillance

Em Espanhol: Manual de Gestión de la Vigilancia en Salud

# Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>9</b>
<b>O Sistema Único de Saúde</b>	<b>11</b>
Como fazer a gestão local do SUS?	11
Diretrizes do SUS: o que é Pacto pela Saúde?	12
<b>Vigilância em saúde: do que estamos falando?</b>	<b>15</b>
Quais são os componentes da vigilância em saúde?	15
Onde devem ser desenvolvidas as ações da vigilância em saúde?	15
Quais são as ações de cada componente da vigilância em saúde?	16
<b>A vigilância em saúde e o planejamento</b>	<b>18</b>
<b>Planejamento e programação em saúde</b>	<b>20</b>
Que diretrizes norteiam o planejamento?	20
Quais são os instrumentos do planejamento?	21
Como ocorre a programação das ações da vigilância em saúde?	22
<b>O sistema de vigilância em saúde: quais são as responsabilidades dos entes federativos?</b>	<b>24</b>
Em relação ao componente vigilância epidemiológica e ambiental	24
Em relação ao componente vigilância sanitária	24

<b>Como compartilhar a gestão da vigilância em saúde entre os municípios e o Estado?</b>	<b>25</b>
Caracterização de uma região de saúde	25
Serviços que devem ser disponibilizados em escala regional	26
Levantamento de profissionais e infra-estrutura existentes	26
<b>Financiamento do Sistema Único de Saúde</b>	<b>27</b>
Quais são os pressupostos do financiamento do SUS?	27
Quais são os blocos de financiamento e seus componentes?	28
<b>Como gerenciar os recursos financeiros do bloco da vigilância em saúde?</b>	<b>30</b>
O que é limite financeiro da vigilância em saúde?	30
Quais são os componentes do limite financeiro da vigilância em saúde?	30
Quais são os tetos financeiros dos componentes do bloco da vigilância em saúde?	32
Como o TFVS é composto e como ter acesso aos recursos?	33
Mecanismo de pactuação das ações de vigilância sanitária	35
Como utilizar os recursos do bloco da vigilância em saúde?	38
Como utilizar os recursos previstos no TFVS?	39
Impedimentos para a utilização dos recursos	42
O que é a contrapartida dos estados e municípios?	43
<b>Como são financiadas as ações de saúde do trabalhador?</b>	<b>45</b>
<b>Como são financiadas as ações de promoção da saúde?</b>	<b>46</b>
<b>Bloqueio de repasse de recursos do bloco da vigilância em saúde</b>	<b>47</b>

<b>Orientações sobre o processo de licitação</b>	<b>50</b>
O que é processo licitatório?	50
Quais são as principais normas legais que tratam do processo licitatório?	50
Quem pode participar das licitações?	50
A legislação estabelece procedimentos diferenciados para contratações com características distintas?	51
Quantas e quais são as modalidades existentes?	51
Como se escolhe a modalidade adequada para a contratação pretendida?	51
É obrigatório realizar licitação para contratações de quaisquer valores?	52
Para concluir uma dispensa de licitação, é necessário obter mais de uma proposta?	52
Na realização do convite, há um número mínimo de propostas de preços para validade da licitação?	53
Que providência deve ser adotada quando não forem obtidas essas três propostas de preços?	53
É necessário publicar o aviso de convite?	53
Qual o prazo para a divulgação do convite?	53
O que é comissão de licitação e quais são suas atribuições?	54
Existe número mínimo de membros para compor a comissão de licitação?	54
O que diferencia o pregão das demais modalidades de licitação?	54
O que são bens e serviços comuns?	55
Quais são as exigências específicas para realizar um pregão?	55



Qual é o prazo para a publicação do aviso de licitação na modalidade pregão?	55
Os quantitativos licitados poderão ser alterados após a conclusão do procedimento licitatório?	56
Quais são os procedimentos para a abertura do processo licitatório, aplicado em qualquer modalidade?	56
Quais são os procedimentos pós-homologação da licitação?	57
Contrato	58
Estágios da despesa pública	59
Entrega do bem, serviço, material permanente e insumos licitados	60
Certificação da documentação	60
Encaminhamento ao financeiro para liquidação e pagamento	61
Arquivamento	61
<b>Legislação básica</b>	<b>62</b>
<b>Referências</b>	<b>67</b>
<b>Glossário</b>	<b>70</b>
<b>Anexos</b>	<b>71</b>
Anexo A – Competências da Vigilância Epidemiológica e Ambiental	71
Anexo B – Competências da Vigilância Sanitária	77

# Apresentação

A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e demais normatizações do SUS destacam a importância da utilização da epidemiologia para o planejamento de ações e serviços, avaliação de resultados e alocação de recursos.

Ao longo dos anos, há cada vez mais consenso em torno dessa questão, a partir do processo de evolução histórica das políticas de saúde e do entendimento da importância da inserção efetiva da vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A definição da sistemática de financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças ocorreu em dezembro de 1999, com a publicação das Portarias nºs 950 e 1.399, revistas em 2004. A Portaria nº 1.172/04 trouxe importantes modificações em relação ao financiamento das ações de vigilância em saúde e definição de competências dos entes federados – atualmente, está sendo revisada para adequação ao Pacto pela Saúde e atualizações das diretrizes estratégicas do SUS.

O presente manual resulta de trabalho coletivo e cooperativo das três esferas de governo e objetiva orientar os gestores quanto aos aspectos mais relevantes dessa específica área de trabalho.

Contém as diretrizes básicas que norteiam o SUS e sua aplicabilidade nos sistemas locais, enfatizando os aspectos pertinentes à articulação entre a vigilância em saúde e outras áreas da atenção à saúde, particularmente a atenção primária – equipes de Saúde da Família. Adicionalmente, apresenta o conceito, composição e escopo de sua atuação.

Ao compartilhar a elaboração deste manual com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) intentou construir um documento útil à prática cotidiana dos gestores.

Atenção especial foi dada as questões relativas às formas de financiamento e repasse aos estados, municípios e Distrito Federal, com orientação quanto à utilização dos recursos e mecanismos legais exigidos para os processos de compras.

A decisão de focalizar essas questões partiu da constatação das dificuldades encontradas pelos gestores na utilização dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, destinados às ações de vigilância em saúde.

O lançamento desta publicação revela nosso empenho em apoiar e orientar as gestões municipais e estaduais da vigilância em saúde, busca aperfeiçoar o desenvolvimento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, objetivando alcançar resultados que efetivamente beneficiem a população.

Gerson Penna  
Secretário de Vigilância em Saúde

# O Sistema Único de Saúde

## Como fazer a gestão local do SUS?

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

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

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

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

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

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

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

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

### **O Pacto pela Vida pressupõe:**

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

### **As prioridades atuais do Pacto pela Vida são:**

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;

continua

continuação

- IV- fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem.

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

#### **O Pacto em Defesa do SUS pressupõe:**

- discutir nos conselhos municipais e estaduais as ações e estratégias para a concretização desta proposta;
- priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas;
- lutar por adequado financiamento (regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00).

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

### **O Pacto de Gestão pressupõe:**

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

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

# **Vigilância em saúde: do que estamos falando?**

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

## **Quais são os componentes da vigilância em saúde?**

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

## **Onde devem ser desenvolvidas as ações da vigilância em saúde?**

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da



atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

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

A **vigilância epidemiológica** é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990).

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

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

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

A **vigilância em saúde ambiental** centra-se nos fatores não biológicos do meio ambiente que possam promover riscos à saúde humana: água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais,

substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho.

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

A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde.

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

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

# A vigilância em saúde e o planejamento

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

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

- **caracterização da população:** variáveis demográficas (número de habitantes com distribuição por sexo, idade, local de residência, fluxos de migração, etc.); variáveis socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.); variáveis culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.);
- **caracterização das condições de vida:** ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições de habitação, acesso a transporte, segurança e lazer); características dos sujeitos (nível educacional, inserção no mercado de trabalho, tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política);

- **caracterização do perfil epidemiológico:** indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade;
- **descrição dos problemas:** O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

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

**DICA:** A SVS publica regularmente análise de situação da saúde. Consulte a publicação Saúde Brasil no endereço [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1499](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1499)

# Planejamento e programação em saúde

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

O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (Planeja-SUS) é a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no SUS.

## Que diretrizes norteiam o planejamento?

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

## Quais são os instrumentos do planejamento?

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

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

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

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

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

O **Plano de Saúde** apresenta as intenções e os resultados a serem perseguidos no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. É a definição das políticas de saúde em deter-

minada esfera de gestão. É a base para a execução, acompanhamento, avaliação e gestão do sistema de saúde.

A **Programação Anual de Saúde** operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde. Detalha as ações, metas e recursos financeiros para o mesmo e apresenta os indicadores para avaliação (a partir dos objetivos, diretrizes e metas do plano de saúde).

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

Todos os entes federados devem formular/inserir seu Plano de Saúde no Plano Plurianual (PPA) e elaborar Relatório de Gestão Anual, a serem apresentados e submetidos à aprovação do conselho de saúde correspondente

## Como ocorre a programação das ações de vigilância em saúde?

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) é um instrumento de planejamento para a definição de mínimo elenco norteador das ações de vigilância em saúde, a serem operacionalizadas pelos três níveis de gestão.

Define parâmetros nacionais e respeita a premissa do planejamento ascendente ao permitir a flexibilidade de definição das metas nos espaços loco-regionais.

As ações de vigilância em saúde devem ser realizadas de forma articulada com outras áreas da atenção a saúde, particularmente a atenção primária.

Anualmente, são definidas as ações e parâmetros que nortearão a programação das ações de vigilância em saúde acordadas pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

A PAVS está organizada pelos seguintes eixos: notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; vigilância ambiental; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; imunizações; monitoramento de agravos de relevância epidemiológica; divulgação de informações epidemiológicas; alimentação e manutenção de sistemas de informação; monitoramento das ações de vigilância em saúde; e vigilância sanitária.

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

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), realiza o monitoramento das ações da PAVS junto às secretarias estaduais de saúde, as quais monitoram os seus respectivos municípios, sendo que a SVS/MS, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, também pode realizar este monitoramento junto às secretarias municipais de saúde.

Os gestores municipal, estadual e federal devem realizar avaliações anuais da execução da PAVS, incluindo-as em seu relatório de gestão.



# O sistema de vigilância em saúde: quais são as responsabilidades dos entes federativos?

## Em relação ao componente vigilância epidemiológica e ambiental

A Portaria GM nº 1.172, de 15 de junho de 2004 (em processo de revisão), regulamenta as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde, conforme consta no **Anexo A**.

## Em relação ao componente vigilância sanitária

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece as competências das três esferas de governo em relação às ações de vigilância sanitária, conforme consta no **Anexo B**.

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

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

## Caracterização de uma região de saúde

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

Características ligadas ao grau e forma de urbanização, diferenciais socioeconômicos e culturais, bem como os ambientais, entre outras, interferem com o risco de ocorrência de várias doenças ou agravos.

Exemplo disso é a relação observada entre a ocorrência de dengue e o grau de urbanização: áreas com alta densidade demográfica e regiões metropolitanas costumam apresentar maior incidência da doença. Em conseqüência, as ações a serem desenvolvidas com

vistas a seu controle necessariamente ultrapassam os limites dos municípios, devendo ser planejadas regionalmente e executadas de maneira articulada.

## **Serviços que devem ser disponibilizados em escala regional**

Laboratórios de saúde pública, centros de controle de zoonoses, câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos, centros de referência para imunobiológicos especiais, centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos, centros de armazenamento de inseticidas, serviços de verificação de óbitos, serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade, etc.

## **Levantamento de profissionais e infraestrutura existentes**

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

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

# Financiamento do Sistema Único de Saúde

## Quais são os pressupostos do financiamento do SUS?

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

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

## Quais são os blocos de financiamento e seus componentes?

- Atenção básica. Componentes: Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável);
- Atenção de Média e Alta Complexidade. Componentes: limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; fundo de ações estratégicas e compensação;
- Vigilância em Saúde. Componentes: vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária;
- Assistência Farmacêutica. Componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional;
- Gestão do SUS. Componentes: qualificação da gestão do SUS; implantação de ações e serviços de saúde.

**Nota:** os investimentos na rede de serviços de saúde são compostos por recursos financeiros a serem transferidos, mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

O componente estratégico da assistência farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos, de responsabilidade do Ministério da Saúde. Reúne o controle de endemias – tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional –, o Programa de DST/Aids (anti-retrovirais), o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados, e os imunobiológicos.

**DICA:** Para esclarecimentos acerca do repasse do TFVS, as secretarias estaduais e municipais de saúde podem acessar os sites [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) e [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)

# Como gerenciar os recursos financeiros do bloco da vigilância em saúde?

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

## O que é limite financeiro da vigilância em saúde?

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

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

São a vigilância epidemiológica e ambiental e a vigilância sanitária.

O **componente da vigilância epidemiológica e ambiental** refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) e os seguintes incentivos<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup>Os incentivos financeiros do componente da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde são repassados para estados e municípios com critérios elegíveis e em situações específicas, e podem ter caráter temporário.

- I - Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar
- II - Laboratórios de saúde pública
- III - Atividade de promoção à saúde
- IV - Registro de câncer de base populacional
- V - Serviço de verificação de óbitos
- VI - Campanhas de vacinação
- VII - Monitoramento de resistência a inseticidas para o *Aedes aegypti*
- VIII - Contratação dos agentes de campo
- IX - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids
- X - outros que venham a ser instituídos por ato normativo específico

Inclui, ainda, os recursos federais provenientes de acordos internacionais destinados ao fortalecimento da gestão da vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (Vigisus); bem como ao Programa DST/Aids.

O **componente da vigilância sanitária** refere-se aos recursos federais destinados à execução das ações de vigilância sanitária, repassados pelo critério *per capita*, constituído pelos pisos estruturante (para o custeio de despesas relativas à organização, apoio logístico, adequação física e fortalecimento da gestão) e estratégico (para o custeio das ações de gerenciamento do risco sanitário, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite).



Contém os recursos financeiros oriundos do Finlacen-Visa (para o custeio de ações laboratoriais de vigilância sanitária) e do incentivo para gestão de pessoas (para o custeio dos processos de educação permanente em vigilância sanitária).

## **Quais são os tetos financeiros dos componentes do bloco da vigilância em saúde?**

São o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) e o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVISA)

### **Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS)**

Destina-se ao financiamento das ações de vigilância epidemiológica e ambiental, cujo repasse federal é realizado por intermédio do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, em parcelas mensais. Para atividades concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, os recursos são repassados de acordo com pactuação feita na Comissão Intergestores Bipartite.

## Como o TFVS é composto e como ter acesso aos recursos?

O TFVS de cada unidade da Federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

- valor *per capita* multiplicado pela população de cada estado da Federação e Distrito Federal;
- valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada estado da Federação e Distrito Federal; e
- contrapartidas dos estados, municípios e Distrito Federal, conforme o caso.

Os dados relativos à população e área territorial de cada unidade federada são fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os valores de TFVS serão anualmente ajustados com base na população estimada.

Considerando as respectivas características epidemiológicas, populacionais, territoriais e as dificuldades para a execução das ações de prevenção e controle, as unidades federadas foram agrupadas em quatro estratos:

Estrato	TFVS – estados per capita (R\$/hab./ano)	TFVS – estados área (R\$/km <sup>2</sup> )	Incentivo descentralização (R\$/hab./ano)	Contrapartida SMS + SES (%)
1	4,23	3,00	0,48	20
2	2,98	2,04	0,48	30
3	1,88	1,20	0,48	35
4	1,84	1,20	0,48	40

Estrato 1: AC/AM/AP/PA/RO/RR/TO/MA/MT; Estrato 2: AL/BA/CE/ES/GO/MA/MG/MS/MT/PB/PE/PI/RJ/RN/SE; Estrato 3: PR/SP; Estrato 4: DF/RS/SC

Para ter acesso aos recursos os municípios ainda não certificados precisam solicitar habilitação específica, demonstrando efetiva capacidade de assumir a gestão das ações de vigilância em saúde, conforme estabelecido na Portaria nº 1.172 (BRASIL, 2004), de 15 de junho de 2004.

**Notas:**

- 1) os municípios não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60% do atribuído ao estado correspondente;
- 2) As capitais e os municípios que compõem sua Região Metropolitana não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 80% do atribuído ao estado correspondente;
- 3) Como estímulo à implantação das atividades de vigilância em saúde nos municípios, será estabelecido um valor *per capita* que, multiplicado por sua própria população, será acrescido ao valor definido na Comissão Intergestores Bipartite.

**Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVISA)**

O TFVISA de cada estado será definido a partir do piso estratégico, mediante:

- valor *per capita*, calculado à razão de R\$ 0,21 por habitante/ano ou piso estadual de vigilância sanitária no valor de R\$ 450.000 para cada estado cujo valor *per capita* configurar teto abaixo desse valor;
- taxa de fiscalização de vigilância sanitária.

O TFVISA do Distrito Federal será definido mediante:

- piso estruturante, calculado pelo valor *per capita* de R\$ 0,36 por habitante/ano;
- piso estratégico, calculado pelo valor *per capita* de R\$ 0,21 por habitante/ano;
- taxa de fiscalização de vigilância sanitária.

O TFVISA de cada município será definido mediante:

- piso estruturante, calculado pelo valor *per capita* de R\$ 0,36 por habitante/ano ou piso municipal de vigilância sanitária no valor de R\$ 7.200/ano para municípios cujo valor *per capita* configurar teto abaixo desse valor (compõe o segmento estruturante do elenco norteador das ações de VISA);
- piso estratégico, calculado pelo valor *per capita* de R\$ 0,20 por habitante/ano, se pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, conforme critérios do segmento de gerenciamento de risco do elenco norteador das ações de Visa.

## Mecanismo de pactuação das ações de vigilância sanitária

A Portaria nº 1.998/07 (BRASIL, 2007b), que regulamenta o teto financeiro da vigilância sanitária, estabelece que o planejamento da área de vigilância sanitária, nas três esferas de governo, será concretizado pelas ações previstas nos respectivos planos de saúde, que deverão contemplar as descritas no **Anexo B**, de acordo com as necessidades e realidades dos estados, Distrito Federal e

municípios. Este anexo traz, ainda, o elenco norteador das ações de Visa, constituído por dois grupos de ações, a seguir descritos:

### Grupo I: Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão

Área de estruturação	Parâmetros
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de Visa investido(a) na função por ato legal
	Instrumento legal de criação da Visa, com definição de atribuições e competências
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva secretaria de saúde
	Código sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet
	Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais)
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária
	Sistema de informação
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de Visa em número adequado ao desenvolvimento das atividades
	Plano de capacitação

**Grupo II: Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário**

Área de intervenção	Procedimentos
1. Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde	Inspeção sanitária
	Coleta de amostra para análise
	Notificação
	Investigação
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Elaboração de materiais educativos
	Divulgação de alerta sanitário
	Atendimento à denúncia/ reclamação
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a vigilância epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e assistência
	Participação nos processos de educação destinados às equipes do Programa Saúde da Família e agentes comunitários de saúde
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com a agricultura, saneamento, educação, meio ambiente, ciências e tecnologia, etc.
5. Ações laboratoriais	Fomentar estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos

Esse conjunto de responsabilidades e compromissos deve compor a programação anual das ações de vigilância sanitária, contempladas nos planos estaduais e municipais de saúde, acordadas nas Comissões Intergestores Bipartites e aprovadas nos conselhos de saúde.

Para definição da responsabilidade sanitária de cada gestor são prioritárias a delimitação de seu universo de atuação e a quantificação dos estabelecimentos em funcionamento no território, bem como as atribuições da vigilância sanitária para intervenção nos problemas de saúde da população.

## **Como utilizar os recursos do bloco da vigilância em saúde?**

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

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

Se a previsão de utilização do recurso for inferior a um mês, o mesmo deve ser aplicado em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operações de mercado aberto lastreadas em títulos da dívida pública federal, como determina o art. 20 da Instrução Normativa STN 1/1997 (BRASIL, 1997).

É recomendável que cada secretaria estadual ou municipal de saúde procure compatibilizar a utilização dos recursos do TFVS com a elaboração dos orçamentos anuais<sup>2</sup>, baseado no respectivo plano estadual e/ou municipal de saúde.

## Como utilizar os recursos previstos no TFVS?

Observado o princípio básico de destinação específica, para as ações de Vigilância em Saúde poderão ser previstos nos limites do TFVS, recursos destinados, entre outros gastos. Seguem **exemplos** sobre a utilização dos recursos.

### Despesas de custeio

#### a) Recursos humanos

- contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de controle de endemias;
- gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da vigilância em saúde;
- capacitações específicas com conteúdo da vigilância em saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial;

---

<sup>2</sup>O orçamento público é o instrumento legal que prevê as receitas e fixa as despesas de cada ente federativo (União, estados, municípios e Distrito Federal). Fundamenta-se nos artigos 165 a 169 da Constituição Federal, na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que institui normas para a elaboração e controle do orçamento e demonstrações financeiras, e na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas para a responsabilidade na gestão.



- participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros onde sejam apresentados e discutidos temas relacionados à vigilância em saúde;
- diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à vigilância em saúde, bem como para participação em eventos ligados à área.

#### b) Serviços de terceiros

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

#### c) Material de consumo

- peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos;

- isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório;
- materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública;
- compra de equipamentos de proteção individual (EPI) para atividades de controle de vetores (competências definidas na Portaria MS nº 1.172/04);
- reposição de peças para equipamentos de aspersão;
- lâminas, lamínulas, estiletos e papel filtro;
- material de escritório.

## **Despesas de capital**

### **a) Equipamentos/material permanente**

- veículos e utilitários, desde que tenham uso exclusivamente destinado para apoio à execução das ações de vigilância em saúde;
- equipamentos e mobiliários necessários para estruturar a vigilância em saúde municipal e/ou estadual, como computadores, fax, aparelhos telefônicos, câmeras fotográficas, retroprojetor, televisão, vídeo, máquina para fotocópia, projetor de multimídia, etc.;
- aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área da vigilância em saúde;
- equipamentos para estruturar rede de frio no município e/ou estado;

- equipamentos de aspersão de inseticidas;
- equipamentos para suporte laboratorial, como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas, etc.

## **Impedimentos para a utilização dos recursos**

Fica vedada a utilização dos recursos referentes aos blocos da atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde e de gestão do SUS para pagamento de:

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

Fica vedada a aplicação de recursos do bloco da vigilância em saúde para:

- atividades de assistência médica;
- contratação de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência médica;
- compra de inseticidas, imunobiológicos, medicamentos (haja vista que esses materiais são considerados insumos estratégicos, com aquisição garantida pelo Ministério da Saúde).

**Nota:** Os recursos destinados ao pagamento de médicos/enfermeiros para atendimento a pacientes portadores de tuberculose, hanseníase e Aids são provenientes do Tesouro Nacional e de transferências governamentais, como o piso de atenção básica (PAB), entre outros.

## O que é a contrapartida dos estados e municípios?

A contrapartida refere-se à somatória das contrapartidas das secretarias estaduais de saúde e dos municípios certificados. O percentual exigido é de 20% para o Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins; 30% para Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Sergipe; 35% para Paraná e São Paulo; e 40% para o Distrito Federal e os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Poderão ser considerados como recursos de contrapartida os gastos com pessoal que atua na área da vigilância em saúde (material, equipamentos, investimentos, etc.).

As documentações orçamentárias e financeiras, inclusive dos valores de contrapartida, devem estar sempre disponíveis para as auditorias realizadas pelo Ministério da Saúde.

## **Como são financiadas as ações da saúde do trabalhador?**

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

# Como são financiadas as ações de promoção da saúde?

O financiamento dessas ações está regulamentado nos instrumentos integrantes dos blocos de financiamento da vigilância em saúde, por meio de incentivos que não têm caráter permanente (Portarias nºs 79, de 23 de setembro de 2008; 2.981, de 9 de dezembro de 2008; e 139, de 11 de agosto de 2009), e da atenção básica, por intermédio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008).

# Bloqueio de repasse de recursos do bloco da vigilância em saúde

De acordo com a Portaria nº 204/07 (BRASIL, 2007a), as transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os estados, Distrito Federal e/ou municípios serão suspensas nas seguintes circunstâncias:

- quando os recursos nos estados, Distrito Federal e/ou municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;
- quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da auditoria no bloco de financiamento correspondente, realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do estado, Distrito Federal e/ou município envolvido.

A regularização do repasse da parcela mensal do bloco da vigilância em saúde ocorrerá a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente no bloco.

A Portaria nº 16 (BRASIL, 2005), de 4 de maio de 2005, em revisão, estabelece que para a suspensão do repasse mensal dos recursos do TFVS de estados, municípios e Distrito Federal a SVS/MS enviará ofício ao gestor estadual e/ou municipal comunicando a situação e solicitando justificativa que deve ser formalizada no prazo máximo de 15 dias.



A justificativa será acatada caso seja demonstrada a aplicação e/ou comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente.

Nos casos em que a justificativa não seja enviada ou não preencha os critérios estabelecidos, a SVS/MS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Executiva/MS o bloqueio do repasse mensal do TFVS, comunicando oficialmente tal fato ao gestor e respectivo conselho de saúde.

Quando se tratar de municípios, a SVS/MS comunicará o bloqueio à respectiva secretaria estadual de saúde.

Para justificar o comprometimento dos recursos do TFVS poderão ser acatadas as seguintes documentações: notas de empenho em fase de liquidação; pagamentos efetivados após a data de verificação do saldo bancário; processos licitatórios em andamento, com edital já publicado; processos licitatórios com recursos administrativos e/ou judiciais; resolução da Comissão Intergestores Bipartite, no caso das secretarias estaduais de saúde, aprovando repasse da parcela do TFVS aos municípios certificados; ou recursos destinados à reserva técnica para aplicações emergenciais, aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite, no valor máximo de 1,0% do TFVS da respectiva unidade federada.

Para a comparação entre o valor total do saldo e o valor correspondente a seis meses de repasse, não serão computados os montantes depositados retroativamente, em função de alterações ou atualizações do TFVS – esses valores somente serão considerados após 180 dias da data do depósito.

O gestor receberá retroativamente os valores retidos, na hipótese de comprovação da aplicação dos recursos até 120 dias após a data do bloqueio.

Caso a comprovação ocorra após 120 dias do bloqueio, o valor retido será repassado para a secretaria estadual de saúde, que aprovará na Comissão Intergestores Bipartite a aplicação do mesmo.

**DICA:** Para esclarecimentos acerca do repasse do TFVS, as secretarias estaduais e municipais de saúde podem acessar os sites [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) e [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)

# Orientações sobre o processo de licitação

## O que é processo licitatório?

O processo licitatório pode ser entendido como o conjunto de procedimentos legais a serem observados pela administração pública quando da realização de contratações de obras, serviços, compras e alienações.

## Quais são as principais normas legais que tratam do processo licitatório?

Os principais dispositivos legais são as Leis Federais n<sup>os</sup> 8.666, de 21 de junho de 1993, e 10.520, de 17 de julho de 2002, e os Decretos n<sup>os</sup> 3.555, de 8 de agosto de 2000, e 5.450, de 31 de maio de 2005.

## Quem pode participar das licitações?

Os interessados que atuem no ramo pertinente ao objeto licitado, sendo vedada a participação de empresas cujas administrações, direta ou indiretamente, possuam qualquer servidor de cargo efetivo ou comissionado pertencente aos quadros do órgão responsável pela licitação. Apesar de não haver proibição expressa na legislação, em razão do princípio da moralidade, os municípios devem evitar contratar empresas cujos sócios ou gerentes mantenham relação de parentesco com os funcionários responsáveis pela realização das licitações.

## **A legislação estabelece procedimentos diferenciados para contratações com características distintas?**

Sim. Em razão das características de cada objeto a ser contratado, a legislação estabeleceu formas específicas de licitação, tratadas pela legislação como modalidades.

## **Quantas e quais são as modalidades existentes?**

As Leis nºs 8.666/93 e 10.520/02 (BRASIL, 1993, 2002) instituem seis modalidades de licitação: concorrência; tomada de preços; convite; concurso (utilizado para apresentação de trabalhos, com concessão de prêmios); leilão (utilizado para a venda de bens) e pregão.

## **Como se escolhe a modalidade adequada para a contratação pretendida?**

Essa escolha é feita em razão do valor estimado da contratação (para as modalidades concorrência, tomada de preços e convite) e a natureza do objeto (para a modalidade pregão).

A concorrência é utilizada para as contratações de obras e serviços de engenharia acima de R\$ 1.500.000; e para compras e demais serviços acima de R\$ 650.000.

A tomada de preços é utilizada para as contratações de obras e serviços de engenharia até o limite de R\$ 1.500.000; e para compras e demais serviços até R\$ 650.000.

O convite é utilizado para as contratações de obras e serviços de engenharia até o limite de R\$ 150.000; e para compras e demais serviços até R\$ 80.000.

Para o pregão não existe limite de valor. Todavia, só pode ser utilizado para a contratação de bens e serviços comuns, nos termos do Decreto nº 3.555/00.

## **É obrigatório realizar licitação para contratações de quaisquer valores?**

Não. A Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993), prevê que a licitação é dispensável para contratar obras e serviços de engenharia até o limite de R\$ 15.000 e para aquisições ou contratações dos demais serviços até o limite de R\$ 8.000. Mas faz-se necessário formalizar o processo de dispensa de licitação.

## **Para concluir uma dispensa de licitação, é necessário obter mais de uma proposta?**

A legislação não prevê especificamente essa determinação, mas recomendamos a obtenção de no mínimo três propostas para comparação de preços, o que garante transparência ao procedimento seletivo.

## **Na realização do convite, há um número mínimo de propostas de preços para validade da licitação?**

Sim. Segundo entendimento exarado em várias decisões do Tribunal de Contas da União, formuladas a partir da interpretação dos §§ 3º e 7º do art. 22 da Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993), necessita-se de, no mínimo, três propostas válidas para a continuidade do certame.

## **Que providência deve ser adotada quando não forem obtidas essas três propostas de preços?**

Deve-se repetir o convite, encaminhando-o a outras empresas, além das que compareceram. Caso, mesmo assim, não sejam obtidas as três propostas, deve-se relatar a situação e decidir a licitação com a(s) proposta(s) existente(s), observado o preço estimado para fins de aceitabilidade.

## **É necessário publicar o aviso de convite?**

Não. O aviso deve ser disponibilizado em local próprio para consulta pública, podendo, também, ser utilizado outro meio que assegure sua ampla divulgação, como, por exemplo, a internet.

## **Qual o prazo para a divulgação do convite?**

O prazo mínimo entre a divulgação do convite e o recebimento das propostas é de cinco dias úteis.

## **O que é comissão de licitação e quais são suas atribuições?**

É a comissão criada pela administração para receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações. Para a modalidade pregão não há comissão de licitação, mas sim a nomeação de um pregoeiro, que, auxiliado por equipe de apoio, é responsável pela condução da licitação.

## **Existe número mínimo de membros para compor a comissão de licitação?**

Sim. A Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993) estabelece que as comissões sejam compostas por, no mínimo, três membros (dos quais, pelo menos, dois devem ser servidores do órgão responsável pela licitação).

No caso de convite, a comissão de licitação, excepcionalmente nas pequenas unidades administrativas e em face da carência de pessoal, poderá ser substituída por servidor formalmente designado pela autoridade competente.

## **O que diferencia o pregão das demais modalidades de licitação?**

São várias as diferenças entre os dois procedimentos. Em síntese, o pregão foi instituído exclusivamente para a aquisição de bens e serviços comuns. Essa modalidade contempla novos ritos processuais, em especial a inversão das fases (habilitação e abertura das propostas comerciais), havendo a possibilidade de os licitantes formularem lances verbais, decrescentes e sucessivos. Nessa nova regra, verificam-se, inicialmente, os preços propostos e os lances

verbais para sua redução, para, ao final, analisar os documentos de habilitação apenas da empresa vencedora. Essas diferenças possibilitam ao pregão rapidez na conclusão do processo e possibilidade de obtenção de preços mais baixos.

## **O que são bens e serviços comuns?**

Segundo as disposições da Lei nº 10.520/02 (BRASIL, 2002), são aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado. O Anexo I do Decreto nº 3.555/00 traz relação contendo exemplos de bens e serviços comuns.

## **Quais são as exigências específicas para realizar um pregão?**

O órgão deverá possuir recursos logísticos que possibilitem a realização do certame mediante a utilização de programa em computador com o uso de equipamento de projeção (datashow ou similar), de modo a permitir a perfeita visualização das ofertas pelos presentes.

Além dos recursos logísticos, o órgão deve providenciar habilitação específica para os servidores que atuarão como pregoeiros nas licitações, sendo nulos os processos cujo pregoeiro não preencha tal requisito.

## **Qual é o prazo para a publicação do aviso de licitação na modalidade pregão?**

O prazo mínimo entre a publicação do aviso e a realização do certame é de oito dias úteis.



## **Os quantitativos licitados poderão ser alterados após a conclusão do procedimento licitatório?**

Sim. A legislação prevê a possibilidade de crescer ou suprimir em até 25% o valor inicial atualizado do contrato, nas obras, serviços ou compras. Nos casos de reforma de edifício ou de equipamentos, o acréscimo poderá ser de até 50%. Para essas alterações, devem ser observadas as mesmas condições contratuais, acompanhadas de justificativas técnicas e parecer jurídico.

## **Quais são os procedimentos para a abertura do processo licitatório, aplicado em qualquer modalidade?**

A fase interna do procedimento relativo à licitação observará a seguinte seqüência de atos preparatórios:

- solicitação expressa do setor requisitante interessado, com indicação de necessidade e especificação do objeto, de forma precisa, clara e sucinta;
- nos casos de obras e serviços de engenharia, elaboração do projeto básico e, quando for o caso, o executivo. Para a contratação de bens e serviços comuns (por meio de pregão), elaboração do termo de referência;
- estimativa do valor da contratação, mediante comprovada pesquisa de mercado, que comporá o projeto básico ou o termo de referência;

- aprovação da autoridade competente para início do processo licitatório, devidamente motivada e analisada sob a ótica da oportunidade, conveniência e relevância para o interesse público;
- autuação do processo correspondente, que deverá ser protocolizado e numerado;
- indicação dos recursos orçamentários para fazer frente à despesa;
- verificação da adequação orçamentária e financeira, em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal, quando for o caso;
- definição da modalidade e tipo de licitação a serem adotados;
- confecção do edital;
- parecer jurídico;
- ampla divulgação do edital;
- adjudicação e homologação da licitação;
- publicação do resultado da licitação;
- respeito aos prazos de acordo com a Lei nº 8.666/93.

## **Quais são os procedimentos pós-homologação da licitação?**

- Fazer o contrato ou realizar a emissão da autorização de serviço (AS) ou autorização de fornecimento (AF), devidamente assinadas pelo responsável pela área de compras e o ordenador da despesa;

- Encaminhar ao fornecedor a autorização para entrega do bem e/ou serviço;
- Certificação da nota fiscal, após a entrega do bem e/ou serviço, de acordo com o que foi licitado;
- Providenciar a liquidação e o pagamento da despesa;
- Arquivar o processo.

## Contrato

Concluída a licitação, a administração adotará as providências para a celebração do respectivo contrato – no qual devem estar estabelecidas, com clareza e precisão, as cláusulas com os direitos, obrigações e responsabilidades da administração e do particular, concordando com o ato convocatório da licitação.

A minuta do termo do contrato, obrigatoriamente examinada e aprovada previamente por assessoria jurídica da administração, deve estar sempre anexada ao ato convocatório.

O contrato só poderá ser celebrado se houver efetiva disponibilidade de recursos orçamentários no exercício financeiro correspondente.

Mediante exposição de motivos e aprovação pela área jurídica, poderá ser aditado ou suprimido até 25% do limite financeiro contratado.

A contratação deve ser obrigatoriamente formalizada mediante termo de contrato nos seguintes casos:

- licitações realizadas nas modalidades de tomada de preços e concorrência;

- dispensa, inexigibilidade de licitação ou pregão cujo valor esteja compreendido nos limites das modalidades tomada de preços e concorrência;
- contratações de qualquer valor, das quais resultem obrigações futuras, por exemplo: entrega futura ou parcelada do objeto e assistência técnica.

Nos demais casos, o termo de contrato é facultativo, podendo ser substituído pelos seguintes instrumentos: carta contrato, nota de empenho de despesa, autorização de compra, ordem de execução do serviço.

## Estágios da despesa pública

a) **Fixação**: ocorre na Lei Orçamentária Anual (LOA), com base nos montantes que o órgão pretende gastar no exercício. As classificações orçamentárias devem ser respeitadas segundo a categoria econômica, funcional, institucional e fonte de recurso;

b) **Empenho (BRASIL, 1964)**: os órgãos e entidades passam a executar o orçamento por meio de empenho, não excedendo o estipulado na LOA, de acordo com as seguintes modalidades:

- global: utilizado em despesas contratuais e sujeitas a parcelamento;
- estimativo: o valor é estimado, pois não se sabe ao certo quanto será gasto. Quando da efetivação (apresentação da despesa), faz-se um reforço ou estorno do estimativo;
- ordinário: quando se conhece o valor e não há parcelamento da despesa.

c) **Liquidação (BRASIL, 1964)**: consiste na verificação do direito do credor, tendo por base documento comprobatório, geralmente a nota fiscal. Considerando o contrato, nota de empenho e comprovante de entrega do material ou serviço, essa verificação apura a origem, o quê, a importância e a quem se deve pagar.

Por ser considerado o estágio mais importante da despesa, pois envolve grande responsabilidade, este é o momento em que a administração pública recebe o bem e verifica sua qualidade e adequação.

d) **Pagamento (BRASIL, 1964)**: último estágio, quando o ente transfere recursos ao credor.

Efetuada somente após a liquidação regular, o despacho ou autorização (assinado) deve ser dado por autoridade competente. A ordem bancária deve ser emitida pela contabilidade e o pagamento feito por estabelecimento bancário ou, em casos excepcionais, por adiantamento.

## **Entrega do bem, serviço, material permanente e insumos licitados**

Conferir se os itens especificados estão de acordo com o licitado.

## **Certificação da documentação**

O documento fiscal deve ser atestado pela unidade solicitante e área financeira (com carimbo, data e assinatura), devendo-se verificar se o preenchimento está de acordo com os dados constantes no contrato: razão social, CNPJ, número do empenho, descrição do objeto, recolhimento de tributos e número do processo. No caso de material permanente, o mesmo deve ser patrimoniado.

## **Encaminhamento ao financeiro para liquidação e pagamento**

- Liquidação do empenho;
- Confeção da ordem bancária;
- Encaminhamento para assinatura do ordenador de despesa;
- Encaminhamento para o banco;
- Nos casos de convênio e/ou contrato de repasse, incluir informação relativa à prestação de contas.

## **Arquivamento**

A área financeira encaminha os seguintes documentos para arquivamento na área de contabilidade:

- Cópia do empenho e nota fiscal original;
- Ordem bancária devidamente assinada;
- Cópia do contrato e/ou autorização de fornecimento e/ou autorização de serviços.

O processo de arquivamento de despesa pela contabilidade deve sempre estar acorde com as orientações do Tribunal de Contas do estado e/ou municípios.

# Legislação básica

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

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

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

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

Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 777/04, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados e Distrito Federal na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Portaria Conjunta SE/SVS nº 8, de 29 de junho de 2004. Define o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e dá outras providências.

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

Portaria SVS/MS nº 16, de 4 de maio de 2005. Regulamenta a suspensão do repasse mensal dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS.

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

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

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

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



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

Portaria GM/MS nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar a estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não-transmissíveis por parte das secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde das capitais.

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

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

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

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

Portaria GM/MS nº 1.998, de 22 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

Portaria GM/MS nº 3.271, de 27 de dezembro de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados aos Laboratórios de

Saúde Pública para a execução das ações de vigilância sanitária, na forma do bloco de financiamento de vigilância em saúde.

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

Portaria Interministerial MPOG/MF/CGU nº 127, de 29 de maio de 2008. Estabelece normas para execução do disposto no Decreto nº 6.170, de 25.7.2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.

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

Portaria SVS/MS nº 79, de 23 de setembro de 2008. Estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008.

Portaria MS/GM nº 2.981, de 9 de dezembro de 2008. Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde para incentivo à implementação e ao fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008.

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

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

Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005. Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.

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

# Referências

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 1964.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1993.

\_\_\_\_\_. Lei nº 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Instrução Normativa STN nº 1, de 15 de maio de 1997. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal as novas condições de gestão criadas pela norma operacional básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 16, de 5 de janeiro de 2005. Torna pública a proposta de projeto de resolução "regulamento técnico Mercosul sobre terceirização para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes" e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jan. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1998, de 21 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do componente de vigilância sanitária do bloco de financiamento de vigilância em saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Promoção e vigilância em saúde nas redes de atenção/territórios de atenção à saúde (Teias)*: contribuições para discussão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2009. Documento preliminar, circulação restrita.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Categorização das ações de vigilância em saúde*. Brasília, 2006b. Documento discutido no GTVS.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LOTUFO, Márcia. *Documento técnico com proposta de articulação da atenção básica e vigilância no nível local do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Circulação restrita

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, ano 8, p. 63-67, out./dez. 2007.

# Glossário

AF – Autorização de fornecimento  
AS – Autorização de serviço  
CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS  
EPI – Equipamentos de Proteção Individual  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FINLACEN-VISA – Financiamento para o custeio de ações laboratoriais de vigilância sanitária  
FNS/SE/MS – Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LOA – Lei Orçamentária Anual  
MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAB Fixo – Piso da Atenção Básica Fixo  
PAB Variável – Piso da Atenção Básica Variável  
PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde  
PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde  
PDI – Plano Diretor de Investimento  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PPA – Plano Plurianual  
PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde  
SES – Secretaria de Estado da Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde  
TFVISA – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária  
TFVS – Teto Financeiro de Vigilância em Saúde  
VIGISUS – Financiamento através de acordos internacionais, destinado ao fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios  
VS – Vigilância em Saúde  
VISA – Vigilância Sanitária

# Anexos

## Anexo A – Competências da Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Competências	União	Estados	Municípios	DF
A vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde	X	X	X	X
Coordenação nacional, estadual ou municipal das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito	X	X	X	X
Execução das ações de vigilância em saúde, de forma complementar à atuação dos estados ou municípios	X	X		X
Execução das ações de vigilância em saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação estadual ou municipal	X	X		X
Definição das atividades e parâmetros que integram a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)	X			
Normatização técnica	X	X	X	X
Assessoria técnica a estados e/ou municípios	X	X		X
Abastecimento dos seguintes insumos estratégicos: imunobiológicos; inseticidas; meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico); equipamentos de proteção individual (EPI) compostos por máscaras respiratórias de pressão positiva/negativa com filtros de proteção adequados para investigação de surtos e agravos inusitados à saúde	X			

continua



continuação

Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde	X	X	X	X
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: normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos; consolidação dos dados provenientes dos estados; retroalimentação dos dados	X			
Divulgação de informações e análises epidemiológicas	X	X	X	X
Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional, estadual ou municipal	X	X	X	X
Promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos	X	X	X	X
Definição de centros de referência nacionais de vigilância em saúde	X			
Coordenação técnica da cooperação internacional na área de vigilância em saúde	X			
Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos	X	X	X	X
Assessoramento às secretarias estaduais de saúde (SES) e às secretarias municipais de saúde (SMS) na elaboração da PAVS	X			
Supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de vigilância em saúde realizadas pelos municípios, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde	X	X		X

continua

continuação

Coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) ou Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP) nos aspectos relativos à vigilância em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes	X	X		X
Coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país e as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização	X			
Execução das ações de vigilância em saúde em municípios não certificados		X		X
Definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)		X	X	X
Abastecimento dos seguintes insumos estratégicos: medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT; seringas e agulhas, sendo facultado ao estado a delegação dessa competência à União, desde que a parcela correspondente do TFVS seja subtraída do repasse à SES; óleo vegetal; equipamentos de aspersão de inseticidas; aquisição de máscaras faciais completas para a nebulização de inseticidas a ultra baixo volume (UBV) – a frio e termonebulização – para o combate a vetores; equipamentos de proteção individual (EPI): máscaras semifaciais para a aplicação de inseticidas em superfícies com ação residual para o combate a vetores; gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios		X		X

continua

continuação

Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual ou municipal, incluindo: consolidação dos dados provenientes dos municípios ou de unidades notificantes, por meio de processamento eletrônico, do Sinan, do SIM, do Sinasc, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos; e retroalimentação de dados		X	X	X
Envio dos dados ao nível federal ou estadual regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema		X	X	X
Definição de centros de referência estaduais de vigilância em saúde		X		X
Coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, o mercúrio e o benzeno		X		X
Supervisão da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública		X	X	X
Abastecimento para diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública		X		X
Coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos		X		X
Coordenação do componente estadual ou municipal do Programa Nacional de Imunizações		X	X	X
Supervisão da execução das ações básicas de vigilância sanitária realizadas pelos municípios		X		X
Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização	X	X	X	X

continua

continuação

Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas			X	X
Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território			X	X
Busca ativa de declarações de óbito e de nascidos vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território			X	X
Abastecimento para realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a secretaria estadual de saúde			X	X
Abastecimento para realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PAVS			X	X
Acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública			X	X
Monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal			X	X
Captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação			X	X
Registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem			X	X
Ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros			X	X

continua

continuação

Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação			X	X
Vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna			X	X
Execução das ações básicas de vigilância sanitária			X	X
Gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações			X	X
Aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores, definidas no Manual de Procedimentos de Segurança, publicado pelo Ministério da Saúde			X	X

OBS: 1- A responsabilidade pela disponibilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) será das três esferas de governo, de acordo com o nível de complexidade a ser definido pela especificidade funcional desses equipamentos. 2- As competências aqui estabelecidas poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB

## Anexo B – Competências da Vigilância Sanitária

Competências	União	Estados	Municípios	DF
Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, cuja execução pode ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios	X			
Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano	X			
Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais	X			
Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde	X			
Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados	X			
A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional	X			
Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços		X		X

continua

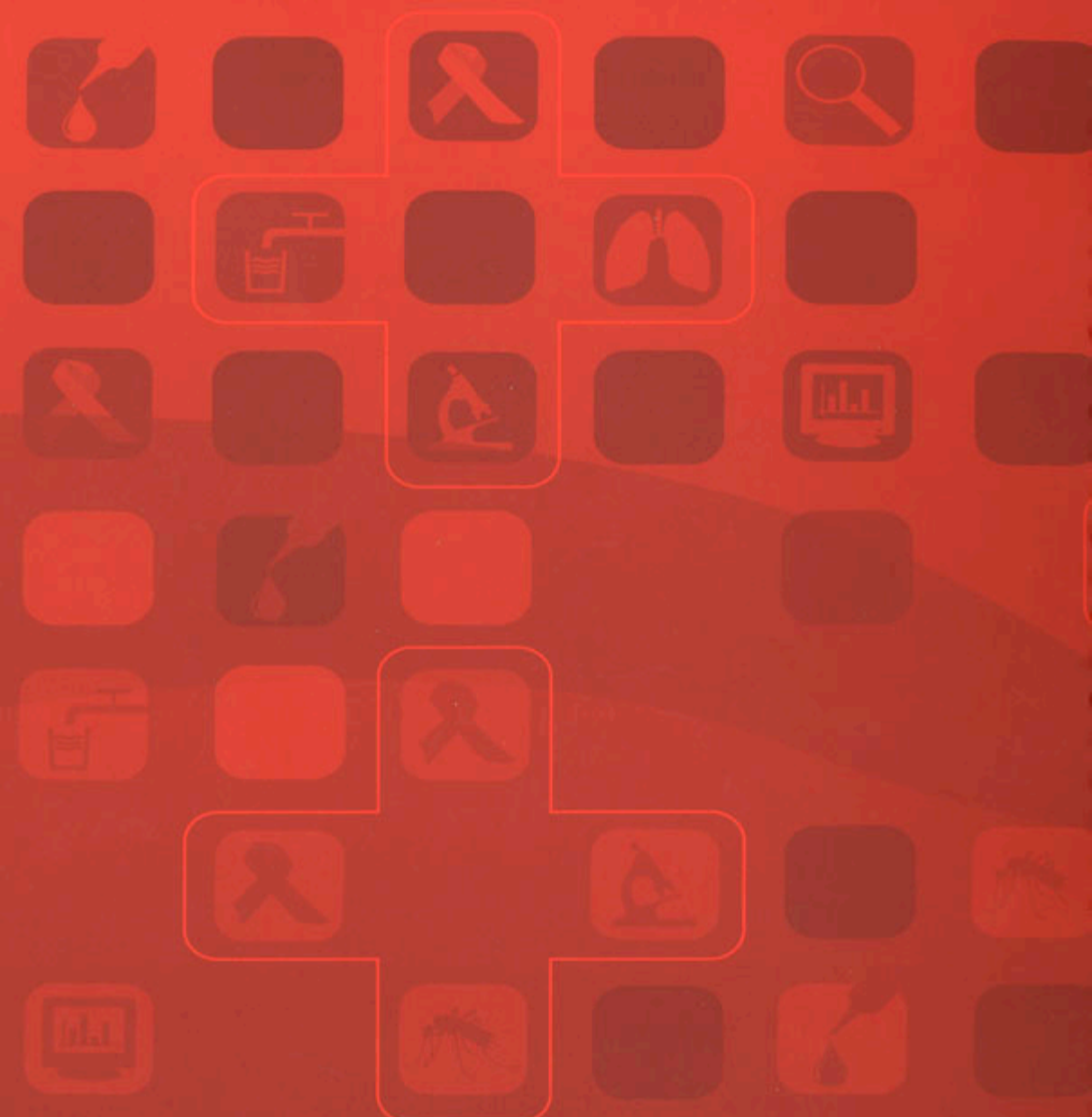
continuação

Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde		X		X
Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano		X		X
Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras		X		X
Executar serviços			X	X
Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde			X	X









[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério  
da Saúde

