



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 21/10/04

I. PAUTA

A. Homologação

- 1) Habilitação de municípios – SE
- 2) Desabilitação de municípios – SE
- 3) Habilitação de estados - SE
- 4) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 5) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – SVS
- 6) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária
- 7) Municípios que receberão recursos do Proesf para execução das ações do pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal

B. Temas para discussão e pactuação

1. Política de Vigilância em Saúde

- a) Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar – SVS

2. Gestão do Trabalho e Educação Permanente

- a) Repasse fundo a fundo para processos de formação de agentes comunitários de saúde - SGETES

C. Temas para apresentação e debate

1. Gestão

- a) Pacto de Gestão – SE

2. Atenção à Saúde

- a) Núcleos de Saúde Integral – SAS
- b) Atenção domiciliar - SAS
- c) Política de medicina natural e práticas complementares – SAS

3. Vigilância Sanitária

- a) Política vigente para regulamentação de medicamentos no Brasil – Anvisa

4. Ciência e Tecnologia

- a) Alimentação regular e sistemática do SIOPS a partir de 2000 - vigência da EC 029 - SCTIE
- b) Alimentação dos Módulos do BPS, especialmente o SIFAB (Sistema de Informações sobre a Farmácia Básica) e o SIMEAC (Sistema de Informações de Medicamentos Excepcionais de Alto Custo) – SCTIE

D. Informes

- a) Implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS - SAS
- b) Mutirões de cirurgias eletivas - SAS
- c) Hospitais de pequeno porte - SAS
- d) Encontro de contas dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional para o 4º trimestre de 2004 - SAS
- e) Registro Nacional de Preços de Medicamentos - SAA

II. DESENVOLVIMENTO

A. HOMOLOGAÇÃO

A 1. Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação do município de Porto Seguro/Bahia na competência outubro, habilitado ad referendum da CIT tendo em vista que no mês de setembro não foi realizada a reunião. Foi homologada também a habilitação, na competência novembro, dos municípios de Ibertioga/MG, Dias D'Ávila e Santo Antônio de Jesus/BA e São Luis/MA. A partir da competência novembro estão habilitados conforme a NOB 96 e a Noas 2002, o total de 649 municípios em GPSM.

A 2. Habilitação de estados – foi aprovada a habilitação à gestão plena de sistema municipal dos estados do Espírito Santo, Maranhão e Tocantins. Os estados do Espírito Santo e Tocantins não cumpriram o item 58.2 da Noas, apesar do estado do Espírito Santo contar com 35 municípios habilitados em GPSM e o estado de Tocantins com 07 municípios; como até o momento outros municípios nesses estados não pleitearam a habilitação em gestão plena de sistema municipal conforme o Noas o plenário da CIT aprovou os pleitos, pois não há impedimento dos estados para tal habilitação. O Conass parabenizou os estados e ressaltou como ponto marcante nesse processo a cooperação do Ministério da Saúde aos estados. Os secretários agradeceram a colaboração das equipes técnicas do MS, particularmente aos técnicos de referência no acompanhamento dos estados. O Conasems mencionou que este acontecimento é mais um marco na consolidação do SUS. O secretário do Espírito Santo, Dr. João Felício Scárdua, solicitou ao Ministério da Saúde medidas urgentes para modificar a situação de contratação de profissionais médicos através do código 7. Ao persistir a atual situação, muitos gestores estaduais e municipais podem enfrentar processos relativos à contribuição para a seguridade social.

A.3 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS – foram qualificados dois municípios de São Paulo conforme o Anexo I.

A.4 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – foram certificados doze municípios conforme o Anexo II.

A.5 Municípios que receberão recursos do Proesf para execução das ações do pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal – foi homologada a lista de 32 municípios que receberão os recursos do Proesf, aprovada ad referendum da CIT, para competência outubro. Anexo III.

A. 6 Desabilitação de municípios – a Secretaria Técnica da CIT recebeu os processos de desabilitação dos municípios de Amargosa e Medeiros Neto na Bahia e Presidente Prudente em São Paulo. O Ministério da Saúde, avocando o artigo 5º da Portaria 1734 de 05/08/04 propôs que os processos de desabilitação dos três municípios não sejam apreciados nesta reunião e que seja instituído um processo de acompanhamento e de verificação *in loco* por uma comissão tripartite e se for o caso o estabelecimento de termos de ajuste de conduta juntamente com o Ministério Público, com estes municípios e que seja apresentado um relatório na próxima CIT. O Conasems concorda com a proposta e solicita que outros municípios na mesma situação sejam contemplados até que os novos gestores assumam. A representação do CONASS manifestou-se por acatar as decisões da CIB da Bahia e do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, que deliberaram pela desabilitação dos municípios, em razão das irregularidades verificadas. Dr. Gastão Wagner, Secretário Executivo do Ministério da Saúde argumentou que os membros da CIT não têm apenas o papel de homologar decisões, mas sobretudo de harmonizar e criar condições para que as irregularidades do sistema sejam corrigidas. Dr. Gilson, presidente do CONASS, considerou que o MS tem direito de apresentar recurso a CIT, porém solicitou que se defina um prazo até a próxima CIT, para que o MS apresente o relatório das visitas e para que a CIT possa deliberar a respeito da desabilitação ou não. O Conass concordou com a proposta do Ministério, mas solicitou o registro das seguintes observações: que a posição do Conass é que devem ser respeitadas as decisões das CIB ou dos CES quando for o caso, que reconhece o direito do MS de utilizar o artigo 5º da portaria, mas observa que deve haver

cuidado para a decisão de não apreciar o assunto nessa reunião não parecer omissão da CIT ou de que não foram tomadas as providências que lhe cabia tomar; observou ainda que fato semelhante com outros municípios deve ser analisado caso a caso. Foi aprovada a proposta da comissão tripartite visitar os três municípios e apresentar relatório na próxima CIT.

B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

B.1 Subsistema nacional de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar – o Secretário de Vigilância em Saúde apresentou a proposta da minuta de portaria que cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar e institui o Fator de Incentivo para os Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, para os estabelecimentos integrantes da Rede do SUS; salientou que deve ser corrigido o parágrafo 1º do artigo 4º da portaria e que os recursos do incentivo serão transferidos aos fundos estaduais e municipais de saúde que os repassarão diretamente para a conta bancária definida pelo hospital. O Conass observou que todos os hospitais já fazem essa notificação mencionada na portaria e o fato de que alguns passarão a receber o incentivo pode desestimular os outros a continuarem a notificação; a dificuldade de atender a obrigatoriedade de constituir a equipe nos moldes do que estabelece o anexo II da portaria, principalmente no que se refere à carga horária do profissional de saúde; solicitou que seja estudada uma nova redação da portaria. O secretário de Vigilância em Saúde explicou que as Comissões de Controle da Infecção Hospitalar hoje existentes podem exercer o papel do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e que pode ser flexibilizada a composição da equipe, constando na portaria que seja recomendável aquela composição da equipe. O mérito da portaria foi aprovado, com o compromisso do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde modificar a redação dos pontos mencionados, ainda no mês de novembro. Anexo IV

B.2 Repasse fundo a fundo para processos de formação de agentes comunitários de saúde – a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde apresentou a proposta de portaria instituindo financiamento na modalidade fundo a fundo, trimestralmente, para a formação profissional dos agentes comunitários de saúde, estabelecendo o custo unitário por regiões e estados e definindo que todos os agentes em exercício deverão realizar a formação básica. O Conasems considerou a iniciativa muito importante e aprovou o mérito da proposta, mas ponderou a necessidade de nova redação, no prazo de uma semana, tendo em vista que deve ser discutido pelo Grupo de Trabalho qual o perfil do profissional de saúde que o SUS está denominando agente comunitário de saúde. O Conass considerou importante a publicação dessa portaria; lembrou a dificuldade que os estados estão enfrentando para receber os recursos dos convênios para capacitação e solicitou que se estude a possibilidade de transferir fundo a fundo esses recursos que ainda não foram repassados; ponderou ainda, que essa transferência fundo a fundo causará pouco impacto se não for aprovada também a regulamentação do pagamento das horas aula para pessoal com vínculo na rede pública de saúde ou das universidades; ponderou a necessidade de definir o que a saúde pública quer que o agente comunitário de saúde realize e que sejam definidas regras claras sobre o assunto. Foi aprovada a portaria com o compromisso do Grupo de Trabalho fazer ajustes na redação, em uma semana. Anexo V. O Ministério informou que na primeira quinzena de novembro será realizada uma reunião com o Conass e Conasems para tratar das atribuições e formas de contratação do agente comunitário de saúde.

C. TEMAS PARA APRESENTAÇÃO E DEBATE

C.1 Pacto de gestão – o Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização informou que desde a reunião da CIT de agosto foram realizadas uma oficina de trabalho com os componentes dos grupos de trabalho da Câmara Técnica da CIT e quatro reuniões sobre os temas responsabilidade/responsabilização sanitária e regionalização quando foram verificados os consensos e dissensos sobre os temas. O Ministério apresentou o documento Pacto de Gestão do Sistema Único De Saúde: Proposta do Ministério da Saúde para a

Definição de Compromissos com Ações de Curto Prazo, um conjunto de proposições referentes a responsabilidades com resultados, responsabilidades na oferta de ações e responsabilidades no processo de gestão, que expressam compromissos a serem assumidos no curto prazo, com o intuito de contribuir para orientar a discussão com os gestores e o processo de pactuação. Anexo VI. O presidente do CONASS, Dr. Gilson Cantarino, considerou que não há divergências quanto às propostas gerais apresentadas no documento, ressaltou a necessidade de se estabelecer quais são os objetivos políticos do Pacto e informou que a assembléia foi unânime sobre a necessidade de elaborar um documento guia que aprofunde os temas do pacto, que seja referência para o debate e para as contribuições do grupo e que será modificado e complementado ao longo da discussão; é necessário definir onde queremos chegar, quais os objetivos que queremos alcançar. O Conasems ressaltou que já há consenso em alguns pontos e é necessário debater os dissensos e construir novos consensos; é preciso manter a coerência entre o que está se colocando em prática e o que se quer pactuar. Foi aprovada a proposta de organização de um espaço político reunindo a direção do Conass, Conasems e Ministério da Saúde para definição de objetivos e consensos iniciais para o pacto de gestão, apontando rumos para os trabalhos dos Grupos, nos eixos de financiamento, regionalização, atenção à saúde e resultados sanitários.

C.2 Núcleos de Saúde Integral, Atenção domiciliar e Política de medicina natural e práticas complementares – os temas foram remetidos para a Câmara Técnica da CIT para serem discutidos na próxima reunião da CIT.

C.3. Política vigente para regulamentação de medicamentos no Brasil – o tema será apresentado na próxima reunião da CIT.

D. INFORMES

D.1 Alimentação regular e sistemática do SIOPS a partir de 2000 - vigência da EC 029 – foi apresentado o mapa atualizado de alimentação do SIOPS por estados e municípios desde 2000 e enfatizada a importância do preenchimento dessa informação. Esses dados serão enviados aos estados e municípios.

D.2 Alimentação dos Módulos do BPS, especialmente o Sistema de Informações sobre a Farmácia Básica e o Sistema de Informações de Medicamentos Excepcionais de Alto Custo – foi realizado um diagnóstico da situação da alimentação dos sistemas de informação e foram constatados problemas na implantação, operacionalização e capacitação dos operadores. A proposta é disponibilizar a versão 3.0 do SIFAB o mais breve possível; fortalecer o acompanhamento e fiscalização dos incentivos repassados; promover em parceria com os estados capacitação dos operadores do sistema; implantar um sistema integrado para assistência farmacêutica, com as seguintes premissas: permitir que estados e municípios possam informar no sistema todos os recursos investidos na aquisição de medicamentos, alimentação do sistema em tempo real e permitir a integração entre outros sistema do MS e das demais esferas de governo. A Secretaria de Ciência e Tecnologia está executando: o resgate da operacionalização do SIFAB; a montagem da base de dados para monitoramento e controle do consumo dos medicamentos excepcionais e a construção de uma ferramenta de gestão (sistema integrado da assistência farmacêutica), que forneça informações das demandas estaduais e municipais que direcione a implementação de uma efetiva política de assistência farmacêutica descentralizada, valorizando dessa forma os perfis e necessidades de cada município brasileiro. O Conasems solicitou que seja pautada no GT de Informação e Informática uma discussão sobre os sistemas de assistência farmacêutica. O professor Elias Jorge informou ainda que está sendo preparada uma plataforma no banco de preços de medicamentos para atender a esses módulos para que sejam disponibilizadas as informações sobre compra desses medicamentos para melhoria do controle social e gerenciamento; apenas 7 estados não se cadastraram nesse banco e muitos estados já estão preenchendo os dados das compras. Será agendada essa discussão na Câmara Técnica.

D.3 Encontro de contas dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional para o 4º trimestre de 2004 - está sendo negociada uma complementação orçamentária de R\$ 90 mi para garantir o repasse de recursos para o último trimestre do ano, com desconto integral da imiglucerase e da imunoglobulina, permitindo um aporte para os estados no valor de R\$ 70 mi; a portaria será publicada nos próximos dias.

D.4 Implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas de saúde – foi publicada a Portaria/GM 2246 que institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, aprova o Manual de Orientações Básicas para a Coleta, Processamento, Análise de Dados e Informação em Serviços de Saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e define o acompanhamento, a supervisão e a avaliação das ações do SISVAN, em articulação com os estados e municípios e outros entes da sociedade civil organizada.

D.5 Mutirão de cirurgias eletivas – a SAS recebeu doze projetos sendo três estaduais e nove municipais e conforme estão sendo vencidas as pendências que alguns deles apresentam as portarias estão sendo publicadas. Foi realizada reunião com o Conass e Conasems, o Ministério acatou algumas sugestões e a portaria que regulamenta a apresentação dos projetos será republicada.

D.6 Hospitais de pequeno porte – foi desenvolvido um sistema de elaboração de projetos disponível na Internet, que está em teste piloto com os estados do Paraná, Piauí e Ceará e até o próximo mês será disponibilizado para todos os estados apresentarem seus projetos. Os técnicos da SAS estão à disposição para ajudar na elaboração dos projetos.

D.7 Registro nacional de preços de medicamentos – o Coordenador de Suprimentos de Medicamentos e Correlatos do Ministério da Saúde informou que serão licitados três grupos de medicamentos: de alto custo, dos programas do Ministério da Saúde e de uso geral dos estados e municípios. O registro dos medicamentos de alto custo está em curso e serão registrados 101 medicamentos de alto custo com 209 formas de apresentação. Os estados e municípios deverão agregar demanda, no período de 22.10 a 31.10.2004, mediante acesso ao Sistema de Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos (RNP), no site: rnp.saude.gov.br. Para cada item de medicamento excepcional, deverá ser informado pelos estados e municípios: a quantidade, a estimativa de consumo mensal e o cronograma de contratação (mensal, semestral ou anual). O Conasems demonstrou preocupação com a exigüidade do prazo para os municípios cumprirem e ficou acertado que os medicamentos de uso geral terão um prazo maior. O Conass solicitou a lista de medicamentos que serão registrados, que a lista de medicamentos seja enviada na correspondência que será enviada aos estados e preocupação com o prazo para as secretarias se manifestarem.

Encerramento – o Conass solicitou a inclusão do tema código 7 na pauta da próxima CIT.

Anexo I

Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Dados até 10 de setembro de 2004.

Total de **Estados** Qualificados: **27**

Total de **Municípios** Qualificados: **409**

Total de **Estados** com pleito para Fórmula Infantil: **27**

Municípios **qualificados** nessa CIT:

- Vargem Grande Paulista-SP
- Teresópolis-RJ

Municípios **não qualificados** até esta data:

Municípios - SP → Bertioga, Jaguariúna, Jales, Presidente Venceslau, Santa Isabel, São José do Rio Pardo.

		Em milhões
<u>Orcamento aprovado (2004)</u>	= R\$	<u>111.307.634,52</u>
<u>Valor Incentivo a ser pago até dezembro de 2004</u>	= R\$	<u>106.224.100,35</u>
<u>Valor da Fórmula Infantil a ser pago até dezembro de 2004</u>	= R\$	<u>2.482.700,86</u>

[Informações sobre o Incentivo: http://www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo)

Anexo II**Certificação de municípios ao Incentivo de Epidemiologia e Controle de Doenças, por estado**

UF	CERTIFICAÇÃO		PENDÊNCIAS
	ESTADO	MUNICÍPIOS	
CEARÁ	Já certificado	01	✓ Não
MARANHÃO	Já certificado	03	✓ Não
MINAS GERAIS	Já certificado	01	✓ Não
PARÁ	Já certificado	01	✓ Não
PARAÍBA	Já certificado	02	✓ Não
PERNAMBUCO	Já certificado	01	✓ Não
RIO GRANDE DO SUL	Já certificado	01	✓ Não
SÃO PAULO	Já certificado	02	✓ Não
TOTAL		12	

CIT/Outubro/04

Anexo III

PLANILHA COM CONSOLIDADO POR ESTADO DOS MUNICÍPIOS PROPOSTOS PARA APROVAÇÃO AD REFERENDUM PELA CIT NO MÊS DE SETEMBRO

UF_MUN	78 MUNICÍPIOS DA PROPOSTA			
	Quantidade	Municípios que enviam até 27/09/2004 documentos comprobatórios da Aprovação do Plano Municipal no CMS e CIB	Municípios com pendência nos documentos comprobatórios (não podem ser aprovados em setembro)	Quantidade
AC			RIO BRANCO	1
AL	1	MACEIO		
AL	1	ARAPIRACA		
AM	1	MANAUS		
AP			MACAPA	1
BA	1	BARREIRAS	SALVADOR	1
BA	1	ILHEUS	ITABUNA	1
BA	1	CAMACARI	JUAZEIRO	1
BA			VITORIA DA CONQUISTA	1
BA			JEQUIE	1
CE	1	FORTALEZA	JUAZEIRO DO NORTE	1
DF	1	BRASILIA		
ES	1	VITORIA	CARIACICA	1
ES			CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	1
GO	1	APARECIDA DE GOIANIA		
	1	GOIANIA		
MA	1	TIMON	CODO	1
MA	1	SAO LUIS	IMPERATRIZ	1
MG	1	BETIM	PATOS DE MINAS	1
MG	1	UBERABA	TEOFILO OTONI	1
MG	1	BELO HORIZONTE	SABARA	1
MG	1	RIBEIRAO DAS NEVES	BARBACENA	1
MG			POUSO ALEGRE	1
MS			DOURADOS	1
MS			CAMPO GRANDE	1
MT	1	RONDONOPOLIS	CUIABA	1
MT			VARZEA GRANDE	1
PA	1	BELEM	ANANINDEUA	1

PB			CAMPINA GRANDE	1
PB			JOAO PESSOA	1
PE	1	RECIFE	PETROLINA	1
PE			GARANHUNS	1
PE			VITORIA DE SANTO ANTAO	1
PI			PARNAIBA	1
PI			TERESINA	1
PR	1	GUARAPUAVA	SAO JOSE DOS PINHAIS	1
PR	1	CURITIBA	PARANAGUA	1
RJ	1	ITABORAI	DUQUE DE CAXIAS	1
RJ			CAMPOS DOS GOYTACAZES	1
RJ			NILOPOLIS	1
RJ			NOVA IGUACU	1
RJ			PETROPOLIS	1
RJ			RIO DE JANEIRO	1
RN	1	MOSSORO		
	1	NATAL		
RO			PORTO VELHO	1
RR			BOA VISTA	1
RS	1	PASSO FUNDO	PELOTAS	1
RS	1	PORTO ALEGRE		
SC	1	CRICIUMA	FLORIANOPOLIS	1
SE	1	ARACAJU	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	1
SP	1	GUARUJA	FERRAZ DE VASCONCELOS	1
SP	1	GUARATINGUETA	BRAGANCA PAULISTA	1
SP	1	SAO PAULO	CUBATAO	1
TO			PALMAS	1
TOTAL	32	Para Aprovação Ad Referendum em outubro		46

Anexo IV

PORTARIA/GM N° , DE DE OUTUBRO DE 2004.

Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o cumprimento do Decreto n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976; que regulamenta a Lei n.º 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre as ações de Vigilância Epidemiológica – VE;

Considerando o cumprimento da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a execução de ações de vigilância epidemiológica como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando que, segundo a referida lei, entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos;

Considerando que todos os níveis do SUS - União, Estados, Distrito Federal e Municípios - devem estabelecer o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais, bem como a organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

Considerando que, à direção estadual do SUS compete coordenar e, em caráter suplementar, executar as ações de vigilância epidemiológica e que à direção municipal do SUS compete a execução de serviços de vigilância epidemiológica;

Considerando a Portaria n.º 2616/GM, de 12 de maio de 1998 (item 3.11. do Anexo I), que define como competência das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar notificar, na ausência de um núcleo de vigilância epidemiológica, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

Considerando a Portaria n.º 2.325/GM, de 08 de dezembro de 2003, que define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional, incluindo agravos inusitados;

Considerando o disposto no Art. 3º da referida Portaria, que estabelece que os gestores municipais e estaduais do SUS poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico local;

Considerando que as doenças de notificação compulsória (DNC) constituem risco à saúde da população, e que o conhecimento destas doenças é primordial para o desencadeamento das ações de controle;

Considerando que o ambiente hospitalar é importante fonte para a notificação das DNC, principalmente os casos mais graves e que a investigação epidemiológica de casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças (doenças emergentes), a reemergência de outras e, até mesmo, mudanças na história natural de uma doença, com impacto importante para saúde pública no país;

Considerando que a detecção de aumento no número de casos de doenças transmissíveis pode levar à identificação de epidemias, sendo fundamental o conhecimento precoce para a implementação de medidas de controle; e

Considerando ainda que o hospital também é fonte de informação para outros problemas de saúde, possibilitando acompanhar o perfil de morbi-mortalidade da população atendida, apoiando o planejamento do Sistema de Saúde, com ênfase na gestão do serviço de saúde hospitalar,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Parágrafo 1º - Integra o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, todo hospital em funcionamento no território nacional, independente de sua natureza e da existência de relação para a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo 2º - A todo estabelecimento hospitalar compete:

I. preencher a Ficha Individual de Notificação quando da ocorrência de agravo inusitado à saúde (Portaria N.º 2.325/GM, de 08 de dezembro de 2003) e de surtos, encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido;

II. preencher a Ficha Individual de Notificação quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória (Portaria N.º 2.325/GM, de 08 de dezembro de 2003) encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido;

III. preencher a Ficha de Notificação para a notificação negativa de ocorrência de doenças de notificação compulsória (Portaria N.º 2.325/GM, de 08 de dezembro de 2003) encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido.

Parágrafo 3º - Na impossibilidade de atender o que estabelece o parágrafo 2º, o hospital deverá realizar a notificação ao gestor correspondente, o mais rápido possível, utilizando os meios disponíveis;

Parágrafo 4º - No Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, compete ao Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde:

- I. apoiar os hospitais na implantação de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE;
- II. elaborar e disseminar o processo de implantação desta Portaria;
- III. prestar assessoria técnica e supervisão na implantação e funcionamento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia;
- IV. garantir o fluxo de informações para o MS;
- V. apoiar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal na operacionalização/realização de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando as ações de Vigilância Epidemiológica no ambiente hospitalar;
- VI. divulgar informações e análise de doenças notificadas pelos hospitais;
- VII. realizar sistematicamente reuniões com responsáveis estaduais pela área técnica de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar;
- VIII. realizar e apoiar estudos epidemiológicos em nível nacional das DNC e de outros agravos de interesse epidemiológico no ambiente hospitalar;
- IX. participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das DNC no ambiente hospitalar;
- X. estabelecer o uso de indicadores de avaliação da vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar;
- XI. avaliar as ações de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores;
- XII – definir, no âmbito nacional, o setor responsável por promover respostas rápidas à notificação de agravos inusitados e de DNC de notificação imediata;
- XIII – monitorar e avaliar o desempenho dos NHE, em articulação com os gestores estaduais e municipais.

Parágrafo 4º - Ao Gestor Estadual do SUS, compete:

- I. apoiar os hospitais na implantação de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- II. elaborar e disseminar o processo de implantação desta Portaria;
- III. prestar assessoria técnica e supervisão no funcionamento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia;
- IV. definir o responsável técnico pela gestão do subsistema no estado;
- V. assessorar e supervisionar as ações de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar, de forma complementar a atuação dos municípios;
- VI. definir o processo de estruturação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar no nível estadual integrando-o às normas e rotinas já estabelecidas pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação;

- VII. proceder à normalização técnica complementar à do nível federal para o seu território;
- VIII. divulgar informações e análise de doenças notificadas pelos hospitais;
- IX. Monitorar e avaliar o desempenho dos NHE, em articulação com os gestores municipais, quando cabível;

Parágrafo 5º - Ao Gestor Municipal do SUS, compete:

- I. apoiar os hospitais na implantação de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- II. elaborar e disseminar o processo de implantação desta Portaria;
- III. prestar assessoria técnica e supervisão no funcionamento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia;
- IV. definir o responsável técnico pela gestão do subsistema no município;
- V. assessorar e supervisionar as ações de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar;
- VI. executar as ações de vigilância epidemiológica desencadeadas a partir das notificações realizadas pelos hospitais;
- VII - definir o processo de estruturação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar no nível municipal, integrando-os às normas e rotinas já estabelecidas pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação;
- VIII. proceder a normalização técnica complementar à do nível federal e estadual para o seu território;
- IX. consolidar os dados provenientes dos hospitais, por meio de processamento do SINAN, e divulgar as informações e análises epidemiológicas no âmbito hospitalar;
- X. Monitorar e avaliar o desempenho dos NHE.

Art. 2º - Criar a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar.

Parágrafo 1º - A Rede é constituída por 190 (cento e noventa) hospitais de referência, subdivididos nos Níveis I, II e III, conforme distribuição por nível e por Unidade da Federação constante do Anexo I.

Parágrafo 2º - A definição de número de hospitais por Unidade da Federação bem como sua distribuição por nível (Anexo I) se deu tendo por base a população e a complexidade da rede hospitalar da mesma Unidade.

Art. 3º - Os critérios para seleção dos Hospitais de Referência de acordo com o Nível, as exigências que os mesmos deverão atender e suas competências estão definidas nos anexos II, III e IV.

Parágrafo Único – No processo de seleção dos Hospitais de Referência deverá ser conferida prioridade àqueles especializados em doenças infecciosas, universitários ou de ensino, integrantes da Rede de Referência para a Síndrome Respiratória Aguda Grave e Hospitais Sentinela para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

Art. 4º - Instituir o Fator de Incentivo para os Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar (FIVEH), para os estabelecimentos integrantes da Rede do SUS.

Parágrafo 1º - O Fator de Incentivo será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, diretamente para a conta bancária definida para o recebimento, pelo hospital, dos recursos decorrentes da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde.

Parágrafo 2º - O valor do Fator de Incentivo variará de acordo com o nível do hospital, conforme se apresenta no anexo V.

Parágrafo 3º - Nos dois primeiros meses o Fator de Incentivo será pago em dobro, com o objetivo de apoiar o custeio das despesas de implantação da atividade.

Parágrafo 4º – A regularidade do cumprimento das obrigações por parte do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar é condição para a continuidade do repasse do incentivo.

Parágrafo 5º - A unidade que não cumprir as obrigações previstas perderá a condição de Hospital de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar e será substituída por outra que atenda as condições para integrar a Rede.

Parágrafo 6º - A unidade que cumprir de modo satisfatório as obrigações decorrentes do seu nível de classificação e se qualificar para o desempenho de competências próprias de nível superior, poderá ter sua classificação revista;

Art. 5º - A Secretaria Estadual de Saúde, observando os critérios e quantitativos definidos nos Art. 2º, parágrafo único e Art. 3º, parágrafo único, procederá a seleção preliminar das unidades que integrarão a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar em seu território, com a respectiva classificação por nível, submetendo a aprovação da CIB.

Parágrafo Primeiro – O estabelecimento hospitalar que não preste serviço ao SUS, mas que atenda os critérios definidos nesta portaria poderá integrar a Rede, porém sem fazer jus ao Fator de Incentivo para os Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar (FIVEH).

Parágrafo Segundo - A SES, após aprovação da CIB, encaminhará para a SVS/MS, a proposta de unidades que integrarão a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar em seu território, com a respectiva classificação.

Parágrafo Terceiro – Eventuais divergências entre a proposta apresentada pela SES e a avaliação da SVS/MS que não obtiverem entendimento entre os mesmos, serão levadas para decisão da CIT.

Art. 6º - Qualificar como integrantes da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, nos respectivos níveis, por intermédio de portarias específicas a serem publicadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 7º - Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, observado o que estabelece o Art. 5º, incorporar, excluir e substituir estabelecimento na Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, por meio de publicação no DOU, de portaria específica.

Art. 8º - Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, editar normas complementares a esta Portaria.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 01 de novembro de 2004.

HUMBERTO COSTA

Portaria SVS ANEXO I

Distribuição dos Hospitais de Referência, por UF, segundo Nível
(01 (um) hospital para cada 1 milhão de habitantes com no mínimo 01 hospital por estado)

Estado	Nível I	Nível II	Nível III	Total
Acre	01	00	00	01
Rondônia	02	00	00	02
Roraima	01	00	00	01
Amapá	01	00	00	01
Pará	03	02	02	07
Amazonas	02	02	01	05
Tocantins	02	00	00	02
Região Norte	12	04	03	19
Alagoas	01	01	01	03
Bahia	08	04	02	14
Ceará	04	02	02	08
Pernambuco	04	02	02	08
Paraíba	02	01	01	04
Piauí	02	01	01	04
R. G. do Norte	01	01	01	03
Maranhão	04	01	01	06
Sergipe	01	01	00	02
Região Nordeste	27	14	11	52
Distrito Federal	01	01	01	03
Goiás	03	02	01	06
Mato Grosso	01	01	01	03
M. Grosso do Sul	01	01	01	03
Região Centro Oeste	06	05	04	15
Rio Grande do Sul	06	03	02	11
Santa. Catarina	03	02	01	06
Paraná	06	02	02	10
Região Sul	15	07	05	27
São Paulo	20	12	07	39
Rio de Janeiro	08	05	03	16
Minas Gerais	08	06	05	19
Espírito Santo	01	01	01	03
Região Sudeste	37	24	16	77
TOTAL	97	54	39	190

Portaria SVS ANEXO II

Hospitais de Referência Nível I

Critérios para seleção, as exigências que os mesmos deverão atender e suas competências.

1. Critérios para seleção

Para ser selecionado como Hospital de Referência Nível I, o estabelecimento deve se enquadrar, no mínimo, em uma das seguintes condições:

- Hospital de Referência Regional com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva; ou
- Hospital de Fronteira Internacional com, no mínimo, 50 leitos; ou
- Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com, no mínimo, 100 leitos.

2. Exigências para a qualificação:

Para que a unidade seja qualificada como Hospital de Referência Nível I, da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, deverá atender às seguintes condições:

I. apresentar Termo de Adesão (anexo VII) assinado pelo diretor do hospital e pelo representante da instituição mantenedora;

II. apresentar ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;

III. comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado a internet;

IV. dispor de uma equipe para o Núcleo composta por, no mínimo:

- 1 (um) técnico de nível superior da área de saúde com formação em saúde pública/coletiva/epidemiologia ou experiência comprovada em saúde pública/vigilância epidemiológica, formalmente designado pelo diretor do hospital como responsável técnico que deve dedicar, no mínimo, 20 horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 05 dias úteis;
- 01 profissional de nível médio e
- 01 funcionário para desempenho das funções administrativas.

3. Competências:

As atividades a serem desenvolvidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia têm como principal objetivo à realização de ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar. Na medida de suas possibilidades, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia poderá desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo e que visam à detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

I. elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados, ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

II. notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;

IV. realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

V. digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no banco de dados do SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, respeitando as normas e rotinas estabelecidas pelo SINAN, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital

VI. participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;

VII. promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII. incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anátomo-patológico em caso de óbito por causa mal definida;

IX. estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC,

X. promover a integração com o serviço de arquivo médico e comissão de revisão de prontuário do hospital para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;

XI. trabalhar em parceria com a comissão de controle de infecção hospitalar e, quando existente no hospital, com o registro hospitalar de câncer, comissão de análise de óbito, gerência de riscos sanitário hospitalar, tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância.

XII. participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XIII. elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;

XIV. monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbi-mortalidade hospitalar;

XV. monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVI. participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos, nos termos definidos na Portaria n.º 653/GM, de 28 de maio de 2003, e infantis no ambiente hospitalar na Portaria n.º 1258/GM, de 28 de junho de 2004;

4. Atividades que podem ser desenvolvidas (não obrigatórias)

De acordo com a realidade de cada serviço, o núcleo poderá incorporar progressivamente outras atribuições da vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar, tais como:

I. realizar estudos epidemiológicos complementares de DNC no ambiente hospitalar;

II. participar a elaboração e avaliação de protocolos clínicos das DNC no ambiente hospitalar;

III. avaliar as ações de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores

IV. participar das atividades de treinamento em biossegurança com os profissionais de saúde;

V. participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar;

VI. assessorar tecnicamente os projetos de pesquisa desenvolvidos na unidade que utilizem o método epidemiológico;

Portaria SVS ANEXO III

Hospitais de Referência Nível II

Critérios para seleção, as exigências que os mesmos deverão atender e suas competências.

1. Critérios para seleção

Para ser selecionado como Hospital de Referência Nível II, o estabelecimento deve se enquadrar, no mínimo, em uma das seguintes condições:

- Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com, no mínimo, 100 leitos; ou
- Hospital Geral ou Pediátrico com mais de 100 e menos de 250 leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva; ou
- Hospital especializado em Doenças Infecciosas com menos de 100 leitos.

2. Exigências para a qualificação:

Para que a unidade seja qualificada como Hospital de Referência Nível II, da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, deverá atender às seguintes condições:

I. apresentar Termo de Adesão (anexo VII) assinado pelo diretor do hospital e pelo representante da instituição mantenedora;

II. apresentar ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia ;

III. comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado a internet;

IV. dispor de uma equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia composta por, no mínimo:

- 02 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde, sendo que pelo menos um deles deverá ter experiência comprovada em saúde pública/ vigilância epidemiológica e o outro com formação em saúde pública/ coletiva/ epidemiologia formalmente designado pelo diretor do hospital como responsável técnico que deve dedicar, no mínimo, 20 horas semanal ao NHE, distribuídas pelos 05 dias úteis;
- 01 profissional de nível médio e
- 01 funcionário para desempenho das funções administrativas.

O núcleo deverá, preferencialmente, ser integrado por equipe multidisciplinar, objetivando a melhora continuada dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial do hospital, por meio de incorporação de técnicas e conceitos advindos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação.

3. Competências:

As atividades a serem desenvolvidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia têm como principal objetivo à realização de ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar. Na medida de suas possibilidades, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia poderá desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolverá um conjunto de ações descritas abaixo que visam à detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

I. elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados, ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

II. notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;

III. realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

IV. digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;

V. participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

VI. monitorar e avaliar, na ausência de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;

VII. promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem com serviços de anatomia patológica estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII. incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anátomo-patológico em caso de óbito por causa mal definida;

IX. estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC,

X. promover a integração com o serviço de arquivo médico e comissão de revisão de prontuário do hospital para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;

XI. trabalhar em parceria com a comissão de controle de infecção hospitalar e, quando existente no hospital, com o registro hospitalar de câncer, comissão de análise de óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância;

XII. realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente hospitalar;

XIII. elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais.

XIV. monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbi-mortalidade hospitalar;

XV. monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVI. participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos, nos termos definidos na Portaria n.º 653/GM, de 28 de maio de 2003, e infantis no ambiente hospitalar na Portaria n.º 1258/GM, de 28 de junho de 2004;

XVII. participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços capacitando-os para a realização de VE no ambiente hospitalar;

XVIII. avaliar as ações de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores;

XIX. participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar;

4. Atividades que podem ser desenvolvidas (não obrigatórias)

De acordo com a realidade de cada serviço, o núcleo deverá incorporar progressivamente outras atribuições da epidemiologia no âmbito hospitalar, tais como:

I. participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das DNC no ambiente hospitalar;

II. participar das atividades de treinamento em biossegurança com os profissionais de saúde

III. assessorar tecnicamente os projetos de pesquisa desenvolvidos na unidade que utilizem o método epidemiológico

VI. monitorar e avaliar, na ausência de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;

Portaria SVS ANEXO IV
Hospitais de Referência Nível III

Critérios para seleção, as exigências que os mesmos deverão atender e suas competências.

1. Critérios para seleção

Para ser selecionado como Hospital de Referência Nível III, o estabelecimento deve se enquadrar, no mínimo, em uma das seguintes condições:

- Hospital Especializado em Doenças Infecciosas com mais de 100 leitos;ou
- Hospital Geral, com mais de 250 leitos com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva.

2. Exigências para a qualificação:

Para que a unidade seja qualificada como Hospital de Referência Nível II, da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, deverá atender às seguintes condições:

I. apresentar Termo de Adesão (anexo VII) assinado pelo diretor do hospital e pelo representante da entidade mantenedora;

II. apresentar ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;

III. comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado a internet;

IV. dispor de uma equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia composta por, no mínimo:

- 03 (três) técnicos de nível superior da área de saúde, com formação em saúde pública/coletiva/epidemiologia ou experiência comprovada em saúde pública/vigilância epidemiológica com capacitação em CBVE, sendo que pelo menos um deles deve ter Especialização em Epidemiologia, formalmente designado pelo diretor do hospital como responsável técnico que deve dedicar, no mínimo, 20 horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 05 dias úteis;
- 02 profissionais de nível médio e
- 02 funcionários para desempenho das funções administrativas.

O núcleo deverá, preferencialmente, ser integrado por equipe multidisciplinar, objetivando a melhora continuada dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial do hospital, através de incorporação de técnicas e conceitos advindos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação.

2. Competências:

As atividades a serem desenvolvidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia têm como principal objetivo à realização de ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar. Na medida de suas possibilidades, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia poderá desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolverá um conjunto de ações descritas abaixo que visam à detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

I. elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados, ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

II. notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;

III. realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

IV. digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;

V. participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

VI. monitorar e avaliar na ausência de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, monitorar e avaliar agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;

VII. promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem com serviços de anatomia patológica estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII. incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anátomo-patológico em caso de óbito por causa mal definida;

IX. estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC,

X. promover a integração com o serviço de arquivo médico e comissão de revisão de prontuário do hospital para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;

XI. trabalhar em parceria com a comissão de controle de infecção hospitalar e, quando existente no hospital, com o registro hospitalar de câncer, comissão de análise de óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e centro de referência de imunobiológicos especiais (CRIE);

XII. realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente hospitalar;

XIII. elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais.

XIV. monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbi-mortalidade hospitalar;

XV. monitorar, avaliar e capacitar os profissionais envolvidos no preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVI. participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos, nos termos definidos na Portaria n.º 653/GM, de 28 de maio de 2003, e infantis no ambiente hospitalar na Portaria n.º 1258/GM, de 28 de junho de 2004;

XVII. realizar treinamentos para os profissionais dos serviços capacitando-os para a realização de VE no ambiente hospitalar;

XVIII. proporcionar campo de estágio em VE no ambiente hospitalar para Residentes e alunos de cursos de especialização;

XIX. avaliar as ações de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores;

XX. participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar;

De acordo com a realidade de cada serviço, o núcleo deverá incorporar progressivamente outras atribuições da epidemiologia no âmbito hospitalar.

Portaria SVS ANEXO V

O valor do Fator de Incentivo de acordo com o nível do hospital

Nível	Valor mensal (em 1 R\$)
Nível I	1.500,00
Nível II	3.000,00
Nível III	5.000,00

Anexo VI
Termo de Adesão

Ofício em papel timbrado e assinado pela Diretoria do Hospital e da Entidade mantenedora, conforme modelo abaixo:

Exmo.sr.
Secretário Estadual de Saúde
Secretaria Estadual de Saúde
Nesta

Data:_____, __/__/____/

Venho, por meio deste, oficializar o compromisso de nossa instituição: _____, em participar do Subsistema Nacional de Epidemiologia em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Ao mesmo tempo declaramos dispor do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (comprovante em anexo) que cumpre as exigências definidas pela Portaria GAB/MS n. xxxxx. Para tanto, envio a documentação exigida, solicitando habilitação ao credenciamento como Hospital de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar no Nível __, assumindo as obrigações e vantagens que advém desta condição.

Atenciosamente

Assinatura do Diretor do hospital

Representante da Entidade mantenedora ^{1,2}

1. Secretário Municipal, presidente de fundação,

2. Nos casos em que o Representante da Entidade Mantenedora for o Secretário Estadual de Saúde, este documento deve ser assinado pelo Diretor do Hospital e pelo Responsável/Coordenador da área Hospitalar do Hospital.

Anexo V

Portaria

Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde;
Considerando o Decreto nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.886/97, que estabelece suas atribuições;

Considerando a formação profissional como um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população;

Considerando o papel profissional e de mediador social do Agente Comunitário de Saúde, no âmbito da estratégia do Programa de Saúde da Família;

Considerando o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde e os Referenciais Curriculares para o curso de Agente Comunitário de Saúde, formuladas em conjunto entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação

Resolve:

Art. 1º - Instituir financiamento, na modalidade de repasse regular e automático, fundo a fundo, para as ações de formação do Agente Comunitário de Saúde -- Etapa Formativa I;

Art. 2º - O montante financiado será calculado com base no custo unitário por Agente Comunitário de Saúde para o Curso Formativo Etapa I.

Parágrafo Único – Estabelecer o custo unitário por regiões e estados, considerando as especificidades geográficas, como segue:

I – Região da Amazônia Legal: R\$ 800,00

II – Região Nordeste e Minas Gerais: R\$ 800,00

III – Região Centro – Oeste e Distrito Federal: R\$ 700,00

IV – Região Sudeste (exceto estado de Minas Gerais): R\$ 700,00

V – Região Sul: R\$ 700,00

Art. 3º - Os recursos serão transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, Distrito Federal e Fundo Municipal para mediante a apresentação ao MS/SGTES/DEGES, de projetos de formação.

Parágrafo Primeiro – Os recursos serão repassados para o gestor estadual ou municipal que assumir o processo de formação, seja de seus próprios Agentes e/ou dos agentes de uma determinada região ou estado, conforme pactuação no Pólo de Educação Permanente em Saúde, na CIB e aprovação pelo CES.

Parágrafo Segundo – Os repasses serão em parcelas trimestrais, de acordo com o Plano de Execução, que é parte do projeto a ser apresentado.

Art. 4º – Será repassado aos Fundos Municipais de Saúde, valor, a título de incentivo à adesão para a formação, calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde em cada município:

I - Até 100 ACS: R\$ 50,00

II - De 101 até 500 ACS: R\$ 30,00

III - Acima de 500 ACS: R\$ 20,00

Parágrafo Único – Este valor será repassado em uma única parcela, até 30 dias após o início do processo formativo.

Art. 5º - Os projetos de formação apresentados deverão constar de:

I – Projeto técnico/pedagógico formulado de acordo com os Referenciais Curriculares para o Curso de Agente Comunitário de Saúde – Etapa Formativa I – curso de 400 horas, correspondendo à Qualificação Básica que trata a Lei 10.507/2002 e processo de desenvolvimento docente e institucional.

II – Plano de Execução do processo formativo dos Agentes Comunitários de Saúde, com cronograma de execução física e financeira.

III – Pactuação nos Pólos de Educação Permanente, na CIB e aprovação pelo CES.

Art. 6º - A cada trimestre, deverá ser emitido relatório sobre a execução do processo formativo em curso e encaminhado ao MS/SGTES/DEGES.

Art. 7º - Terão prioridade na formulação e execução técnica/pedagógica dos cursos de formação do Agente Comunitário de Saúde, as Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde, como um componente para seu fortalecimento institucional e pedagógico;

Parágrafo Único – A pactuação nos Pólos e na CIB deverá contemplar outras instituições formadoras legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação em nível técnico, quando, no seu âmbito regional, não houver instituições formadoras citadas no caput do Artigo ou quando a capacidade da mesma apresentar-se insuficiente para a demanda de formação;

Art. 8º - Todos os Agentes Comunitários de Saúde em exercício, deverão realizar o processo formativo – Etapa I

Art. 9º - Os recursos poderão ser suspensos quando das seguintes situações:

- I – não cumprimento, sem justificativa, das atividades e metas previstas no Termo de Ações e Metas;
- II – aplicação irregular dos recursos financeiros transferidos;
- III – não apresentação do relatório trimestral.

Art. 10 - A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde publicará Portaria detalhando os parâmetros mínimos exigidos no Projeto a ser apresentado e os procedimentos operacionais necessários e não detalhados na presente Portaria;

Art. 11 - Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria correrão por conta do programa 1311.6199 – Capacitação de Profissionais de nível técnico do SUS, constante da Lei Orçamentária Anual Vigente;

Art. 12 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa

Anexo VI

PACTO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PROPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A DEFINIÇÃO DE COMPROMISSOS COM AÇÕES DE CURTO PRAZO.

O processo de pactuação tripartite, revigorado com o debate em torno de um *Pacto de Gestão do SUS*, propõe-se a promover inovações no campo da gestão e das relações intergovernamentais que superem as dificuldades e impasses atuais, contribuindo assim, para a efetivação e consolidação das diretrizes legais do sistema. O acordo que pôs fim à habilitação para a gestão da atenção básica é um primeiro fruto dessa iniciativa.

A finalidade primordial do *pacto de gestão* é promover mudanças na situação de saúde e na qualidade de vida das pessoas, garantindo o acesso e melhorando a atenção ofertada por meio do incremento na qualidade da gestão pública.

Sem prejuízo das responsabilidades legalmente definidas, da efetivação dos pactos já estabelecidos e da continuidade do processo de pactuação, a representação do Ministério da Saúde (MS) propõe alguns compromissos como subsídios para a discussão em curso - compromissos pactuados que sirvam de instrumento para a mobilização de todos os gestores, dirigentes e profissionais de saúde em razão de responsabilidades assumidas e em prol de resultados sanitários.

Em consonância com o plano nacional de saúde (PNS), os planos estaduais e municipais de saúde, os gestores públicos devem firmar compromissos para alcançar metas e resultados, de acordo com uma periodicidade definida previamente.

Concomitantemente com a definição dos compromissos comuns, expressos no Pacto de Gestão, devem ser estabelecidos os compromissos específicos de cada ente governamental e o acerto de metas, com base nas prioridades dos planos de saúde. O acordo em torno das metas estaduais, regionais e municipais deve ser feito nas Comissões Intergestores Bipartites estaduais e regionais.

Sendo assim, apresentamos ao debate um conjunto de proposições referentes a responsabilidades com resultados - responsabilidades na oferta de ações e responsabilidades no processo de gestão - que expressem compromissos a serem assumidos no curto prazo, contribuindo para orientar a discussão com os gestores e o processo de pactuação.

A – RESPONSABILIDADE COM RESULTADOS SANITÁRIOS:

1. Redução da mortalidade materna e infantil, com a efetivação do pacto já firmado entre os gestores, e a possibilidade de inclusão de outras causas evitáveis de grande impacto (em função de sua incidência regional);

2. Controle da Hanseníase, Tuberculose, Dengue, Malária, DST/AIDS e outras doenças controláveis de grande incidência regional ou local, com redução progressiva dos níveis de incidência, tomando por referência mínima, em todos os estados e municípios, as metas nacionais estabelecidas;

3. Controle das doenças imunopreveníveis, assegurando cobertura vacinal adequada aos parâmetros nacionais;

4. Redução da desnutrição e de outros distúrbios nutricionais, com a implantação da vigilância nutricional e alimentar em populações em situação de risco;

5. Redução dos riscos à saúde relacionados com as desigualdades étnicas, raciais, regionais e sociais, com ênfase na melhoria de indicadores de saúde desfavoráveis a determinados grupos populacionais, tais como os de negros e indígenas.

B – RESPONSABILIDADE COM AS AÇÕES DE SAÚDE:

1. Garantia de acesso à atenção básica universal e de boa qualidade, com a oferta do conjunto de ações integrais, resolutivas e humanizadas;

2. Incorporação e realização das ações de saúde bucal na Atenção Básica e especializada, em acordo com a política nacional de saúde bucal;
3. Incorporação e realização das ações de saúde mental e saúde dos trabalhadores na Atenção Básica e especializada, em acordo com as respectivas políticas nacionais;
4. Controle de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, assegurando a atenção integral com medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
5. Incorporação de estratégias e realização de ações prioritárias de promoção da saúde, orientadas inicialmente para grupos populacionais em situação de risco e maior vulnerabilidade (idosos) e para questões de grande relevância epidemiológica e social (violência);
6. Garantia das ações de vigilância em saúde para redução dos principais riscos e agravos à saúde da população;
7. Garantia do acesso, do atendimento humanizado e de boa qualidade ao pré-natal, parto e puerpério;
8. Garantia do acesso imediato, do atendimento humanizado e de boa qualidade às urgências e emergências, de acordo com as diretrizes da política nacional;
9. Promoção da qualificação do atendimento integral, reorganizando o modelo de atenção com a incorporação das diretrizes da política nacional de humanização, assegurando vínculo, acolhimento e responsabilização dos profissionais e das equipes;
10. Garantia do acesso aos medicamentos e outros insumos, com base em protocolos do SUS.

C – RESPONSABILIDADES COM A GESTÃO:

1. Definição de mecanismos e instrumentos para o monitoramento, o controle e a avaliação, com definição de sanções aplicáveis, em razão das responsabilidades assumidas quanto à garantia ao acesso e qualidade da Atenção Básica (conforme deliberação da CIT, após a extinção do GPABA);
2. Definição das responsabilidades de gestão de todas as esferas de governo na garantia de provimento e distribuição dos medicamentos essenciais da Atenção Básica.
3. Incrementação do processo de regionalização do sistema de saúde, implantando e implementando as Comissões Bipartites regionais, com a participação de todos os municípios, sob a coordenação das SES e apoio do MS;
4. Implantação e qualificação de espaços e formas de participação social e controle público no âmbito regional, tais como as plenárias regionais de saúde.
5. Garantia da destinação mínima de recursos orçamentários de todas as esferas de governo, com o cumprimento da EC-29, e promoção da alocação com base em prioridades definidas nos planos de saúde;
6. Garantia de patamares adequados de recursos orçamentários de todas as esferas de governo para o financiamento da Atenção Básica;
7. Orientação dos investimentos para correção das iniquidades e desigualdades através do fortalecimento dos sistemas regionais de saúde;
8. Instituição de mecanismos de transferência de recursos financeiros para o custeio das ações e serviços de saúde, dos estados para os municípios, alocados fundo-a-fundo;
9. Redução da fragmentação na transferência dos recursos financeiros de custeio, alocados fundo-a-fundo;
10. Pactuação de forma integrada da programação dos recursos federais, estaduais e municipais de custeio;
11. Instituição de critérios e mecanismos para a valorização de desempenho e resultados na gestão pública;

12. Instituição e implementação de sistemática e instrumentos adequados para o monitoramento e controle da utilização dos recursos transferidos, como parte de um processo de avaliação dos resultados da gestão do SUS;

13. Integração progressiva dos instrumentos de planejamento, programação e avaliação;

14. Efetivação dos contratos com os prestadores de serviço da rede SUS, de acordo com a legislação e normas vigentes;

15. Instituição de relações baseadas em contratos de gestão e orientadas por metas e avaliação de resultados.

16. Garantia do acesso às informações sobre a utilização dos recursos, nos termos da lei, para o Legislativo, o Ministério Público, os Conselhos de Saúde e todos os cidadãos;

17. Fortalecimento da participação social e envolvimento da sociedade civil; apoio à organização e funcionamento dos Conselhos e plenárias de Saúde, e a criação de conselhos gestores nas unidades de saúde.