



Participação  
Social &  
Políticas  
Públicas

# 1<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

PROCESSO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO



**OPAS**



Conselho Nacional  
de Saúde



SUS **+** MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

editora



redeunida

A Série Editorial “**Participação Social & Políticas Públicas**” da Editora Rede UNIDA é um coleção que publica livros em formato autoral ou coletânea temática com produções técnico-científicas, predominantemente originadas de reflexões, análises e pesquisas sobre a participação e o controle social em saúde e políticas públicas no cotidiano, não necessariamente vinculadas às Instituições de Ensino Superior, que tenham grande capacidade de representar a perspectiva dos participantes de fóruns participativos e movimentos sociais.

Trata-se de uma iniciativa que tem o objetivo central de compartilhar reflexões feitas pelos diferentes participantes que, ao mesmo tempo, procura estimular a produção de análises desde o lugar da participação e novas autorias, de pessoas vinculadas aos movimentos sociais e às instâncias e estratégias de participação nas políticas públicas.

Não se trata, predominantemente, de estudos sobre a participação e o controle social feitos desde a sua externalidade. O formato dos manuscritos inclui narrativas a partir do cotidiano da participação, ensaios teóricos e empíricos, relatos de experiências e resultados de pesquisas teóricas e empíricas, além de outros formatos que sejam aprovados pela Coordenação da Série e pelo Conselho Editorial da Editora Rede Unida.

Por meio de cooperação entre o Conselho Nacional de Saúde, a Organização Panamericana de Saúde e a Rede Unida, a Série absorve uma iniciativa de apoio técnico à produção e disseminação de conhecimentos a partir do cotidiano do Conselho Nacional de Saúde e dos demais espaços de controle social e participação popular na saúde e demais políticas públicas.

#### Coordenador Nacional da Rede UNIDA

**Túlio Batista Franco**

#### Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

#### Editores Associados:

**Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

#### Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Angel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália).

**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália).

**Berta Paz Lorigo** (Universitat de les Illes Balears, Espanha).

**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América).

**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

**Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

**Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil).

**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).

**Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil).

**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).

**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil).

**Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell’Emilia-Romagna, Itália).

**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil).

**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil).

**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).

**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

**Rossana Staeve Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).

**Sara Donetto** (King’s College London, Inglaterra).

**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil).

**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil).

**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).

**Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil).

**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

#### Comissão Executiva Editorial

**Alana Santos de Souza**

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

**Renata Riffel Bitencourt**

#### Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

**James Zortea / Renato Pereira Jr.**

#### Fotografias

Acervo do Conselho Nacional de Saúde no portal Flickr. © Todos os direitos reservados.

Fotos dessaturadas das originais, disponíveis em:

[www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157690913874422](http://www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157690913874422)

[www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157693196517824](http://www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157693196517824)

[www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157693235696584](http://www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157693235696584)

[www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157666302732168](http://www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157666302732168)



## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

**P628c Pigatto**, Fernando Zasso; **Santos**, Ronald Ferreira dos; **Cury**, Maria Eugênia Carvalhaes (org.).

1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: processo ascendente e participativo / Organizadores: Fernando Zasso Pigatto, Ronald Ferreira dos Santos e Maria Eugênia Carvalhaes Cury. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

142 p.  
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

**ISBN** 978-85-54329-59-4.

**DOI** 10.18310/9788554329594.

1. Conferências de Saúde 2. Conselhos de Saúde. 3. Controle Social Formal. 4. Vigilância em Saúde Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180106

**CDD 614**  
**CDU 614**

## ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva / Prevenção contra epidemias.
2. Serviços de Saúde Pública.

ISBN 978-85-54329-59-4



9 788554 329594 >





## Prefácio

### **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: processo ascendente e participativo**

**Fernando Zasso Pigatto** - Presidente do Conselho Nacional de Saúde - Coordenador Geral Adjunto da 1ª Conferência Nacional de Saúde

**Ronald Ferreira dos Santos** - Presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) - Coordenador Geral da 1ª Conferência Nacional de Saúde

**Maria Eugênia Carvalhaes Cury** - Farmacêutica. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Saúde

As Conferências de Saúde são instâncias que, com a representação dos vários segmentos sociais, avaliam a situação de saúde e propõem as diretrizes para a formulação da política de saúde. As deliberações discutidas nas Conferências de Saúde são resultantes dos debates ocorridos nos estados, através das Conferências Estaduais, que, por sua vez, resultam das propostas decorrentes das Conferências Municipais e, com alguma frequência, em territórios de muitos municípios. Este conjunto de debates culmina nas deliberações da etapa nacional que tem, como se verifica, um fluxo ascendente e muito participativo.

Uma das características da construção das conferências de saúde na experiência brasileira, sobretudo a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), é a realização de Conferências temáticas que, por meio do diálogo entre sociedade civil e governos, objetivam debater, avaliar e propor diretrizes de temas específicos vinculados à política de saúde.

Os debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde, em virtude de diversas agendas de saúde e sobre os resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram a necessidade da realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), com o objetivo central de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”.

Tendo como tema central “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade”, a 1ª CNVS foi precedida de Etapas Preparatórias, tais como:

- a) Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras;
- b) 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - 15ª EXPOEPI;
- c) 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA;
- d) VII Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT; e) 20ª Plenária Nacional de Saúde e Movimentos Sociais.

Um resumo dessas atividades e suas contribuições para o processo da 1ª CNVS estão registradas no seu Relatório Final.

Com o objetivo de analisar as prioridades constantes no Documento Orientador, e elaborar propostas para o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde, foram realizadas as Etapas Municipais e/ou Macrorregionais e as Etapas Estaduais/Distrito Federal, que culminaram na Etapa Nacional que analisou o consolidado das propostas aprovadas nas etapas precedentes.

O Documento Orientador, de caráter estimulador dos debates, foi elaborado pela Comissão de Formulação e Relatoria com base no eixo principal “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro” e quatro subeixos: a) O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS; b) Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde; c) Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde; d) Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde.

O documento caracterizou historicamente as transições epidemiológicas e demográficas no Brasil e a contribuição dos saberes e das práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças para a melhoria da saúde da população brasileira, principalmente com o advento do SUS, notadamente no aumento da expectativa de vida, na queda da desnutrição e no declínio da mortalidade infantil.

Além disso, o texto trouxe um resumo da trajetória dos vários modelos de vigilância, prevenção e controle de doenças, desde a implementação de programas verticais coordenados e executados exclusivamente pelo Governo Federal até a organização do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com competências à União, estados, Distrito Federal e municípios, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde e a efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Esse processo amplia o escopo das ações de Vigilância em Saúde, compreendendo a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância em saúde do trabalhador, a vigilância em saúde ambiental, a promoção da saúde e a análise da situação de saúde.

Embora reconheça e demonstre os avanços do SUS, o documento faz uma crítica de que o modelo de atenção à saúde vigente, ou seja, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, mostra-se insuficiente para os enfrentamentos futuros aos desafios postos à vigilância em saúde pelas mudanças relacionadas às transições demográfica e epidemiológica e aos determinantes sociais.

A partir de uma avaliação do contexto econômico, político e social no Brasil, tais como:

- Emendas à Constituição Federal que representam ameaças à cidadania e à democracia brasileiras, com violação dos direitos humanos e as obrigações do Estado em promover a Seguridade e a Proteção Social;
- Declínio da economia e a retirada dos direitos sociais com acirramento das desigualdades sociais;
- A terceirização e a precarização das condições de trabalho que resultam em aumento do índice de acidente de trabalho, além dos problemas de saúde relacionado ao desgaste físico e mental e das exposições ocupacionais em ambientes de trabalho insalubres;
- Redução ao acesso da população aos serviços públicos de saúde e no estímulo ao mercado dos planos privados de saúde, associados ao sub financiamento com a Emenda Constitucional (EC) 95 que resulta no desmonte do SUS;
- O limitado alcance do Estado na proteção dos cidadãos tem gerado cada vez mais e maiores grupos de pessoas em alto grau de vulnerabilidade que são invisibilizados na sociedade;
- A crise da água, duramente vivenciada pelas populações do semiárido, expande-se progressivamente para os grandes centros urbanos;
- O assentamento em áreas de risco é um fenômeno que vem se agravando progressivamente; e
- A baixa oferta e o limitado acesso de grande parcela da população brasileira ao saneamento básico.

O documento aponta a necessidade de construção de uma Vigilância em Saúde capaz de examinar as condições de vida e saúde das populações para organizar intervenções nos seus respectivos territórios. A ação da Vigilância em Saúde deve incidir sobre diversos planos:

1. Nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e ambientais que tenham relação com a saúde;
2. Na rede de atenção à saúde, considerando todos os seus dispositivos; e
3. Junto à sociedade, integrada aos territórios.

A complexidade da realidade brasileira impõe que a Vigilância em Saúde se oriente de forma universal, integrada, participativa e territorial, tendo como protagonistas a sociedade e os trabalhadores da vigilância.

A Vigilância em Saúde necessita conceber um sistema de informação estruturado a partir das dinâmicas de produção, consumo e formas de viver das comunidades nos territórios. Territórios estes não fixos, que possibilitem o exame da saúde para além da lógica dos pontos de atenção da rede de saúde e que se integre aos valores e percepções materiais e imateriais das comunidades.

Ao tratar do subeixo “O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS”, o Documento Orientador propôs que a Vigilância em Saúde tenha seu lugar no SUS como norteadora do Modelo de Atenção à Saúde para a redução do risco de doença e de outros agravos e garantia da promoção, da proteção e da recuperação da saúde, consolidando-a nas linhas de cuidado, apontando para a necessidade do planejamento e da programação de intervenções em riscos sanitários e situações de vulnerabilidade com enfoque na identificação de riscos por agrupamentos de agravos e determinantes de saúde.

Um dos desafios apontados pelo documento foi a construção da atuação conjunta entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, da situação de saúde, da saúde ambiental, da saúde do trabalhador e da promoção da saúde, com o objetivo de controlar determinantes, riscos e danos às populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde, essencial ao desenvolvimento de ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos.

Ao discutir as responsabilidades do Estado, o texto apontou para o desafio permanente da implementação de territórios saudáveis com a radicalização da integração das ações de vigilância em saúde com a instituição de uma ação integrada entre si, interna entre as instâncias de vigilância em saúde com a rede de assistência, moldada com a participação social e pelos problemas definidos no território de sua abrangência de ação.

Nesta perspectiva, o documento pressupõe que a integração das vigilâncias necessita de uma prática de informação para ação que seja definidora de processos de intervenções interativos com ações intersetoriais acompanhadas por mecanismos de gestão e governança integrados.

Cabe, então, ao Estado e aos governos, a viabilização da integração das informações de saúde para constituírem fatores desencadeadores do processo “informação-decisão-ação”. Os Sistemas de informação em saúde devem disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), sejam baseados em dados de realidade como propósito geral facilitar a formulação e

avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões.

A governança deve ter o território como espaço de análise, gestão e intervenção - A centralidade do território como conceito e ambiente sócio-técnico, como espaço onde acontecem as relações de vida e trabalho, em que as possibilidades de resiliência e riscos sematerializam em um processo contínuo de organização.

O desafio colocado é o de deflagrar ações integradas de base territorial e integrada voltadas pelos problemas definidos coletivamente em processos participativos e descentralizados.

Ao definir subsídios para as discussões sobre os saberes, as práticas, os processos e as tecnologias da vigilância em saúde, o Documento Orientador problematizou de que a definição clássica de vigilância como campo de prática destinado a coleção sistemática de dados e informações sobre morbidade e mortalidade, com vista a analisar as tendências, magnitude e transcendência dos agravos na população, não é mais suficiente para dar conta do conjunto de objetos do que vem sendo denominado de “sistema de vigilância em saúde”.

Por isso, o documento considerou necessário redefinir as práticas sanitárias, com a revisão dos sujeitos, dos objetos, meios de trabalho e das formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

Assim, situa o debate no contexto da organização do SUS, tratando de buscar respostas para algumas das questões que estão em pauta, entre as quais se destacam:

- a) acessibilidade e as ações de vigilância nas redes de atenção;
- b) vigilância em saúde e modelo de atenção;
- c) governança regional e integração das vigilâncias em saúde entre seus componentes e os demais níveis de atenção; e
- d) saberes e práticas: educação profissional em vigilância em saúde como instrumento da superação da fragmentação institucional.

O documento aponta a importância de que haja a incorporação, ao conjunto de saberes, práticas, processos e tecnologias da vigilância em saúde, do quadro sanitário do país, caracterizado pelas transições epidemiológica, demográfica e nutricional.

“É imperativo que os agravos mentais, reconhecidos hoje enquanto o maior desafio global da saúde no Século XXI, passe a ser objeto central de atenção e ação da vigilância em saúde, vis a vis ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial, no contexto da Política Nacional de Saúde Mental”, defendeu o documento, juntamente com as preocupações com transição nutricional. A má nutrição, antes fortemente marcada pela desnutrição, revela-se hoje predominantemente pela epidemia de obesidade infanto-juvenil a qual está associada a diversos fatores de risco e de co-morbidades.

O desenvolvimento tecnológico está associado a riscos à saúde. A expansão da nanotecnologia, da química fina e dos organismos geneticamente modificados deve ser objeto prioritário da regulação e da vigilância em saúde.



O atual modelo de controle de vetores transmissores de doenças, que tem como lógica o vetor enquanto problema, e baseado em intervenções dependentes do uso de agrotóxicos, não tem se mostrado eficaz. É necessário conceber um modelo que atue sobre as causas que geram a proliferação dos vetores, que articule políticas públicas de saneamento e infraestrutura e que possibilite protagonismo à sociedade para identificar intervenções sustentadas.

O Documento Orientador estimulou que 1ª CNVS seja assumida pelo controle social como uma oportunidade histórica para analisar – de forma contextualizada, territorializada e participativa – os modos de intervenção em saúde na vida social e nos processos de trabalho do povo brasileiro; sendo o propósito maior desta conferência o debate e a construção democrática de propostas para formulação de uma política nacional de vigilância em saúde.

Este livro foi organizado e produzido para documentar e expandir o acesso às deliberações da 1ª CNVS, com a expectativa que de se tornem vivas no cotidiano de todas as pessoas em todo o território brasileiro. Afinal, sistematizar o trabalho que se realiza pelo controle social no SUS é fundamental, inclusive para ocupar a condição de relevância pública que a Constituição Brasileira de 1988 atribuiu às ações e serviços de saúde. Tornar esse trabalho visível e reconhecê-lo nessa condição tem a dupla finalidade de fortalecer o SUS como política de saúde do estado brasileiro, conquistada pela população em esforço e luta, e de consolidar a relação entre a saúde e a democracia, aqui expressa pela designação das necessidades nos diferentes territórios e de forma ascendente, materializando a diretriz que embasa a institucionalidade do aparelho estatal na definição constitucional de que a saúde é bem de todos e que os governos devem agir para preservá-la e fortalece-la.



## Sumário

<b>Prefácio</b>	<b>7</b>
<b>1. Apresentação</b>	<b>23</b>
<b>2. Homenagem à Neide Rodrigues dos Santos</b>	<b>27</b>
<b>3. Etapas Preparatórias</b>	<b>29</b>
3.1. VII Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT	29
3.2. 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA	30
3.3. 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	30
3.4. 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - 15ª EXPOEPI	31
3.5. Seminário Preparatório da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde com Foco no Trabalho	32
3.6. 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher – 2ª CNSMu	32
3.7. Seminário Preparatório para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) na Câmara dos Deputados	33
<b>4. Etapa Municipal e/ou Macrorregional e Etapa Estadual/Distrito Federal</b>	<b>35</b>
<b>5. Conferências Livres</b>	<b>37</b>
<b>6. Etapa Nacional</b>	<b>41</b>
6.1. Inauguração da Etapa Nacional	41
6.2. Solenidade de Abertura	41
6.3. Painéis	44
6.3.1. Painel 1	44

■ 6.3.2. Painel 2	47	■ 7.3. Subeixo 3 – Saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na Vigilância em Saúde	73
■ 6.3.3. Painel 3	48	■ 7.4. Eixo 4 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde	79
■ 6.4. Grupos de Trabalho	50		
■ 6.5. Debates Livres	50		
■ 6.5.1. Painel democrático registrou bandeiras de luta dos delegados da 1ª CNVS	50	<b>8. Moções Aprovadas</b>	<b>85</b>
■ 6.5.2. A importância de revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009	51		
■ 6.5.3. Agenda de mobilização para a 16ª Conferência Nacional de Saúde	51	<b>9. Perfil dos Participantes</b>	<b>105</b>
■ 6.6. Atividades Culturais	52		
■ 6.7. Práticas Integrativas	52	<b>10. Ficha Técnica</b>	<b>108</b>
■ 6.8. Plenária Final	53	■ 10.1. Comissões	108
<b>7. Propostas Aprovadas</b>	<b>55</b>	■ 10.2. Relatores(as)	115
■ 7.1. Subeixo 1 - O lugar da vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde	55	■ 10.3. Assessoria de Comunicação e Comitês de Apoio	117
■ 7.2. Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde	61	<b>11. Considerações Finais</b>	<b>123</b>
		<b>Pósfacio</b>	<b>126</b>
		<b>Referências</b>	<b>142</b>



## 1. Apresentação

Os debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde, em virtude de diversas agendas de saúde e sobre os resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram a necessidade da realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), com o objetivo central de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Vigilância em Saúde é responsável pela informação e intervenção que possibilitam a redução de riscos e promoção da saúde nos territórios, articulando-se às Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de uma função essencial do SUS e considera os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades, visando controlar e reduzir riscos.

O tema central - “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade” - orientou as discussões de 4 subeixos que possibilitaram os debates em torno das linhas gerais de uma política pública, tais como: “O lugar da Vigilância em Saúde no SUS”; “As Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde”; “Os Saberes, Práticas, processos de trabalhos e

tecnologias na vigilância em saúde” e “A Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde”, e permitiu um olhar para a vigilância em saúde como uma das estratégias para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, para garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Pela primeira vez desde a promulgação da Constituição de 1988, a vigilância em saúde foi tema de discussão e deliberação não só entre trabalhadores/trabalhadoras, gestores/gestoras de saúde e a academia, mas mobilizou e ouviu os usuários e as usuárias da saúde. A 1ª CNVS foi uma oportunidade singular de aprofundamento do diálogo na sociedade a respeito de um modelo de atenção à saúde que seja voltado para a redução do risco da doença e de outros agravos, onde a promoção, proteção e prevenção ocupem o mesmo patamar e recebam a mesma importância do que a recuperação e a assistência, sejam integradas às Redes de Atenção à Saúde e tenham o seu financiamento específico, permanente e suficiente.

Precedida de algumas centenas de atividades preparatórias, conferências livres e conferências municipais, regionais, estaduais e do Distrito Federal, iniciadas em agosto de 2016, a etapa nacional foi realizada entre os dias 27 de fevereiro de 2018 a 2 de março de 2018, no Centro de Eventos da Ascade, em Brasília (DF).

Com a participação de 1820 conferencistas de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal, conselheiros de saúde, delegados, participantes livres e convidados definiram as diretrizes para a Política Nacional de Vigilância em Saúde, considerada um marco histórico na construção de políticas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Construída de forma coletiva e democrática, as deliberações contemplam ações de vigilância ambiental, de saúde do trabalhador, de vigilância epidemiológica e sanitária e deverá atuar para garantir os preceitos básicos da Constituição Federal de 1988, na garantia e fortalecimento de ações de promoção e proteção à saúde.

A efetivação desse direito deve ser no território, local e nacional, e em espaços políticos, onde temos a responsabilidade coletiva de fazer com que os objetivos fundamentais da Constituição Federal da República tenham as suas respectivas consequências.

Considerando que a Resolução CNS nº 583, de 10 de maio de 2018, deu ampla publicidade às deliberações da 1ª CNV, este Relatório cumpre o objetivo de registrar, com textos e imagens, a riqueza dos debates e a integração entre os participantes da Etapa Nacional da Conferência Neide Rodrigues dos Santos.

**Fernando Zasso Pigatto**

Coordenador Geral Adjunto da 1ª CNVS

**Ronald Ferreira dos Santos**

Presidente do CNS Coordenador Geral da 1ª CNVS



## 2. Homenagem à Neide Rodrigues dos Santos

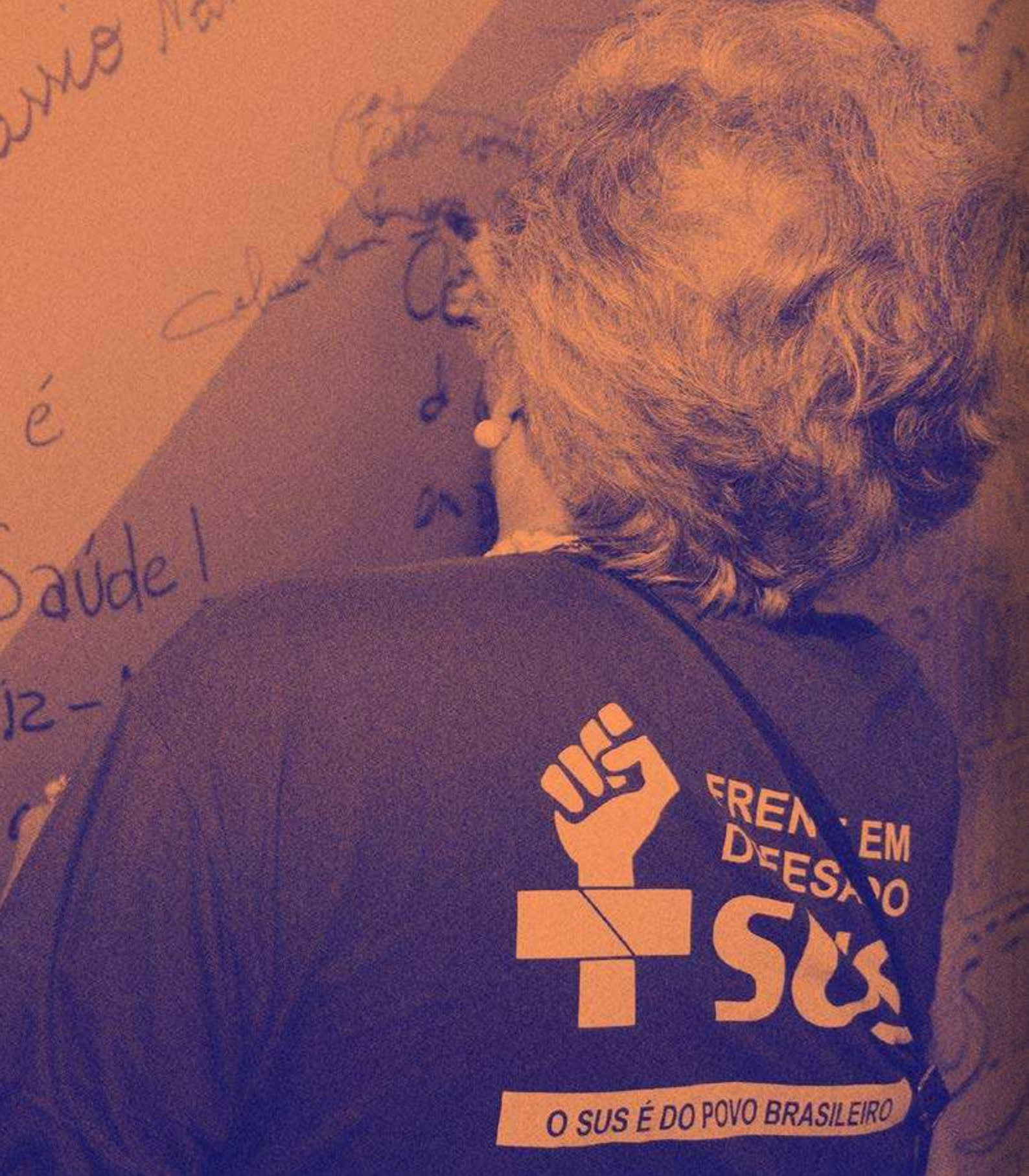
Difícil imaginar que os dois mil participantes da 1ª Conferência Nacional de Vigilância e Saúde (CNVS) que cruzavam o tempo todo com Neide Rodrigues dos Santos, cheia de vitalidade e competência, pudessem imaginar o que o destino lhe reservava.

Secretária-executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS) desde 2016, ela desempenhou um protagonismo imprescindível na realização do evento, desde a preparação até a sua realização. Planejou e executou dos detalhes burocráticos às estratégias de acolhimento aos participantes que chegaram de todos os cantos do país.

Teria concluído a relatoria do evento que lutou tanto para viabilizar, se uma parada cardíaca não tivesse tirado sua vida prematuramente, no último dia 24 de março. Neide morreu aos 55 anos, deixando três filhos e inúmeros amigos e companheiros de militância do PT e das causas populares. Profissional, mãe, mulher e militante, Neide forjou sua trajetória na luta em defesa do controle social brasileiro, dos direitos humanos, da vida e da saúde, desde quando ainda era uma menina das cidades satélites de Brasília. Foi um exemplo de resistência e compromisso com o Sistema único de Saúde (SUS), desempenhando um importante papel na gestão técnica e política do CNS.

Sua contribuição por uma saúde pública e de qualidade para todos os brasileiros e brasileiras foi fundamental e continuará reverberando em nossas práticas e desafios em defesa dos direitos da população. Sua trajetória é o seu legado, é o nosso exemplo.

Como reconhecimento a este legado essa conferência recebeu o nome de 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – Conferência Neide Rodrigues dos Santos.



### 3. Etapas Preparatórias

#### 3.1. VII Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT

O VII Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTTs) aconteceu de 16 a 18 de novembro de 2016, em São Luís. Com o tema “O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro” o encontro reuniu membros das CISTTs nacional, estaduais e municipais, e demais atores que integram os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), voltados à assistência e à vigilância para garantia da Saúde do Trabalhador, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria 1.823/12), e as leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080/90 e 8.142/90.

A programação contou com apresentações e discussões em diálogos participativos, abordando temas relevantes para a área, como: ‘Saúde mental no trabalho’, ‘Atuação dos Cerest’, ‘Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador’, ‘Participação social’, ‘Intersetorialidade’, ‘Dados de acidentes graves, fatais e doenças relacionadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora’, ‘Precarização do trabalho’, ‘Desenvolvimentos socioeconômicos e impactos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora’, dentre outros que contribuíram para a qualificação dos trabalhadores e das trabalhadoras na participação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

### 3.2. 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA

O 7º SIMBRAVISA – Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, realizado pela Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, aconteceu em Salvador (BA), de 26 a 30 de novembro de 2016. O tema central “O SUS e seu Sistema Nacional de Vigilância Sanitária” foi desdobrado em três grandes eixos: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária como subsistema do SUS (vigilância sanitária à luz dos princípios do SUS; risco e regulação sanitária, Vigilância Sanitária na contemporaneidade); o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (gestão, infraestrutura, financiamento, organização, modelo de atuação, instrumentos e tecnologias de intervenção, papel estratégico dos laboratórios); Formação, educação e trabalho em Vigilância Sanitária (formação e interdisciplinaridade, força de trabalho, modelos de práticas, risco e práticas de VISA, integração ensino e serviços de VISA).

Além da participação dos conselheiros nacionais de saúde durante a programação, as Comissões Organizadora e Executiva da 1ª CNVS realizaram a sua primeira reunião conjunta, iniciando oficialmente os preparativos para a realização da conferência.

### 3.3. 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

O 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado entre os dias 01 a 04 de maio de 2017 em Natal/RN e tendo como tema “Estado e

Democracia: o SUS como Direito Social”, sediou uma das reuniões das comissões da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), como parte do processo de mobilização para a conferência.

Os integrantes das comissões discutiram estratégias de trabalho, comunicação e mobilização para a 1ª CNVS e também fizeram o debate sobre a construção do documento que orientou os debates nas conferências municipais, macrorregionais e estaduais no contexto do fortalecimento do SUS e do acesso aos direitos à saúde.

### 3.4. 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - 15ª EXPOEPI

A Expoepi é reconhecida como importante evento, que tem como objetivo difundir os serviços de saúde do SUS, que se destacaram pelos resultados alcançados em atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de importância para a Saúde Pública.

A 15ª edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (15ª Expoepi), promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), foi realizada entre os dias 27 e 30 de junho de 2017, em Brasília, e por ser uma oportunidade para os trabalhadores e gestores do SUS trocarem informações e experiências para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde, foi definida como uma atividade preparatória para a 1ª CNVS.

Nesta perspectiva foi realizada a 4ª REUNIÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIVS/CNS e a participação de conselheiros nacionais de saúde nos vários painéis e mostras do evento.



### 3.5. Seminário Preparatório da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde com Foco no Trabalho

O Seminário Preparatório da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde com Foco no Trabalho foi realizado nos dias 18 e 19 de julho de 2017, em São Paulo, com a participação de representantes das centrais sindicais, movimentos sociais populares e conselheiros de saúde, com o objetivo de fortalecer os espaços institucionais de participação social e de democracia participativa.

Os debates ocorridos em torno dos temas: “A Saúde no Brasil”; “O Contexto da Vigilância em Saúde”; “O Modelo de Atenção à Saúde no Brasil e o Papel da Vigilância em Saúde na garantia da Integralidade” e “Apontamentos para uma Política Nacional de Vigilância em Saúde”, culminou com a aprovação da “Carta dos Movimentos Sindicais, Populares e Sociais Sobre a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Em Saúde”, conforme anexo.

### 3.6. 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher – 2ª CNSMu

Realizada em agosto de 2017 a 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres (2ª CNSMu), organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), reuniu, em Brasília, 1.800 participantes. Com o tema central “Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade com equidade”, a conferência teve como objetivo propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Dentre as mais de 280 propostas aprovadas na 2ª CNSMu, várias abordaram assuntos relacionados à Vigilância em Saúde, tais como: Vigilância e saúde do trabalhador e da trabalhadora; Prevenção da contaminação pelo Zika vírus,

dengue e outros; Defesa do SUS como sistema de atendimento integral, gratuito e universal, para garantir o acesso aos serviços, desde a promoção e prevenção até a recuperação; Fiscalização quanto ao uso de agrotóxicos e outras substâncias químicas nocivas a saúde humana; Implementação do Plano de Saneamento Básico em todos os municípios; Garantia do acesso à água potável, saneamento básico e coleta de resíduos sólidos.

### 3.7. Seminário Preparatório para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) na Câmara dos Deputados

O Seminário Preparatório para a 1ª CNVS ocorreu em Brasília, no dia 20 de fevereiro de 2018. O evento foi organizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelas Frentes Parlamentares Mista em Defesa do SUS, em Defesa dos Direitos Humanos e em Defesa do Trânsito Seguro e teve como objetivo discutir questões emergentes que impactam no desenvolvimento de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde e o papel do Poder Legislativo na busca de respostas a esses desafios.

Na pauta foram debatidos os seguintes temas:

- A Urbanização da Febre Amarela: O “Por que” e quais os Desafios de Enfrentamento
- Desafios para as Políticas Públicas de Vigilância e Prevenção da Violência no Trânsito



#### 4. **Etapa Municipal e/ou Macrorregional e Etapa Estadual/Distrito Federal**

A Etapa Municipal e/ou Macrorregional, teve por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e elaborar propostas para o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde e eleger delegados (as) para a Etapa Estadual/Distrito Federal.

Foram realizadas Conferências Estaduais de Vigilância em saúde em 25 Estados da Confederação, além da Conferência do Distrito Federal e da realização da Plenária Estadual do Rio de Janeiro.

A Etapa Estadual/Distrito Federal produziu mais de 300 (trezentas) propostas de âmbito nacional que, por sua vez, foram consolidadas em 197 (cento e noventa e sete) propostas que subsidiaram os debates nos Grupos de Trabalho na Etapa Nacional.

O trabalho de consolidação foi realizado pela Comissão de Formulação e Relatoria com a participação de relatores indicados pelos Conselhos Estaduais de Saúde e por entidades parceiras (Anvisa, Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, CEBES, UNB e ABRASCO).

1ª CNVS, Etapa Estadual/Distrital, Bahia

1ª CNVS, Etapa Estadual/Distrital, Acre

1ª CNVS, Etapa Estadual/Distrital, Distrito Federal

1ª CNVS, Etapa Estadual/Distrital, São Paulo

1ª CNVS, Etapa Estadual/Distrital, Rio Grande do Sul



## 5. Conferências Livres

As Conferências Livres, previstas no artigo 12 da Resolução CNS nº 535/2016, foram organizadas pelos movimentos sociais e entidades com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos.

Embora não tenham elegido delegados (as), as Conferências Livres indicaram Participantes Livres para a Etapa Nacional.

Considerando o disposto na Resolução nº 547/2017, foram realizadas vinte e quatro (24) Conferências Livres (tabela abaixo), cujos Relatórios estão anexos a este documento.

Com uma diversidade de temas relacionados à Vigilância em Saúde mais de 3.000 pessoas participaram de Conferências Livres realizadas em todo o país.

CONFERÊNCIAS LIVRES		
TEMA	ORGANIZAÇÃO	Nº DE PARTICIPANTES
Saneamento no Território: Como integrar as ações entre os setores de saneamento e saúde.	Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental - ABES	137
Conferência Livre de Vigilância em Saúde para Populações Expostas aos Agrotóxicos.	Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social - DAGEP/SGEP, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde - CNS e o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST/SVS	79

Todos os Gêneros por um SUS Público e de Qualidade, Nenhum Direito A Menos!	Articulação Aids em Pernambuco em parceria com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES	101
Temas de interesse da Vigilância Sanitária junto à sociedade - Regiões Sul e Sudeste; Região Nordeste; Regiões Norte e Centro-Oeste.	Agência nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa	250
Agência nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa	Agência nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa	80
Reflexões sobre o SUS, a Vigilância em Saúde e as principais mudanças da legislação no mundo do trabalho, normas internacionais e os impactos na saúde do trabalhador e da trabalhadora.	Fórum Nacional das Centrais Sindicais em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora	51
Conferência Livre de Vigilância em Saúde dos/as Trabalhadores/as da CUT PE	Central Única dos Trabalhadores - CUT/PE	58
Medicamento: Produto e Direito, o impacto da propriedade intelectual no desenvolvimento nacional e no trabalho do farmacêutico.	Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	60
Conferência Livre de Vigilância em Saúde realizada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)	Mestrado Profissional de Vigilância em Saúde do trabalhador (MPVISAT) da ENSP	71
I Conferência Livre "Vigilância em Saúde com Ênfase em Hanseníase"	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - Morhan	640
Conferência Livre de Vigilância em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz Relatório Final	Conferência Livre de Vigilância em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz Relatório Final	176
1ª Conferência Livre dos Movimentos Sociais de Juína - Mato Grosso	Secretaria Municipal de Saúde de Juína - MT	78
Conferência Livre de Vigilância em Saúde "Movimentos Unidos pelo Fortalecimento do SUS"	MOPAIDS - Movimento Paulistano de luta Contra a Aids; Coletivo Arouchianos Fórum das patologias do Estado de São Paulo; Koinonia Presença Ecumênica e Serviço; Programa Municipal de DST/Aids	51
1ª Conferência Livre de Movimentos, Redes e Protagonismo Social em Vigilância em Saúde - RJ - "A Luta por Direito à Saúde, SUS Democrático e Constitucional"	Coletivo de Movimentos, Redes e Protagonismo Social do Rio de Janeiro	179

1ª Conferência Livre de Vigilância em Saúde da População em Situação de Rua - São Paulo/SP	Movimento Nacional População de Rua - MNPR	107
1ª Conferência Livre de Vigilância em Saúde da População em Situação de Rua - Maranhão	Movimento Nacional População de Rua - MNPR	69
Oficina Macrorregional de Políticas de Equidade do SUS para o Povo Rom (Os assim chamados Ciganos)	Comunidade Calon de Santa Fé do Sul	85
Conferência Livre de Vigilância em Saúde e a Reforma Urbana - Recife - Pernambuco	CONAM, UNEGRO, CMP, UBM, MNLM; UNIÃO POR MORADIA POPULAR; MLB; INSTITUTO PÓLIS; CDES; MOVIMENTO MÃOS DADAS; FENAE; PREZEIS; CEREST RECIFE; UNIÃO DE MORADORES CHICO MENDES; HABITAT; FASE	66
II Seminário de Saúde e Qualidade de Vida do Pontal do Paranapanema	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional de Presidente Prudente - SP (CEREST-PP)	250
Conferência Livre Controle Social em Saúde do Trabalho	Conselho Estadual de Saúde - CES-BA Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - Cist-BA	98
Conferência Livre dos Trabalhadores e Trabalhadoras de Vigilância em Saúde: Nenhum Direito a Menos	Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais	202
Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade.	Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade.	127
Violência Contra as Mulheres - Articulado e enfrentamento - vigilância em saúde, SUS e SUAS	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Porto Alegre/RS	53
O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS Saberes, Práticas, processos de trabalhos na vigilância em saúde.	Conselho Municipal de Saúde -Corumbá- MS / Fórum dos Usuários do SUS	185



## 6. Etapa Nacional

### ■ 6.1. Inauguração da Etapa Nacional

Em função do adiamento da data de realização da etapa nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizou, em 28/11/2017, a chamada “Inauguração da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) 2018”. Na ocasião, foi lançada a nova data do evento – 27 de fevereiro a 02 de fevereiro de 2018, e tornado público o documento consolidado com as propostas oriundas da etapa estadual.

### ■ 6.2. Solenidade de Abertura

Duas mil pessoas se reuniram para a solenidade de abertura da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente. Direito garantido não se compra, não se vende!”. Com palavras de ordem, cânticos indígenas e reflexões sobre os rumos da Vigilância em Saúde no Brasil, aconteceu, na noite de 27 de fevereiro, a abertura oficial da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS).

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) está ligada à história da democracia do Brasil. A defesa da participação social diante do contexto de retrocessos recentes nas políticas de saúde foi enfatizada por Ronald dos Santos, presidente

do CNS. “Foi por conta do compromisso com a vida que os gestores, usuários e trabalhadores da saúde no CNS conseguiram mobilizar a sociedade brasileira para enfrentar os problemas. Nesse momento, precisamos de forças para fazermos essa conferência ser um marco na história do SUS”, disse.

O coordenador-adjunto da 1ª CNVS e conselheiro nacional de saúde, Fernando Pigatto, destacou os desafios para a participação social no país e convocou os conferencistas para continuarem em luta. “Resistiremos para nos fortalecermos. Essa conferência é uma vitória do controle social no nosso país. Os gestores precisam se comprometer a efetivar nossas diretrizes na prática”, disse.

A deputada federal Erika Kokay enfatizou a democracia como ferramenta fundamental para efetivação das demandas do evento. “Estamos aqui para tecer uma política onde possamos identificar porquê e do que adoce o povo brasileiro. Sem o chão fértil da democracia, não poderemos florescer os direitos”.

Para que as propostas sejam consolidadas, a conselheira nacional de saúde, Maria Conceição Silva, frisou que é necessária a integração entre as quatro vigilâncias e respeito às diferenças da população: Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e em Saúde do Trabalhador. “Essa política que estamos construindo tem que levar em conta o racismo. É preciso contemplar as demandas de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), além de povos tradicionais. As vigilâncias têm que estar integradas. Precisamos construir as diretrizes respeitando as especificidades das pessoas”, afirmou.

As mortes por violências e os desastres ambientais foram assuntos destacados por Rivaldo Venâncio, representante da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

“Precisamos formular propostas para dar conta de agravos devido a agravos ambientais como os desastres de Mariana (MG). Não podemos aceitar que morram 150 mil pessoas por ano no Brasil causas violentas”, destacou.

O vice-presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Charles César Tocantins de Souza, frisou como preocupantes as recentes mudanças na constituição, que afetam o orçamento em saúde. “Vivemos uma crise política, econômica e ética. A 1ª CNVS tem que ter o compromisso com a democracia. O Conasems é a favor da revogação e revisão da EC 95”. A emenda, aprovada no Congresso Nacional em 2016, entrou em vigor este ano e congela investimentos em saúde e educação por 20 anos.

Joana Batista Lopes, representante da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), afirmou que o SUS foi construído pelo povo brasileiro através do controle social. Por esse motivo, convocou os conferencistas a não aceitarem o congelamento de investimentos. “A EC 95 é desumana.

Uma conferência dessas é pra dizer que a gente precisa primeiro cuidar da politização do povo para dizer não ao que está vigente. A maioria dos trabalhadores do SUS tem salários vergonhosos”, criticou.

A Vigilância Epidemiológica foi lembrada pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal e representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Humberto da Fonseca, como uma ferramenta importante no controle e erradicação de doenças. “Todos os brasileiros usam o SUS. Nosso programa de imunização e tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids são referências, mas ainda temos dificuldades. Isso aumenta nossa responsabilidade”.

O presidente da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa), Jarbas Barbosa, afirmou que é uma lacuna grande para a história do SUS não haver uma política nessa área, por isso a necessidade vital de uma conferência desse porte. “No SUS não pode prevalecer a doença e a morte, mas a saúde e a vida”.

O secretário de Vigilância em Saúde, representante do Ministério da Saúde, Adeilson Cavalcante, destacou a importância do evento. “Teremos um árduo trabalho, muita reflexão e debate. Ao final teremos nosso objetivo alcançado. As diretrizes para o SUS”, finalizou.

A noite terminou com show da cantora Dih Ribeiro, que apresentou sambas nacionais em homenagem às africanidades e às mulheres.

### ■ 6.3. Painéis

#### ■ 6.3.1. Painel 1

O Painel 1, que tratou do tema: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”, foi coordenado por Ronald Ferreira dos Santos – Presidente do CNS e Vanja Andréia Reis dos Santos – Presidente da União Brasileira de Mulheres.

Tendo como palestrantes Jarbas Barbosa – Presidente da ANVISA, Celia Regina

das Neves – Comissão Nacional de Fortalecimento das Reservas Costeiras e Marinhas do Brasil – CONFREM – Brasil e Élide Graziani - Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo / Titular da 2ª Procuradoria, a garantia de financiamento ao Sistema Único de Saúde (SUS), o respeito às realidades regionais e fiscalização e integralidade das ações de Vigilância em Saúde permearam os debates do painel.

Para a procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo, Élide Graziane, não é possível falar em defesa do SUS e da saúde pública sem discutir o financiamento progressivo do Estado. “Não há direito social sem dinheiro que ampare o seu custeio. Ou o direito à saúde é amparado por uma garantia de financiamento ou ele é precarizado e entregue à substituição do Sistema Suplementar”, avaliou.

A mudança na forma de repasse de recursos do SUS para estados e municípios, que dificultou a fiscalização para o controle social, e a Emenda Constitucional 95/2016, que congela os investimentos em saúde por 20 anos, foram duramente criticados pela procuradora. “A EC 95 é inconstitucional. Precisamos garantir o financiamento do SUS para que ele seja um direito universal. E é com orçamento público que se garante direitos”, afirmou.

Garantir a vigilância para prevenção, o acompanhamento para aprimorar medidas de controle e desenvolvimento de práticas que promovam proteção e saúde para todos também foram destaques. “Há trabalhadores que usam, durante um ano de trabalho, de 36 a 50 litros de óleo diesel no corpo.

Quando se vive num território historicamente discriminado, ninguém reflete sobre essa situação e as populações sofrem com este modelo de desenvolvimento”, afirmou a representante da Comissão Nacional de Fortalecimento das Reservas Costeiras e Marinhas do Brasil (Confrem), Célia Regina das Neves. “Isso é omissão do estado. Precisamos qualificar o SUS de uma forma responsável, clamar por esse comprometimento de todos e difundir o nosso enfrentamento a essa luta de classes”, completou.

Para o presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Jarbas Barbosa, é fundamental a promoção da saúde em todos os níveis de atenção. “Temos aqui a possibilidade de cumprir um vazão importantíssimo. Essa conferência será um divisor de águas para reafirmar que sem vigilância não existe saúde integral e o SUS será extremamente reduzido somente a sua parte assistencial, que arcará com mais despesas porque não estamos investindo de maneira correta”. Barbosa considera fundamental a integração de todas as vigilâncias, inclusive com a saúde da família.

O presidente do CNS, Ronald dos Santos, reconheceu o esforço de cada um dos participantes para a construção coletiva das propostas. “Nossa capacidade de colocar em ação a inteligência coletiva do povo brasileiro foi capaz de produzir há 30 anos o SUS. São muitos debates e reflexões.

Estamos num processo coletivo para defender a saúde como direito e uma política de proteção sustentada nos princípios do SUS, que garantam qualidade no seu caráter público”, afirmou.

### 6.3.2. Painel 2

O Painel 2, que tratou do tema “O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS” e “Saberes, Práticas, processos de Trabalhos e Tecnologias na Vigilância em Saúde”, foi coordenado por Daniela Buosi – SVS/MS e Rogério de Jesus Santos – Força Sindical – FS

Tendo como palestrantes Glória Teixeira – ISC/Ufba, Norberto Rech – UFSC e Letícia Oliveira Gomes de Faria – Movimento de Atingidos por Barragens – MAB, a tônica dos debates foi de que a Vigilância em Saúde deve ocupar um papel central não apenas no Sistema Único de Saúde (SUS), mas no cotidiano das pessoas, com novas tecnologias, práticas e saberes, atuando para garantir não o lucro, mas a saúde para todos.

A representante do Movimento de Atingidos por Barragens (MAB), Letícia Oliveira Gomes de Faria, acredita que a falta de um olhar integral sobre a Vigilância em Saúde pode prejudicar, na prática, as populações de diferentes territórios.

A professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Glória Teixeira, lembrou a trajetória do Movimento Sanitário até a conquista do SUS, apontado por ela como um patrimônio da sociedade brasileira que precisa ser defendido nesta conjuntura de retirada de direitos. “Nós estamos comemorando os 30 anos do SUS na nossa Constituição e ainda não alcançamos a integralidade”, afirmou.

O professor do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Norberto Rech reiterou que o papel da Vigilância em



Saúde significa uma parte importante do direito à cidadania. E lembrou que, quando este direito é negligenciado, o resultado é doença e agravo. “A Vigilância em Saúde não está só no SUS. Está no cotidiano da cidadania e o sistema de saúde está permeado de tecnologias que só servem à acumulação e ao lucro sobre o adoecimento das pessoas. Os meios de produção devem estar a serviço das pessoas”, afirmou.

### ■ 6.3.3. Painel 3

O Painel 3, que tratou do tema “Responsabilidades do Estado com a Vigilância em Saúde” e “Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde”, foi coordenado por Fernando Pigatto – Coordenador Adjunto da 1ª CNVS e Priscilla Viegas – Conselheira Nacional de Saúde

Tendo como palestrantes Leandro Araujo da Costa- Coordenação do Setor Nacional de Saúde do MST, Nereu Henrique Mansano – Conass e Aldo Rebelo – Ex Ministro da Ciência, Tecnologia e Inovação, os debates abordaram questões como: Qual é o papel do poder público na efetivação das políticas de Vigilância em Saúde? Qual a importância da participação popular para que os direitos à saúde não sejam negados?

De acordo com Leandro Araújo da Costa, coordenador do Setor Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), a melhor fórmula para que as ações de Vigilância sejam cumpridas por todos os entes federados, é com participação popular. “O povo tem que participar pensando na qualidade de vida.

A participação popular tem que ser para além da institucionalidade, realizando conferências livres”, propõe.

Nereu Henrique Mansano, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conaas) também frisou a importância do controle social na construção e efetividade das políticas. Como desafio, ele destacou que a prevenção deve estar em primeiro plano nas ações em saúde. “Não podemos continuar fazendo saúde só por livre demanda, sem ações preventivas. É evidente a dificuldade encontrada e a fragmentação dos serviços assistenciais, das atividades de promoção e proteção da saúde”. Como exemplo, Nereu citou o aumento de sífilis no Brasil por conta da falha na detecção da doença.

O ex-ministro da Ciência, Tecnologia e Inovação, Aldo Rebelo, fez uma contextualização histórica da saúde no Brasil, referenciando o período colonial. “Quando os primeiros médicos portugueses vieram ao Brasil, para assegurar o mercado aos médicos europeus, o governo promoveu uma perseguição aos curandeiros. O problema é que os médicos recém-chegados não conheciam as doenças tropicais e as especificidades do Brasil. A medicina, mesmo sendo de alta qualidade, era insuficiente para as nossas demandas”, explica.

No contexto atual, o ex-ministro acredita que isso se reflete na cultura medicamentosa e na falta de afeto e humanidade no mercado da saúde. “Com o avanço do capitalismo, o doente é uma mercadoria. A privatização da saúde está acontecendo, mas parece estar imperceptível. Os planos de saúde sequestram os recursos da saúde pública”, critica.

Por isso, segundo ele, é necessária a responsabilidade do Estado com ações preventivas e não com consequências. “Nossos movimentos são eficientes para cobrar do Estado, mas não o protegemos. O Estado é a nação. A agenda do interesse comum não pode ser abandonada”, avalia. As diretrizes propostas no evento irão compor a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que vai nortear as ações do Ministério da Saúde pelos próximos anos.

#### ■ 6.4. Grupos de Trabalho

Os Grupos de Trabalho - GT foram instâncias de debate e votação das propostas de âmbito nacional constantes do Relatório Nacional Consolidado, em número total de 16 (dezesesseis), sendo 04 (quatro) grupos para cada subeixo e considerando-se a paridade por segmentos e a representação por Estados na sua composição.

#### ■ 6.5. Debates Livres

##### ■ 6.5.1. Painel democrático registrou bandeiras de luta dos delegados da 1ª CNVS

Os delegados da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) atenderam à provocação dos organizadores do evento e se manifestaram no painel de recados que questionava “Por que defender a Vigilância em Saúde?”. E ainda foram além. Escreveram ali muitas frases em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de bandeiras peculiares a cada movimento.

##### ■ 6.5.2. A importância de revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009.

A cada três mortes de adultos, duas são de homens. A população masculina vive, em média, sete anos a menos do que as mulheres e a cada cinco pessoas que morrem, entre 20 e 30 anos, quatro são homens.

Os dados foram apresentados pelo coordenador nacional de Saúde do Homem da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde (MS), Francisco Norberto Moreira Silva na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), na última quinta-feira, 1º de março.

A fim de efetivar ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina, nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, os conferencistas discutiram a importância de revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009.

Para eles, é fundamental ampliar o acesso de homens aos serviços de assistência integral à saúde do homem no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde.

##### ■ 6.5.3. Agenda de mobilização para a 16ª Conferência Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresentou durante a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), uma extensa agenda de mobilização para a 16ª Conferência Nacional de Saúde, prevista para 2019.

Entre os destaques, estão a participação do órgão no Fórum Social Mundial (FSM), que foi realizado em Salvador, de 13 a 17 de março, e a realização da Semana da Saúde, com ações previstas todo o país, de 2 a 7 de abril.

O tema proposto para a 16ª Conferência Nacional de Saúde é “8ª + 8 = 16ª” - uma referência à 8ª Conferência, realizada em 1986 e considerada um marco na história das conferências. Isso porque ela foi a primeira, em âmbito nacional, aberta à sociedade. O resultado do evento gerou as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição de 1988, que consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo agora é retomar bandeiras da 8ª Conferência, como a da luta pela integralidade do SUS, e somar a elas as demandas que a sociedade apontou nos últimos oito anos como, por exemplo, a questão da saúde mental, da atenção básica, da pessoa com deficiência, da saúde indígena.

#### ■ 6.6. Atividades Culturais

Expressar-se politicamente por meio da arte é uma das formas possíveis de combater os retrocessos recentes nas políticas sociais. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde contou com apresentações culturais como recital de cordel e poesia, além de teatro e música.

#### ■ 6.7. Práticas Integrativas

Diante de hábitos que incentivam a cultura medicamentosa, cada vez, a Vigilância em Saúde tem se preocupado com práticas integrativas e alternativas na área da

Saúde. O objetivo é reduzir a automedicação, que pode gerar danos às pessoas, e promover a qualidade de vida. Pensando nisso, a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) criou um espaço de cuidados aos conferencistas. Massagem, Reiki, Yoga, Reflexologia, Acupuntura, Calatonia, Naturopatia Vibracional são algumas das práticas que foram aplicadas nos participantes da 1ª CNVS.

#### ■ 6.8. Plenária Final

O povo, unido, jamais será vencido!”, bradou a plenária após quatro dias de intensos trabalhos na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS). A votação na plenária final aconteceu por meio de um sistema eletrônico através de aparelhos específicos cedidos aos participantes. A cada proposta, o resultado aparecia rapidamente em um telão indicando se a proposição estava aprovada ou não pela maioria.

Ao todo, 29 moções em apoio, repúdio, apelo ou solidariedade foram votadas pelos participantes. Dentre elas, tiveram destaque uma moção em apoio à ação de inconstitucionalidade contra a Emenda Constitucional 95, que congela por 20 anos os investimentos em saúde. O objetivo é que a emenda seja revogada para que o Estado garanta o financiamento adequado e suficiente das ações e serviços de saúde.

A 1ª CNVS foi mais um evento de participação social que antecede a 16ª Conferência Nacional de Saúde, marcada para ocorrer em 2019, sendo considerado um dos maiores eventos da democracia participativa brasileira.



## 7. Propostas Aprovadas

### 7.1. Subeixo 1 - O lugar da vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde

O Subeixo 1 da 1ª CNVS debateu questões relativas ao lugar da Vigilância em Saúde no SUS, buscando identificar em sua centralidade a função essencial da vigilância e as diretrizes que possam assegurar que suas ações estejam consoantes com os princípios do SUS.

Do conjunto das 29 (vinte e nove) propostas aprovadas neste tema, destacam-se elementos estratégicos que visam garantir que o planejamento em saúde seja norteado pelo diagnóstico situacional da vigilância em saúde no território para orientar a integralidade do modelo de atenção à saúde visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como a melhoria da atenção.

Cabe à vigilância analisar, de forma permanente, a situação de saúde da população, articulando o conjunto de ações que se destina a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, tanto no que concerne a abordagem individual quanto a perspectiva coletiva dos problemas de saúde.

A informação da vigilância em saúde é um patrimônio e elemento central do SUS que deve ser considerada no planejamento, monitoramento e avaliação em saúde pelas três esferas de governo (Federal, Estadual/Distrito Federal e Municipal) como estratégia para viabilizar intervenções em fatores determinantes e condicionantes

do processo de saúde-doença-cuidado fortalecendo a integralidade das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde com participação popular em ações que extrapolam o setor saúde visando atender as necessidades da sociedade.

As deliberações apontam alguns componentes para efetivação da Vigilância em Saúde, tais como: vigilância e análise da situação de saúde da população e seus determinantes; resposta às emergências de saúde pública; vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; Vigilância em Saúde Ambiental; Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária, articulando-se com a rede de atenção à saúde, processos de trabalho e planejamento integrados com vistas à promoção, prevenção e proteção da população e efetiva participação do controle social.

A Vigilância em Saúde no SUS deve ser estruturada como política transversal, intersetorial, de inteligência e suporte para as redes de atenção, refletindo-se na estrutura dos órgãos que integram o SUS, por meio de normativas que regulamentem a composição mínima de recursos humanos das equipes de vigilância (quantitativa e qualitativamente) bem como a estrutura física, material e de suporte às ações de Vigilância em Saúde considerando o território e população a ser atendida, com equidade de recursos financeiros, assegurando o bloco de financiamento específico para a Vigilância em Saúde.

As ações da Vigilância em Saúde devem ser orientadas por meio do planejamento a partir dos territórios das Regiões e Unidades de Saúde com o fortalecimento das ferramentas de comunicação social e educação permanente dos profissionais de saúde e conselheiros de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, visando superar vulnerabilidades sociais, econômicas e ambientais.

Nº	Eixo 1 - O lugar da vigilância em saúde no SUS
1.1	Aprimorar, com corresponsabilização das empresas, o processo de descarte correto de medicamentos vencidos ou de sobras de medicamentos com a adoção de um sistema de logística reversa, aplicando sanções financeiras aos transgressores e realizar campanhas que alertem a população sobre os riscos à saúde e ao meio ambiente decorrentes da destinação inadequada desses insumos de saúde.
1.2	Fortalecer, garantir e ampliar as ações voltadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora, com foco na redução dos índices de morbimortalidade, por meio de: inspeções periódicas, ações interdisciplinares de educação e prevenção de acidentes e doenças do trabalho, incentivos a pesquisa; definição de unidades sentinelas para doenças relacionadas ao trabalho em cada município; parcerias com Organizações Não-Governamentais e ações intersetoriais, garantindo recursos materiais, financeiros e humanos para o efetivo cumprimento da legislação vigente.
1.3	Garantir e organizar as ações da Vigilância em Saúde, a partir dos territórios das Unidades de Saúde com o fortalecimento das ferramentas de comunicação social e educação permanente dos profissionais de saúde e Conselheiros Municipais e Estaduais, promovendo a integração da Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Saúde na Escola (PSE) e Controle Social sobre Vigilância em Saúde com linguagem acessível, informando sobre Vigilância em Saúde, seus processos de trabalho, fatores de risco e de proteção à saúde, dados epidemiológicos e orientações para a sociedade participar deste processo.
1.4	Implantar/Implementar, nas três esferas de Governo, uma Política Pública em Vigilância em Saúde permanente e sustentável, com planejamento estratégico, garantia de financiamento e ações articuladas com as demais áreas da saúde, de forma interdisciplinar, integrada, intersetorial e territorializada, visando superar vulnerabilidades sócio econômicas, ambientais, promovendo ações de educação permanente para os profissionais de Saúde (Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde e Gestão).
1.5	Integrar a Vigilância em Saúde com a Atenção Primária/Básica garantindo e fortalecendo as linhas de cuidado, os programas e ações de promoção, prevenção e proteção capazes de atender as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, com articulação intersetorial, consolidando a Vigilância em Saúde.
1.6	Aplicar as informações da Vigilância em Saúde nas três esferas de governo (Federal, Estadual, Municipal) no planejamento, monitoramento e avaliação em saúde como estratégia para viabilizar intervenções em fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença-cuidado fortalecendo a integralidade das ações e serviços de saúde nas Regiões de Saúde com participação popular em ações que extrapolam o setor saúde visando atender as necessidades da sociedade.
1.7	Estruturar a Vigilância em Saúde em todos seus componentes, articulando com a rede de atenção à saúde, processos de trabalho e planejamento integrados com vistas à promoção, prevenção e proteção da população e efetiva participação do controle social.

1.8	Integrar e implementar as ações dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para efetivação do serviço de Vigilância em Saúde, adotando território compartilhado nas ações de controle vetoriais, conforme a realidade da região.
1.9	Implementar e garantir o funcionamento da Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas com qualificação das equipes de atenção básica para diagnóstico precoce e garantia de acesso a serviços especializados, organização de fluxos, atendimento específico para pessoas com deficiência, acamadas e sem acessibilidade e incluindo os portadores de transtorno do sono e suas comorbidades, qualificando os serviços prioritários para exames e diagnósticos precoces, busca ativa para diagnósticos tardios e garantia de acesso aos serviços especializados visando a qualidade de vida desta população e, principalmente, redução do sobrepeso e mortalidade, em especial em idosos e crianças.
1.10	Executar ações integradas de vigilância de acordo com o perfil epidemiológico do território e realidade local, incentivando o uso de novas tecnologias e tecnologias avançadas para melhor controle de doenças, garantindo conforme complexidade e riscos, priorizando o diagnóstico e tratamento, garantindo a saúde da população.
1.11	Assegurar que a Vigilância em Saúde seja norteadora do modelo de atenção à saúde para redução de riscos de doenças e de outros agravos com garantia da prevenção, promoção e recuperação da saúde.
1.12	Implantar um sistema de informação integrado e intersetorial de vigilância em saúde com os demais serviços da rede de atenção à saúde vinculado ao sistema e-SUS, como mecanismo de monitorar a alimentação adequada e suporte técnico, possibilitando a visualização dos sistemas nas esferas estadual, regional e municipal para que se possa acompanhar mensalmente os desfechos dos usuários, garantindo assim a retroalimentação das informações e disponibilização de boletins periódicos, a fim de informar e esclarecer a população por meio da comunicação (rádio, TV, jornais e mídias sociais), assim como pela educação em saúde.
1.13	Garantir que o planejamento em saúde seja norteado pelo diagnóstico situacional da vigilância em saúde no território para orientar o modelo de atenção à saúde, cabendo ao gestor local através de informações qualificadas e dados epidemiológicos, visando a promoção e prevenção, bem como a melhoria da atenção integral.
1.14	Superar os obstáculos/dificuldade que são percebidos para atuação da vigilância em saúde integrada às demais práticas do cuidado em saúde, promovendo uma comunicação eficiente entre profissionais, Usuários e serviços de saúde, bem como melhorar o apoio logístico (transportes, espaço físico, insumos), assegurar o quadro permanente de servidores municipais da saúde definindo atribuições e responsabilidades, garantir a participação ativa dos profissionais na construção, execução e monitoramento do plano municipal de saúde e buscar o nivelamento de conhecimento sobre a política das ações integradas de saúde para todos.

1.15	Estabelecer a Vigilância em Saúde como competência exclusiva do setor público de saúde, tendo em vista que é uma área essencial para a Saúde Coletiva, com ingresso por meio de concurso público garantindo a legitimidade de atuação e promovendo educação permanente, e exigir dos municípios equipe mínima como critério para recebimento de recurso.
1.16	Integrar as políticas de Vigilância em Saúde às políticas de Assistência Social, Recursos Hídricos e Saneamento de forma a garantir o acolhimento, atendimento, avaliação de riscos no território para acompanhamento e proteção social, considerando as responsabilidades dos três níveis de governo.
1.17	Analisar, de forma permanente, a situação de Saúde da população, articulando o conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à Saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, tanto no que concerne à abordagem individual, quanto à abordagem coletiva dos problemas de Saúde.
1.18	Definir como componentes das ações de Vigilância em Saúde as ações de promoção da Saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: I - Vigilância e análise da situação de saúde da população, II - resposta às emergências de saúde pública; III - Vigilância, promoção, prevenção e controle das doenças transmissíveis; IV - a Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, V - vigilância ambiental em saúde; VI - Vigilância da Saúde do Trabalhador; VII - Vigilância Sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a Saúde; VIII - Vigilância laboratorial.
1.19	Promover a efetiva integração dos componentes do sistema de Vigilância em Saúde, passando a ser um único sistema, tendo como eixo norteador a identificação de vulnerabilidades, garantindo a regulação, o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde.
1.20	Garantir que as ações de Vigilância em Saúde sejam consideradas função de estado e exercidas por servidor estatutário, com a criação da carreira de Vigilância em Saúde no SUS.
1.21	Efetivar a Vigilância em Saúde (VS) no SUS como política transversal, intersetorial, de inteligência e suporte para as redes de Atenção à Saúde, fortalecendo a VS, seus componentes (I - Vigilância e análise da situação de saúde da população, II - resposta às emergências de saúde pública; III - Vigilância, promoção, prevenção e controle das doenças transmissíveis; IV - a Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, V - vigilância ambiental em saúde; VI - Vigilância da Saúde do Trabalhador; VII - Vigilância Sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a Saúde; VIII - Vigilância laboratorial) e todos os setores a ela vinculados nos organogramas das secretarias de saúde, através de legislação a ser publicada que regulamente a composição mínima de recursos humanos das equipes de vigilância (quantitativa e qualitativamente) bem como a estrutura física, material e de suporte às ações de VS considerando o território e população a ser atendida, com equidade de recursos financeiros, assegurando o bloco de financiamento específico para a Vigilância em Saúde.

1.22	Assegurar o papel da Vigilância em Saúde como norteadora do modelo de Atenção à Saúde no SUS para a redução do risco de doenças e de outros agravos, de forma que intra e intersetorialmente seja garantida a promoção, a proteção e a recuperação da Saúde, na perspectiva da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
1.23	Criar e implantar a mesa de negociação do SUS nos estados e municípios, tendo em vista instituir a Vigilância da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISAT), com monitoramento periódico, especificamente para os trabalhadores do SUS, incentivando sua valorização através da realização de concurso público, implantando ou revisando o plano de cargos e salários, e visando uma fixação desses trabalhadores nos serviços públicos de saúde.
1.24	Integrar as políticas de Vigilância em Saúde às políticas de Assistência Social, Recursos Hídricos e Saneamento de forma a garantir o acolhimento, atendimento, avaliação de riscos no território para acompanhamento e proteção social, considerando as responsabilidades dos três níveis de governo.
1.25	Garantir a implementação da Política de Educação Permanente e continuada para os trabalhadores e trabalhadoras do SUS nas três esferas de governo e vinculando os temas da saúde e do controle da participação popular e instrumentalizando os (as) usuários (as) através de reuniões, capacitações, seminários, palestras, rodas de conversas, materiais informativos e assembleias com referência as questões de Vigilância em Saúde para uma maior qualificação da divulgação das informações nos serviços, redes sociais, jornais, TVs, rádios, escolas, UBS e etc.
1.26	Fortalecer a vigilância em saúde através da educação permanente multidisciplinar do trabalhador e da trabalhadora, sensibilizar o empregador/empregado acerca dos direitos e deveres, capacitar os profissionais de saúde a realizar educação em saúde com foco na promoção, proteção, recuperação, reabilitação e redução de danos à saúde do trabalhador.
1.27	Valorizar a carreira dos profissionais e trabalhadores da vigilância em saúde no SUS, estabelecendo a criação e a manutenção de quadro efetivo, garantindo os direitos trabalhistas e a qualificação profissional, fomentando a integralidade e continuidade das ações além de composição mínima das equipes da vigilância, a exemplo da PNAB.
1.28	Viabilizar a implantação de um sistema de informação epidemiológica integrado, que permita o conhecimento consistente e oportuno da ocorrência de doenças e agravos à saúde, permitindo o desenvolvimento de ações de controle efetivas, inclusive em áreas de fronteiras internacionais.

## 7.2. Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde

O Subeixo 2 tratou das responsabilidades do Estado e dos governos para com a gestão e o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, buscando subsídios para responder a perguntas sobre como os aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos contribuem para o planejamento e execução de ações no território, bem como sobre os possíveis mecanismos de participação da comunidade, de gestão participativa e as formas de governança participativa existentes na vigilância em saúde.

O debate ressaltou a responsabilidade sanitária com o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde, a importância do planejamento e acompanhamento do SUS, o fortalecimento do controle e participação social, sobretudo na ocupação de espaços institucionais e participativos, nos processos de organização e implementação de ações de vigilância em saúde.

As 95 (noventa e cinco) propostas relacionadas ao Subeixo 2, que foram aprovadas na plenária final, destacaram temas como a garantia do financiamento suficiente para a execução das ações, o planejamento integrado aos demais serviços de saúde, com base territorial e gestão baseada no risco, a comunicação do risco, a democratização das medidas de combate a doenças, as campanhas de imunização e o empoderamento da participação social.

O debate sobre o financiamento das ações de vigilância em saúde deu ênfase a preocupação com as formas de repasse financeiro capaz de garantir a manutenção do financiamento das ações de vigilância, bem como o aumento

do montante de recursos destinados a elas. No que diz respeito à forma de repasse, as propostas foram todas no sentido da manutenção de bloco de financiamento específico para a vigilância em saúde.

Outro aspecto bastante ressaltado foi a necessidade de fortalecimento das carreiras como componente da Política de Vigilância em Saúde. Neste tema específico, a falta de planos de carreiras, a necessidade de isonomia de vencimentos entre trabalhadores das três esferas de governo, a jornada de 30 horas e perspectivas claras para ascensão funcional e preenchimento dos cargos de chefia foram destacadas como a compreensão dos delegados para a Política de Vigilância em Saúde.

A necessidade de organizar a Vigilância em Saúde como política estruturante, intra e intersetorial, considerando a determinação social da saúde, com regulamentação, principalmente nos municípios, estrutura própria e recursos humanos multiprofissionais e interdisciplinares suficientes, assegurando a desprecarização e colocando em vigor o plano de carreiras, cargos e salários, também foi pauta do debate.

O conjunto de propostas deste subeixo traduz o que se espera de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde: que esta seja estruturada considerando que as ações e serviços de vigilância em saúde são parte integrante e indissociável do SUS, de ação exclusiva do estado, às ações relacionadas ao uso do poder de polícia e com a criação de mecanismos que impeçam qualquer tipo de privatização.

Nº	Eixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde
2.1	Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (Regime Jurídico da União - RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) uma jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais; c) dedicação exclusiva como regime de trabalho a todos os servidores; d) política de valorização do servidor e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento; f) que incluam formação profissional e incentivos salariais e de carreira; g) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades insalubres, penosas e perigosas, com integralidade e paridade; h) cargo efetivo de fiscal sanitário na vigilância em saúde, com autonomia funcional e poder de polícia.
2.2	Implantar e efetivar nos municípios o Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS) dos trabalhadores do SUS, incluindo os ACS/ACE assegurando o direito ao adicional de insalubridade, saúde e segurança no trabalho, conforme estabelecem as Diretrizes Nacionais do Protocolo nº 06 da mesa nacional de negociação permanente do SUS e demais legislação vigente.
2.3	Garantir financiamento tripartite, com manutenção no bloco de financiamento da vigilância em saúde, conforme portaria GM/MS 204, de 29/01/2007, para manutenção e ampliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos e educação permanente, priorizando o público em detrimento do privado na tomada de decisões em saúde, respeitando a acessibilidade e as especificidades regionais.
2.4	Implantar política de financiamento específica para as ações de vigilância em saúde, nas três esferas de Governo, que contemple por meio de portaria a definição e o financiamento para a estruturação de equipes multidisciplinares necessárias, em cada vigilância, compatíveis com o porte e complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, definindo diretrizes e estruturas essenciais para descentralização das ações e educação permanente em vigilância em saúde, com base na avaliação de risco e considerando as especificidades de cada vigilância com a transferência de recursos atrelada ao desempenho das ações
2.5	Fortalecer a inserção das ações de vigilância em saúde nos instrumentos de gestão do SUS, participando da elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Plurianual, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.
2.6	Assegurar a educação permanente aos trabalhadores, trabalhadoras e profissionais de saúde que atuam na vigilância em saúde propiciando o cumprimento efetivo da Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, com a manutenção do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde para a transferência de recursos fundo a fundo.
2.7	Garantir a aprovação da PEC 01/2015, que altera o Art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%, para fortalecer a atenção primária visando a promoção da saúde e evitando o subfinanciamento e a sobrecarga dos estados e, principalmente, dos municípios.
2.8	Garantir lei que atribua ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), vigilância em saúde com o poder de fiscalização nos ambientes de trabalho e a condição de autoridade sanitária, bem como configure como infração sanitária o descumprimento de legislações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores.



2.9	Construir, publicar e implementar estrutura legal jurídico-institucional definindo atribuições e competências para fiscalizar todos os ambientes de trabalho pela Vigilância Ambiental e Saúde do (a) Trabalhador(a) visando a prevenção de agravos e a construção de ambientes saudáveis no mundo do trabalho.
2.10	Garantir nos orçamentos municipais, estaduais e federal recursos orçamentários para o funcionamento e manutenção de toda a estrutura física, financeira e de recursos humanos necessários aos Conselhos, e para formação de conselheiros, garantindo o cumprimento das Resoluções emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde.
2.11	Revogar imediatamente a Emenda Constitucional nº 95/2016 permitindo que a destinação dos recursos para investimentos públicos considere a progressão do PIB, o avanço da economia, a inflação e a exploração do Pré-Sal, garantindo otimização, melhoria e ampliação do piso dos recursos da saúde com financiamento das três esferas, alcançando 10% do PIB e participação de um percentual de recursos de royalties.
2.12	Requerer que o Supremo Tribunal Federal reconheça a inconstitucionalidade da Emenda Constitucional - EC nº 95/2017 do Ajuste Fiscal, que trata do congelamento por 20 anos dos gastos públicos, incluindo o financiamento do SUS, garantindo a destinação de 20% do orçamento anual da União para o financiamento das ações do SUS, baseado nas condições epidemiológico-sanitárias e nos determinantes sociais da saúde, assegurando repasses financeiros em consonância com os planos federal, estaduais e municipais de saúde, observando as prioridades e necessidades das populações em âmbito loco-regional, destinando 1% dos investimentos para o fortalecimento e funcionamento dos Conselhos de Saúde, através de repasses fundo a fundo.
2.13	Atualizar a tabela do SUS, tanto no financiamento como nos procedimentos, acompanhando os avanços tecnológicos.
2.14	Garantir incentivo financeiro nacional para reorganizar as Vigilâncias em Saúde, quanto à estrutura física e formação de equipe observando qualificação e formação técnica específica para o desenvolvimento das ações propostas, garantidas com um serviço público não passível de terceirização.
2.15	Redefinir a regionalização da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), em todo o país, tornando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) a base para garantir a organização e a execução das ações de saúde do trabalhador, garantindo nos municípios sede das Regionais de Saúde (RS) a criação de Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) com cobertura para 100% dos municípios e, nos demais, a criação de Núcleos de Saúde do(a) Trabalhador(a), com equipe composta de profissionais de níveis superior e médio, devidamente capacitados.
2.16	Organizar a Vigilância em Saúde como política estruturante, intra e intersetorial, considerando a determinação social da saúde, com obrigatoriedade de sua regulamentação, principalmente nos municípios, com estrutura própria e recursos humanos multiprofissionais e interdisciplinares suficientes, garantindo dotações orçamentárias para o desenvolvimento de todas as ações estabelecidas e pactuadas de forma tripartite, realizando concursos públicos criteriosos para contratação de profissionais de saúde qualificados, para atuar nas Vigilâncias em Saúde, assegurando a despreciação e colocando em vigor o Plano de carreiras, cargos e salários, estabelecendo critérios para dimensionamento da equipe mínima para as equipes de vigilância em saúde .

2.17	Estabelecer mecanismos facilitadores que garantam a ampliação e aplicação contínua dos recursos financeiros específicos para ampliação de infraestrutura física, oferta de exames, abastecimento de insumos e equipamentos para o laboratório centrais de saúde pública (LACEN) nos estados e municípios com foco no sistema de gestão da qualidade e implantação de novos Laboratórios Regionais de saúde pública (LAREN).
2.18	Assegurar o cumprimento da legislação federal em relação aos limites de perímetro de plantio de cana de açúcar e as demais culturas e respectivas técnicas de pulverização de agrotóxicos com implantação de plano nacional de redução de uso e controle de agrotóxicos.
2.19	Normatizar através de resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e CIT (Comissão Intergestores Tripartite), uma equipe multiprofissional mínima (incluindo o bacharel de saúde coletiva e sanitária) para as vigilâncias, com garantia das coparticipações das três esferas de financiamento, estruturando as mesmas com quantitativo de recursos humanos necessário, conforme o perfil epidemiológico local, garantindo segurança e saúde nos locais de trabalho, conforme estabelecido nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, e que seja efetivamente realizada pelos municípios, estados e união, sob pena de restrição de recursos financeiros ao município e ao estado e penalização administrativa aos gestores das três esferas.
2.20	Estruturar o modelo de Vigilância em Saúde com todos seus componentes com a garantia de maior repasse financeiro, nas três esferas de gestão, voltado para a estruturação e aquisição de equipamentos necessários e infraestrutura física adequada para efetivo desempenho da Vigilância em Saúde, bem como os recursos humanos e equipamentos compatíveis com as demandas das áreas de Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica, em saúde do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública) e a promoção da saúde;
2.21	Exigir dos gestores estaduais e municipais a prática de Vigilância em Saúde, ampliar e fortalecer a rede de atenção à saúde do trabalhador, nos Estados, por meio da criação de CEREST nas regiões de saúde, contemplando os fatores demográficos e socioeconômicos. E implantar e estruturar rede de laboratórios macrorregionais (LACEN).
2.22	Assegurar o papel da Vigilância em Saúde como norteadora do modelo de Atenção à Saúde no SUS para a redução do risco de doenças e de outros agravos, de forma que intra e intersetorialmente seja garantida a promoção, a proteção e a recuperação da Saúde, na perspectiva da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
2.23	Reforçar o monitoramento de vigilância em saúde, nos municípios de fronteira, disponibilizando recursos financeiros específicos para aplicação nas Ações de Vigilância em Saúde; implantando unidades sentinelas federais em vigilância em saúde nas fronteiras do país e promovendo parcerias com as vigilâncias epidemiológicas dos municípios e demais instituições afins; bem como fortalecendo e ampliando a atuação dos Postos da ANVISA garantindo nas três esferas do governo recursos para atuação nas áreas de Vigilância em Saúde em fronteiras, com população do Campo, Floresta e Águas.
2.24	Fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com ênfase nas ações de prevenção, promoção e vigilância dos ambientes de trabalho, ampliando e fortalecendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).
2.25	Destinar recursos provenientes do ICMS, do gás, ICMS ecológico e extração de minério ambiental, para ser investido em Vigilância em Saúde.

2.26	Fortalecer a vigilância em saúde através da educação permanente multidisciplinar do trabalhador e da trabalhadora, sensibilizar o empregador/empregado acerca dos direitos e deveres, capacitar os profissionais de saúde a realizar educação em saúde com foco na promoção, proteção, recuperação, reabilitação e redução de danos à saúde do trabalhador.
2.27	Ampliar e implementar a rede de proteção a pessoa vítima de violência, a partir do fortalecimento de serviços e ações centradas no território, incluindo a capacitação técnica dos profissionais de saúde para a vigilância da violência, para que, em todos os níveis de atenção à saúde, possam identificar, notificar, acolher e orientar as pessoas em situação de violência, incluindo a população trabalhadora, tendo o apoio e envolvimento da sociedade.
2.28	Cumprir os editais anuais do controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS para o público vulnerável.
2.29	Implementar a integralidade das ações, conforme previsto no Sistema Único de Saúde (SUS): A). Garantindo ações intersetoriais voltadas para infraestrutura urbana, gestão dos resíduos sólidos, vigilância em saúde, segurança alimentar, uso racional da água, com a regulação do setor produtivo e guarda responsável dos animais. B). Estruturando os diversos pontos das redes de atenção à saúde, com a atenção primária em modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ordenadora da rede e uma das portas de entrada do sistema, até mesmo para condições agudas de baixa complexidade, garantindo equipes ESF completas com a presença dos agentes comunitários de saúde, insumos e manutenção, aliado à implementação efetiva da rede de urgências e emergências (UPAS e hospitais), atenção especializada, de acordo com as especificidades da população. C). Implementando formas efetivas de comunicação em saúde, integradas com as ações de educação permanente em saúde e campanha publicitária anual, nacional e local, mobilizando a sociedade civil, ONGS, instituições de ensino públicas e privadas, com objetivo de conscientizar a população da importância das mesmas.
2.30	Estabelecer políticas de financiamento pelas três esferas de governo, para as ações de Vigilância em Saúde (proteção, prevenção, promoção e controle) e assistência com definição específica para o uso, detecção oportuna de riscos, doenças e agravos para adoção de medidas adequadas e resposta às emergências de saúde pública, refletidas nos planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, promovendo o reajuste progressivo dos recursos de acordo com a complexidade das ações desenvolvidas em cada área da Vigilância em Saúde, incluindo Laboratório de Saúde Pública.
2.31	Constar na Política Nacional de Vigilância em Saúde que Estados, Municípios e Distrito Federal deverão investir na estrutura das vigilâncias com ampliação das equipes urbanas e rurais, melhorias no acesso à internet, garantia de transporte, tratamento de dados, divulgação de informações, aquisição de insumos, equipamentos e logística.
2.32	Implantar programa de saúde do pescador que contemple o fornecimento de repelentes e protetor solar aos pescadores (com controle por meio do registro nacional e registro geral da pesca), considerando que os catadores marisqueiros ficam expostos em locais com muitos insetos e exposição ao sol e apresentam um número elevado de câncer de pele e outras doenças dermatológicas.
2.33	Garantir compra centralizada pelo Ministério da Saúde/CGLAB (Coordenação Geral de Laboratórios) de insumos estratégicos com qualidade e equipamentos para todos os estados, a fim de realizar análise da água para o consumo humano (VIGIÁGUA) e para o diagnóstico de doenças/agravos de interesse a Saúde Pública: Arboviroses, IST/AIDS, doenças negligenciadas e extremamente negligenciadas.

2.34	Rever critérios da Portaria nº 183/2014 para implantação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH).
2.35	Fortalecer a Vigilância Sanitária (VISA) enquanto componente da Vigilância em Saúde, revisando, atualizando e efetivando a Política Nacional de Vigilância Sanitária nos municípios, aumentando os recursos financeiros para a área, e simplificando eficientemente o processo de licenciamento sanitário com foco na redução e controle do risco sanitário.
2.36	Estruturar a Política Nacional de Vigilância em Saúde considerando que esta é parte integrante e indissociável do SUS, devendo permanecer no escopo dos entes federados, com atenção especial às vulnerabilidades sociais de cada território, criando mecanismos que impeçam explicitamente a terceirização, quarterização, privatização e transferências nos comandos dos eixos de Vigilância em Saúde.
2.37	Tornar obrigatória a criação de Centro de Controle de Zoonoses-CCZ (Unidade de Vigilância de Zoonoses) nos municípios, bem como a disposição de recursos para custeio das ações e controle populacional canino e felino nas três esferas de governo, fortalecendo o controle de zoonoses.
2.38	Estabelecer normas para punir e fiscalizar moradores que criam animais soltos na cidade (caninos, equinos), bem como criadores de aves e suínos com aplicabilidade de multa de acordo com código sanitário e fiscalizar, controlar, recolher os animais expostos nas rodovias estaduais, evitando acidentes automobilísticos, e liberar cotas de coleiras caninas que previne a leishmaniose e sua transmissão.
2.39	Implementar as políticas de saúde já existentes, regulamentando o controle de Zoonoses e implantando os Centros de Controle de Zoonoses no território de abrangência dos municípios, para intensificar as ações de monitoramento, vacinação e controle de vetores e aplicação de penalidades em criadouros de animais em desconformidade com a legislação, e com conscientização dos criadores, reduzindo a morbimortalidade provenientes de doenças transmitidas por animais.
2.40	Financiar pesquisas direcionadas às doenças negligenciadas e relacionadas ao controle de vetores e agentes causadores de doenças e agravos e viabilizar incentivo financeiro na contratação de profissionais e aquisição de insumos no enfrentamento das endemias e doenças negligenciadas existentes, considerando o diagnóstico epidemiológico regional.
2.41	Apoiar o Estado no que tange ao rompimento de barragens, garantindo assim maior incentivo financeiro para custeio de materiais/insumos/procedimentos diversos para atuação dos profissionais na recuperação/manutenção do meio ambiente e processo de saúde/doença, reconhecendo o desastre de barragens (exemplo: Samarco) como acidente de trabalho ampliado, nas instâncias decisórias, considerando todos seus impactos inclusive tecnológicos e socioambientais.
2.42	Fortalecer, incentivar, promover e garantir os recursos financeiros para implantar/implementar a Política de Educação Permanente, além de garantir também, o elo entre as Unidades de Saúde e Institutos de Ensino Superior, Técnico e Fundamental para formar, capacitar profissionais com perfil, habilidades e competências, conforme realidade do SUS.
2.43	Retirar os serviços de saúde de qualquer contingenciamento de recursos, transformando o orçamento previsto em execução obrigatória, mantendo e ampliando os blocos de financiamento como estratégia de fortalecimento da vigilância em saúde.

2.44	Garantir que no mínimo 5% da aplicação financeira obrigatória, prevista na Lei Emenda Constitucional Nº 141/12 seja direcionada ao financiamento da vigilância em saúde, e com o objetivo de alcançar as metas pré-estabelecidas para a contratação de técnicos na efetivação das ações de vigilância em saúde.
2.45	Promover pelo por meio do Ministério da Saúde políticas públicas que substituam às ações que utilizem o inseticida Malathion, visando à saúde do trabalhador e a população em geral.
2.46	Garantir que as três esferas de Governo invistam em equipamentos e treinamentos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), e demais trabalhadores da Saúde, para melhor atendimento à população em seus territórios.
2.47	Realizar campanha efetiva nas três esferas de governo, contra a propagação e uso de agrotóxicos, para controle e eliminação de vetores.
2.48	Garantir o modelo de atenção baseado na vigilância em Saúde e controle social como premissa para a tomada de decisão da gestão que impactem no planejamento e nas ações de saúde, viabilizando recursos financeiros para funcionamento das Vigilâncias em Saúde, quanto a equipamentos, infraestrutura, veículos e custeio dos serviços, conforme necessidade dos territórios e regiões de saúde.
2.49	Garantir a Integração e transversalidade das ações de gestão pública em seu planejamento, para implementar ações voltadas a garantir que a população que habita locais insalubres e em áreas de risco possam usufruir de seus direitos constitucionais de saneamento básico, incluindo sistemas de abastecimento de água público, adaptado às características dos rios barrentos, análise laboratorial da água, saúde de qualidade e acessibilidade, de modo a atender tanto a demanda social quanto as ações de vigilância em saúde.
2.50	Implantar as TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde): integração da rede de serviços no território (Assistência, Vigilância e Prevenção), articulação de projetos intersetoriais e fortalecimento da Atenção Básica.
2.51	Fortalecer a captação de recursos financeiros para realização de estudos, pesquisas e ações, em parcerias com outras instituições, sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis.
2.52	Garantir e monitorar que os recursos financeiros da Vigilância em Saúde sejam utilizados de maneira adequada com vistas à estruturação dos serviços por ela prestados.
2.53	Garantir o financiamento para utilização de mídias alternativas para informação de vigilância em saúde. (Comunicação via rádio, TV, internet, etc.).
2.54	Manter o caráter público do SUS especialmente da vigilância em saúde levando em consideração as características geográficas e epidemiológicas, sobretudo no que tange ao financiamento com bloco de recursos específico assegurado pela legislação.
2.55	Assegurar que o Ministério da Saúde / estado, garanta recursos para investimento específico na compra de equipamentos e transporte para as ações de vigilância e saúde dos estados / municípios e que seja reaberto o projeto de construção de redes de frio, garantindo recursos para aquisição de refrigerador com bateria para as salas de vacinas dos municípios

2.56	Garantir recursos necessários ao financiamento das ações de Vigilância em Saúde, em cumprimento a CF/88, e as leis 8080, 8142 e LC 141, nos três níveis de Gestão do SUS, em todos seus componentes, em especial para as ações de Vigilância Ambiental, implementando a Educação Permanente, Gestão do Trabalho, promoção, prevenção e monitoramento dos agravos ambientais, solos contaminados, agrotóxicos, poluentes atmosféricos, vigilância permanente da qualidade da água para consumo humano e assistência às populações expostas aos ambientes de riscos e vulnerabilidades sociais.
2.57	Garantir recursos e financiamento diferenciado para a implementação dos projetos e programas voltados para o fortalecimento da promoção da saúde do trabalhador e das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, necessários aos investimentos, manutenção e custeio para as ações de Vigilância em Saúde, bem como para o financiamento das demais políticas públicas, condicionantes de um estado saudável, pelo Governo Federal / Ministério da Saúde, reconhecendo e considerando as especificidades regional da Amazônia Legal (Fator Amazônico), de alta complexidade geográfica e ambiental, alta dispersão populacional, vulnerabilidade social e alto custo operacional decorrente das grandes distâncias.
2.58	Criar, por iniciativa do Ministério da Saúde, linhas de financiamento para os planos de ação de vigilância em saúde, estaduais e municipais com fiscalização dos conselhos de saúde conforme suas competências legais.
2.59	Garantir o financiamento da estruturação do serviço de Vigilância em Saúde adequada nas UBS e unidades mistas das Comunidades quilombolas, rurais e ribeirinhas, incluindo aporte da informatização para facilitar as ações administrativas, as informações e notificações dos agravos à saúde. Fazer uso dos canais de comunicação (rádio, TV, redes sociais) para divulgar as ações intersetoriais e agilizar o diagnóstico, otimizar a reabilitação e o monitoramento dos usuários do SUS e a criação de equipe multidisciplinar de Vigilância em Saúde municipal.
2.60	Revisar os parâmetros que definem o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com o auxílio da Assistência Financeira Complementar da União e a legislação que diminuiu o quantitativo mínimo de ACE por município, após implantação do Piso Salarial para ACS/ ACE, tendo em vista a alta demanda de agravos endêmicos e epidêmicos no país.
2.61	Garantir aquisição de equipamentos e distribuição de imunobiológicos (soros, vacinas e imunoglobulinas) aos Estados, de maneira regular e suficiente, contribuindo para a intensificação e homogeneidade da cobertura vacinal.
2.62	Rever os parâmetros de potabilidade da água, regulamentados pela Portaria MS nº 2914/2011, que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, considerando aspectos territoriais, afim de pesquisar teor de flúor, agrotóxicos, metais pesados e reavaliação dos valores máximos permitidos
2.63	Revogar na Portaria consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 (DOU 03/10/17), antiga Portaria GM/ MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, por descaracterizar a estratégia de Saúde da Família em sua essência, por se configurar em mais uma tentativa de desmonte do SUS, impactando também nas ações de promoção e vigilância em saúde.

2.64	Fortalecer as ações intersetoriais, afim de garantir uma fiscalização quanto a venda indiscriminada de agrotóxicos e controlar a aplicação correta dos mesmos
2.65	Garantir recurso federal para capacitar de forma permanente nas três esferas de governo, os conselheiros de saúde e trabalhadores da saúde sobre a importância da Vigilância em Saúde
2.66	Fomentar o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde de forma articulada com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, como estratégia para a garantia da integralidade da atenção à saúde da população, aplicando ferramentas de gestão para nortear ações de Vigilância em Saúde, entre elas a descentralização das bases nacionais dos Sistemas de Informação de mortalidade e nascimento, e através da reativação dos mecanismos de retroalimentação entre usuário/rede (PDCA - Planejar, dirigir, checar, acompanhar; Fórum de indicadores; entre outros)
2.67	Priorizar a execução das obras de saneamento básico e infraestrutura com base nos indicadores da Vigilância em Saúde, pactuando com os órgãos competentes a utilização dos dados epidemiológicos nas execuções das ações relacionadas ao saneamento básico e condições de saúde da população.
2.68	Atualizar o repasse do piso fixo da Vigilância em Saúde de acordo com estimativa de crescimento populacional de cada município.
2.69	Universalizar a efetivação dos Agentes de Combate às Endemias, considerando o aproveitamento dos atuais agentes em exercício como critério de desempate, quando da realização de concurso público, com base na Lei. 11.350/2006.
2.70	Garantir a extinção da aprovação que cria apenas dois blocos de financiamento, custeio e investimento aprovados pelo CONASS e CIT.
2.71	Efetivar as políticas públicas específicas para os acidentes de trânsito e agravos decorrentes, com envolvimento dos órgãos fiscalizadores nos âmbitos municipal, estadual e federal.
2.72	Promover campanhas educativas de massa, objetivando sensibilizar profissionais e população sobre o risco da automedicação.
2.73	Incentivar a adesão dos municípios ao Programa Saúde na Escola (PSE) como estratégia para fortalecer as ações de promoção de saúde, incluindo no rol de ações do PSE, atividades voltadas para a Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e para a Saúde do Trabalhador.
2.74	Articular junto ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), a normatização e obrigatoriedade do uso de receituário médico-veterinário para dispensação de antimicrobianos de uso animal.
2.75	Apoiar o fortalecimento da política de alimentação e nutrição voltada para a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos com incentivos à agricultura familiar utilizando espaços livres com hortas comunitárias e cultivos de demais produtos agrícolas, conscientizando a população quanto a alimentação orgânica e/ou saudável, utilizando-se estes produtos em escolas, hospitais, presídios e demais serviços públicos que forneçam refeições.
2.76	Assegurar políticas públicas de Vigilância em Saúde para as populações ribeirinhas com evidência para as populações onde passarão as águas da transposição do rio São Francisco, cobrando a conclusão dos trabalhos do eixo norte (Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte).

2.77	Promover à interação do subsistema de Atenção à Saúde Indígena com a Vigilância em Saúde buscando resolutividade das ações assistenciais.
2.78	Garantir a realização periódica dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal como estratégia para planejar, monitorar e avaliar as ações do serviço odontológico de qualidade e integral devidamente supervisionado pela Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental pautado em dados epidemiológicos para atender as necessidades das diversas populações: negros, quilombolas, indígenas, pessoas com deficiência, populações de situações de rua e outros, de modo a diminuir as iniquidades em saúde bucal
2.79	Unificar a base de dados dos diversos programas e ações em um único sistema que possibilite a integração das ações de Vigilância em Saúde e suas sub ações.
2.80	Incentivar e acompanhar a implantação/implementação da vigilância em saúde em todos os municípios com o fortalecimento da vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, respeitando as especificidades territoriais.
2.81	Fomentar a implantação de laboratório e garantir recursos para análise de água, da qualidade do ar, solo, diagnósticos de doenças pelo Lacen em todas as unidades regionais de saúde.
2.82	Garantir a implantação do protocolo de acidente com material biológico nas regiões de saúde.
2.83	Garantir, através de legislação específica, a aplicabilidade das receitas oriundas de "taxas e multas" da Vigilância Sanitária sejam convertidas para o custeio das ações de vigilância em saúde e rede laboratorial, bem como atualização de valores e inclusão de procedimentos na tabela SIA/SUS.
2.84	Garantir a aplicabilidade das punições às empresas causadoras de impactos ambientais e sociais, de acordo com a legislação vigente, nas três esferas de poder, observando que as empresas participem no financiamento compensatório correspondente aos impactos causados, com recursos destinados aos municípios onde estas estão instaladas para custeios e serviços essenciais (saúde, educação, saneamento, assistência social e etc.).
2.85	Estabelecer, por meio do Ministério da Saúde, diretrizes e programas que estabeleçam e garantam recursos tripartites para implantação de serviços especializados ambulatoriais nas diferentes regiões dos Estados no trabalho de Vigilância em Saúde do Câncer (visualizando a questão amazônica).
2.86	Garantir a aplicação dos recursos regulamentados pela Lei 12.994/2014 que estabelece piso salarial para agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias, garantindo o reajuste anualmente.
2.87	Garantir o reconhecimento das categorias de agente indígena de saúde - AIS e agente indígena de saneamento- AISAN, pela legislação brasileira.
2.88	Garantir a execução do orçamento do Ministério da Saúde destinado ao saneamento básico.
2.89	Atribuir o critério de notificação compulsória à doença falciforme, nas três esferas de gestão do SUS.

2.90	Garantir a estruturação da Vigilância em Saúde como política pública intersetorial, integrada, territorializada, descentralizada e interinstitucional, com estrutura própria e recursos humanos multiprofissionais, nas três esferas de Governo, suficiente para o desenvolvimento das ações de acordo com a análise situacional do processo saúde - doença, considerando as especificidades de cada vigilância, com a transferência e transparência de recursos atrelada ao desempenho das ações, com o acompanhamento sistemático do controle social em cada vigilância, estabelecendo mecanismos de avaliação e publicização do cumprimento das metas do Plano de Saúde e das Programações Anuais, prevendo a educação permanente em saúde para os profissionais da Vigilância em Saúde e conselheiros de saúde, em linguagem acessível, fomentando a participação dos servidores nas instâncias de controle social do SUS e também de outras políticas públicas.
2.91	Facilitar o acesso das pessoas vivendo com HIV/AIDS, outras ISTs e hepatites virais aos Serviço de Atenção Especializada municipais, ainda nos Centros de Referências Regionais por meio da manutenção e ampliação de serviços, de modo a favorecer o acesso a medicamentos e tratamentos adequados e de qualidade, bem como fortalecer as ações preventivas, em parceria com a Atenção Primária à Saúde, no diagnóstico precoce no pré-natal, conforme protocolo; na distribuição de preservativos e testes rápidos; e educação em saúde, promovendo a produção de vídeos e áudios informativos relatando o cotidiano da população com o objetivo de informar e incentivar a população na prevenção das ISTs e HIV/ AIDS, produzidos pelos profissionais de saúde em parceria com a comunidade e integrando as ações com os serviços especializados, bem como, disponibilizar a PEP - Profilaxia Pré-Exposição, para a população vulnerável (HSH - homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, profissionais do sexo e casais soro-discordantes).
2.92	Destinar recursos orçamentários dos ministérios, secretarias estaduais e municipais e do Distrito Federal, da Saúde, Meio Ambiente, Cidades, Agricultura e afins para investimentos em saúde ambiental, estabelecendo mecanismo de contrapartidas e transparência na aplicação dos recursos, garantindo o cumprimento da lei no sentido do retorno de recursos provenientes de crimes ambientais para a mitigação dos danos causados ao ambiente e políticas estratégicas de reflorestamento, suspendendo as atividades do infrator reincidente. Definir uma política de financiamento intersetorial para a Vigilância em Saúde, com acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros pelos Conselhos de Saúde e de Meio Ambiente.
2.93	Garantir e manter o repasse de recurso financeiro em bloco específico para a vigilância em saúde de acordo com a realidade demográfica e epidemiológica e grau de dificuldade operacional por região, com atualização periódica e sistemática dos valores e financiamento tripartite
2.94	Garantir financiamento tripartite para qualificação de profissionais de vigilância em saúde, em níveis de aperfeiçoamento, pós-graduação lato sensu e strictu sensu (Mestrados e Doutorados Profissionais)
2.95	Dotar as Regiões de Saúde de Laboratórios de Saúde Pública como apoio às ações de vigilância em saúde, garantindo financiamento tripartite

### 7.3. Subeixo 3 – Saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na Vigilância em Saúde

O subeixo 3 debateu propostas relativas aos saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na Vigilância em Saúde.

As 34 (trinta e quatro) propostas aprovadas indicam a necessidade de integração das vigilâncias e suas tecnologias às redes de atenção à saúde para planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde nas três esferas do governo, respeitando as especificidades de cada região e garantindo seu financiamento.

Integrar os Sistemas de Informação de Saúde, bem como, criar um sistema de vigilância em saúde no e-SUS, com disponibilidades de base territorial atualizadas e fidedignas, em tempo real, a fim de auxiliar no processo de coleta, análise, controle e avaliação e subsidiar as análises da situação de saúde e planejamento, tendo assim segurança e acesso oportuno aos dados em todos os níveis de atenção, foi um dos destaques das deliberações.

As propostas apontaram a necessidade de fortalecer a Vigilância em Saúde para dar respostas rápidas às Emergências em Saúde Pública e eventos de massa, por meio da capacitação e formação dos profissionais de saúde e a sociedade civil.

A importância de se fazer uso do geoprocessamento em larga escala como ferramenta para identificação de área de risco para a ocorrência de agravos e doenças à saúde, visando à prevenção e promoção, através dos principais determinantes dos territórios.

Outros temas destacados nas propostas deste subeixo foram o uso de agrotóxicos e demais contaminantes químicos, os riscos ambientais, a vigilância de ambientes e os processos de trabalho, entre outros.

O subeixo reforçou a importância do planejamento das ações de vigilância em saúde com participação social e de forma intersetorial para reforçar sua efetividade com ações de Educação em Saúde para todos os setores da sociedade e do território.

As propostas destacam também a necessidade do compartilhamento de dados e ampliação da produção e disseminação de informações de Saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.

Nº	Eixo 3 - Saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na Vigilância em Saúde
3.1	Realizar investimentos em tecnologias e em qualificação dos trabalhadores de rede nacional de laboratórios de saúde pública para assegurar a ampliação da capacidade diagnóstica das doenças e agravos de interesse da vigilância em saúde, com a liberação de resultados confiáveis e em tempo oportuno e controle dos agravos e doenças de notificação compulsória, incluindo a análise da qualidade da água para consumo humano; bem como melhorar a logística do fluxo laboratorial do LACEN por região, através de redistribuição geográfica e regionalizada das análises laboratoriais .
3.2	Considerar que o lixo representa um dos principais problemas de saúde pública, apoiar a implementação de políticas públicas de resíduos sólidos local e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos de construção civil, outros) com gerenciamento integrado, para: coleta seletiva, destinação adequada, implantação de usina de processamento de resíduos sólidos urbanos e rurais, política de combate a acidentes com produtos perigosos, reciclagem, estudo de viabilidade com recuperação dos antigos lixões de modo participativo, com controle social.

3.3	Garantir e organizar as ações da Vigilância em Saúde, a partir dos territórios das Unidades de Saúde com o fortalecimento das ferramentas de comunicação social e educação permanente dos profissionais de saúde e Conselheiros Municipais e Estaduais, promovendo a integração da Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Saúde na Escola (PSE) e Controle Social sobre Vigilância em Saúde com linguagem acessível, informando sobre Vigilância em Saúde, seus processos de trabalho, fatores de risco e de proteção à saúde, dados epidemiológicos e orientações para a sociedade participar deste processo.
3.4	Integrar as vigilâncias e redes de atenção à saúde para planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde nas três esferas do governo, respeitando as especificidades de cada região e garantindo seu financiamento.
3.5	Integrar e/ou unificar os Sistemas de Informação de Saúde e criar um sistema de vigilância em saúde no e-SUS, com disponibilidades de base territorial atualizadas e fidedignas, em tempo real, a fim de auxiliar no processo de coleta, análise, controle e avaliação e subsidiar as análises da situação de saúde e planejamento, tendo assim segurança e acesso oportuno aos dados em todos os níveis de atenção.
3.6	Efetivar e integrar as tecnologias que hoje são subutilizadas, levando estas tecnologias para todas as unidades de saúde, públicas e privadas, com padronização dos sistemas e capacitação dos profissionais para o uso dessas ferramentas, especialmente mediante a consolidação, fortalecimento e ampliação do uso do e-sus (PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão), inclusive como ferramenta de educação em saúde para a população.
3.7	Implantar e implementar o Portal da Transparência para o acesso das informações acerca das condições de saúde por região e municípios e a divulgação de informativo mensal e semestral, contendo todos os dados de Vigilância em Saúde.
3.8	Fortalecer a habilidade das Vigilâncias em Saúde para dar respostas rápidas às Emergências em Saúde Pública e eventos de massa, por meio da capacitação e formação dos profissionais de saúde e a sociedade civil.
3.9	Desenvolver programas em mídias de maior alcance populacional no território nacional, com divulgação em redes abertas privadas de televisão e ampla divulgação nas unidades de saúde, para vinculação sistemática de informações a população sobre vigilância em saúde para todos os níveis de atenção;
3.10	Fortalecer e implementar ações de saúde pública nas prevenções e intervenções à contaminação ambiental (produtos químicos, agrotóxicos e outros) com monitoramento efetivo das nascentes, controle na vigilância de esgotos para proteção do aquífero guarani.
3.11	Garantir nas três esferas de governo a implantação da Portaria Ministerial 971/2006, que abrange as práticas integrativas complementares, visando assim, melhor qualidade de vida da população e controle do adoecimento e auto uso de medicamentos alopáticos, com destaque para a implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006 e adotar os protocolos biocomunitários de remédios caseiros, incentivando o efetivo funcionamento do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

3.12	Garantir as ações de controle do <i>Aedes aegypti</i> , inclusive com utilização de novas tecnologias que possibilitem melhor aproveitamento dos recursos humanos municipais e consequentemente direcionamento das ações, benefício na alocação e otimização dos recursos públicos e economia de gastos com a saúde.
3.13	Garantir e fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), enquanto componente da Vigilância em Saúde, implementando a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), por meio de Programas e ações de Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) nos municípios, inseridos nos organogramas municipais com garantia de recursos financeiros e autonomia para realização de ações de fiscalização, capacitação, notificação de acidentes, contando com o suporte técnico dos CER- ESTs Regionais e Estadual, a fim de promover a melhoria na atenção à saúde do trabalhador.
3.14	Promover educação permanente e continuada de Vigilância em Saúde para suas áreas de atuação, entendidas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Controle de Endemias e Vetores, Laboratórios de Saúde Pública e toda a Rede de Atenção à Saúde, integrando os saberes e qualificando o domínio de ferramentas para ações efetivas de Vigilância em Saúde.
3.15	Propor junto ao Ministério da Educação, mecanismos para inserção de disciplina relacionada aos temas da vigilância em saúde a partir do ensino infantil, fundamental, ao ensino superior, a fim de formar cidadãos conscientes da importância da promoção em saúde. Bem como, articular, formalizar, inserir e integrar junto às secretarias de saúde, educação e assistência a implantação e desenvolvimento de ações educativas e preventivas nos agravos de maior incidência e prevalência, integrando a abordagem da sexualidade e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV), tuberculose, hanseníase, doenças negligenciadas, doenças ocupacionais, de forma continuada em todos os níveis educacionais, mobilizando e capacitando os agentes públicos/privados e docentes para conscientização junto aos diversos segmentos da sociedade.
3.16	Estabelecer na Política Nacional de Vigilância em Saúde parâmetros de qualificação e número de profissionais das equipes estaduais, regionais e municipais de Vigilância em Saúde, admitidos por meio de concurso público específico da área, considerando o tamanho da população, perfil epidemiológico e a estrutura demográfica e sanitária de estados, regiões e municípios, privilegiando a criação de cargos e carreiras de Vigilância em Saúde em todos os níveis.
3.17	Inserir a disciplina “vigilância em saúde”, incluindo estágio obrigatório, nas grades curriculares de todos os cursos de graduação relacionados à área da saúde bem como criar um curso técnico reconhecido pelo MEC em “vigilância em saúde”.

3.18	Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo conteúdos da Vigilância em Saúde, incluindo capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, democratizando a formação técnica intersetorial, priorizando os servidores efetivos e que atuem na área, de modo que todos sejam contemplados, assegurando recursos financeiros para a realização de treinamento, graduação, especialização e mestrado.
3.19	Adotar estratégias para a integração das ações de saúde do trabalhador às demais vigilâncias, visando capacitar e sensibilizar o profissional a realizar notificação de acidentes de trabalho, promover educação permanente multidisciplinar ao trabalhador, sensibilizar o empregador/empregado acerca dos direitos e deveres, capacitar o Agente Comunitário de Saúde - ACS, Agente de Controle de Endemias - ACE, Agente Indígena de Saúde - AIS e Agente Indígena de Saneamento - AISAN e realizar educação em saúde na comunidade.
3.20	Implementar e garantir as ações em Vigilância em Saúde em parceria com as secretarias de: Ação Social, Infraestrutura, Meio Ambiente, Educação, Lazer, Cultura, Esporte, Agricultura, Segurança, Ministério Público, além de Comunidades tradicionais de terreiros e Associações Culturais para a promoção de Vigilância em Saúde e ações extensivas e intensivas de Educação em Saúde em todos os setores da sociedade e do território.
3.21	Utilizar o Geoprocessamento como ferramenta para identificação de área de risco para a ocorrência de agravos e doenças à saúde, visando à prevenção e promoção, através dos principais determinantes dos territórios.
3.22	Ampliar o programa de formação em educação popular em saúde (EDPOPSUS) para todos os municípios e Estados da União com ênfase na Vigilância em Saúde, fortalecendo o envolvimento das Práticas Integrativas nas Equipes de Saúde da Família (ESF), bem como capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde voltados para a Educação Popular em Saúde para que essas Práticas Integrativas, Complementares e Populares sejam implantadas de forma descentralizada nas UBS.
3.23	Fortalecer a implementação das práticas integrativas com ênfase na saúde mental dos usuários que estão direta e/ou indiretamente inseridos no tratamento de tuberculose, hanseníase e IST/AIDS nas Unidades de Saúde da Família.
3.24	Capacitar os profissionais da rede de assistência à saúde para o atendimento à população LGBT vítima de violências, fortalecendo parcerias com os órgãos competentes, ONGs e coletivos sociais, fundamentado na Política Nacional LGBT (a exemplo da existente na plataforma de educação à distância UNASUS).
3.25	Prover condições para capacitação das ESF/ESB/ACS/ACE/PSE para desenvolver ações de vigilância em saúde, incluindo a saúde do trabalhador, por meio de tecnologias virtuais e de ensino na modalidade EAD, como videoconferência, etc.

3.26	Fortalecer as parcerias com as instituições de ensino superior, com prioridade as públicas, visando: apoio técnico científico no que se refere a capacitação dos profissionais de saúde e na elaboração de projetos conjuntos com objetivo de viabilizar recursos federais, na perspectiva de melhorar a qualidade no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); garantir investimentos das agências de fomento à pesquisa para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão voltados para geração de conhecimento e monitoramento relacionados à Vigilância em Saúde.
3.27	Promover estudos e pesquisas sobre saúde da população do campo, floresta, das águas, em especial, nos territórios onde estão instalados os grandes empreendimentos econômicos portuários, eólicos, agroexportadores que ocasionam danos às comunidades nativas.
3.28	Fortalecer e articular intra e intersetorialmente o Sistema de Vigilância em Saúde envolvendo os diversos setores da saúde, da agricultura, do trabalho, do meio ambiente e do Ministério Público para abordar o uso indiscriminado de agrotóxicos assegurando sanções penais aos infratores. Incluir a fiscalização na sua aplicação, na coleta e no destino final das embalagens, além das orientações de promoção e proteção à saúde individual e coletiva das populações expostas aos agrotóxicos como também a criação do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde, composto por Vigilância Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador.
3.29	Desenvolver e implementar processo de trabalho intersetorial com a área do Meio Ambiente para compartilhamento de informações sobre os estudos das bacias hidrográficas para subsidiar o controle, pela Vigilância Sanitária, da liberação/alvará sanitário e outorga na industrialização das águas envasadas
3.30	Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a Saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de Saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
3.31	Garantir a integração ensino-serviço aliada a uma política de valorização da formação a partir de Educação permanente, promovendo a formação de equipe multidisciplinar para a realização das ações de Vigilância em Saúde, adotando como estratégia a implantação, de forma regional, do apoio matricial em Vigilância em Saúde.
3.32	Estabelecer planos de integração dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde com a Atenção à Saúde, submetidos aos respectivos Conselhos com indicadores pactuados nos instrumentos de gestão.
3.33	Propor ao Ministério da Saúde Calendário Vacinal diferenciado de acordo com a realidade geográfica e especificidades loco regionais, considerando a sazonalidade e acesso territorial, conforme programação do Estado, para a realização das ações de imunização nos municípios
3.34	Estabelecer Política de Educação Permanente em Saúde voltada para o controle social das ações de Vigilância em Saúde.

#### 7.4. Eixo 4 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde

O subeixo 4 debateu acerca da vigilância em saúde participativa e democrática à luz do enfrentamento das iniquidades sociais em saúde.

Dentre as 23 (vinte e três) propostas aprovadas destaca-se viabilizar a educação permanente para o controle social, abordando os direitos sociais para enfrentamento das iniquidades sociais e promoção de saúde, permitindo que os conselheiros atuem de modo a cumprir com as suas funções adequadamente, estimulando o debate sobre a Vigilância em Saúde e seus componentes e promovendo a participação popular.

A necessidade de garantir o acesso da população às informações em saúde com dados epidemiológicos e sanitários, no âmbito municipal, estadual e federal foi apontada.

A vigilância em saúde deve fazer uso das mídias e redes sociais, para que a sociedade participe de forma democrática no enfrentamento dos riscos, vulnerabilidades e das iniquidades sociais.

A necessidade de fortalecer o papel fiscalizador da Vigilância em Saúde, intensificando o controle social, apresentando resultados e dando visibilidade e transparência aos processos, bem como, sensibilizando a comunidade sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, além de fortalecer os Conselhos de Saúde com comissões intersetoriais de vigilância em saúde.



Divulgar e exigir o cumprimento das deliberações das Conferências de Saúde e demais instâncias de participação e controle social inserindo nos Planos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional, reconhecendo-os como espaços deliberativos de efetiva participação sob pena de responsabilização judicial dos gestores do SUS nas três esferas de governo incluindo-as nos planos municipais, estaduais, distrital e nacional de saúde, disponibilizando seus relatórios nos sites das três esferas e cópia impressa para os Conselhos de Saúde.

Necessidade da criação da Comissão de Vigilância em Saúde nas esferas municipal/estadual dentro da estrutura dos Conselhos de Saúde e que contenha 01 (um) representante de cada vigilância, tornando as informações da Vigilância em Saúde um bem público, fortalecendo as CISTT e possibilitando à sociedade o direito de escolhas para definir os parâmetros operacionais de promoção, prevenção e assistência, orientando o modelo de gestão e garantindo assim a qualidade fundamental ao cuidado a saúde, tendo como insumo as demandas levantadas nas Conferências de Vigilância em Saúde.

Identificação da necessidade da criação e fomento a estratégias inovadoras de comunicação e Educação Permanente em Saúde adequadas a realidade local, que fortaleçam e possibilitem a toda sociedade utilizar as informações da Vigilância em Saúde, de forma significativa, ao tempo oportuno e com acessibilidade para qualificar a atuação nos espaços de participação social visando disputar com os tomadores de decisão a definição de parâmetros operacionais do modelo assistencial e de gestão com o objetivo de responder as necessidades sociais em saúde.

Importância de ser estimulada a participação e o controle social no atendimento ao usuário por meio da ouvidoria e outros canais de comunicação e no desenvolvimento de ações de conscientização.

Nº	Eixo IV - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde
4.1	Defender, incondicionalmente, o SUS como Política Pública de Estado, patrimônio do povo brasileiro, 100% público e estatal, universal e de qualidade, contra todas as formas de privatização ou terceirização das ações e serviços de saúde e de Vigilância em Saúde, garantindo a toda a população a promoção e a proteção da saúde conforme a Constituição Federal de 1988 que define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.
4.2	Implementar a Política Nacional de Educação Permanente, contemplando a Vigilância em Saúde, para trabalhadores do SUS e conselheiros de saúde nas três esferas de governo, vinculando os termos de saúde e de controle da participação popular e instrumentalizando os (as) usuários (as) por meio de reuniões, capacitações, seminários, palestras, rodas de conversas, materiais informativos e assembleias, para uma maior qualificação da divulgação das informações nos serviços, redes sociais, jornais, TV, rádios, escolas, Unidades de Saúde e outros espaços sociais.
4.3	Viabilizar a educação permanente para o controle social, abordando os direitos sociais para enfrentamento das iniquidades sociais e promoção de saúde, permitindo que os conselheiros atuem de modo a cumprir com as suas funções adequadamente, estimulando debate sobre a Vigilância em Saúde e seus componentes e promovendo a participação popular.
4.4	Garantir o acesso da população às informações em saúde, publicando semestralmente boletins informativos de vigilância em saúde, com dados epidemiológicos e sanitários da população adscrita, no âmbito municipal/estadual/federal, a partir de canais de televisão com sinal aberto e emissoras de rádio que são concessões públicas, além das mídias e redes sociais, para que percebam a importância da vigilância em saúde e participem de forma democrática no enfrentamento das iniquidades sociais, em conselhos de saúde, fóruns ampliados, ouvidorias, universidades, associações de bairros, entre outros, permitindo que usuários, juntamente com gestores, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, sintam-se responsáveis pelo enfrentamento dos diversos problemas de saúde que surgem no território.
4.5	Garantir a transparência das ações de vigilância em saúde divulgando os eventos e ações relacionados ao planejamento e serviços de saúde, por meio de mídias sociais, visando a comunicação e participação efetiva da comunidade; garantir o acesso da população às informações para sensibilizar incentivando espaço para participação por meio de rodas de conversa nas escolas e comunidade, sobre o papel da vigilância em saúde e a importância do controle social nos canais de comunicação.
4.6	Fortalecer o papel fiscalizador da Vigilância em Saúde, intensificando o controle social, apresentando resultados e dando visibilidade e transparência aos processos, bem como, sensibilizando a comunidade sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, além de fortalecer os Conselhos de Saúde com comissões intersetoriais de vigilância em saúde.
4.7	Garantir transparência no orçamento e gastos da Vigilância em Saúde, inclusive a desvinculação de recursos, com apresentação de relatórios aos Conselhos de Saúde.

4.8	Assegurar recursos financeiros por meio da manutenção dos blocos permanentes para a infraestrutura da Vigilância em Saúde nas três esferas de Governo e comprometimento das ações pactuadas pelos gestores garantindo uma vigilância participativa e democrática com acompanhamento contínuo do controle social, com base na análise da situação de saúde e avaliação de risco do território.
4.9	Divulgar e exigir o cumprimento das deliberações das Conferências de Saúde e demais instâncias de participação e controle social inserindo nos Planos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional, reconhecendo-os como espaços deliberativos de efetiva participação sob pena de responsabilização judicial dos gestores do SUS nas três esferas de governo incluindo-as nos planos municipais, estaduais, distrital e nacional de saúde, disponibilizando seus relatórios nos sites das três esferas e cópia impressa para os Conselhos de Saúde.
4.10	Fomentar a criação da Comissão de Vigilância em Saúde nas esferas municipal/estadual/nacional dentro da estrutura dos Conselhos de Saúde e que contenha 01 (um) representante de cada vigilância, tornando as informações da Vigilância em Saúde um bem público, fortalecendo as CISTT e possibilitando à sociedade o direito de escolhas para definir os parâmetros operacionais de promoção, prevenção e assistência, orientando o modelo de gestão e garantindo assim a qualidade fundamental ao cuidado a saúde, tendo como insumo as demandas levantadas nas Conferências de Vigilância em Saúde.
4.11	Criar e fomentar estratégias inovadoras de comunicação e Educação Permanente em Saúde adequadas a realidade local, que fortaleçam e possibilitem a toda sociedade utilizar as informações da Vigilância em Saúde, de forma significativa, ao tempo correto e com acessibilidade para qualificar a atuação nos espaços de participação social visando disputar com os tomadores de decisão a definição de parâmetros operacionais do modelo assistencial e de gestão com o objetivo de responder as necessidades sociais em saúde.
4.12	Fortalecer espaços coletivos de discussão, incluindo os Conselhos de Saúde, integrando efetivamente a Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Saúde Mental e demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da articulação entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assim como a recuperação e aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo seus princípios de integralidade, cobertura populacional, territorial e promoção da saúde.
4.13	Garantir pelo Conselho Nacional de Saúde, capacitações dos conselheiros de saúde com o objetivo de fortalecer sua atuação no acompanhamento e planejamento das ações de vigilância em saúde.
4.14	Estimular a participação e o controle social sobre o atendimento ao usuário por meio da ouvidoria e outros canais de comunicação e desenvolver ações de conscientização através de medidas socioeducativas tais como, grupos culturais, panfletos, reportagens que reforcem a necessidade de monitoramento e combate de vetores, criando políticas de incentivo à participação popular em ações de proteção e promoção da saúde.

4.15	Fortalecer, ampliar e aprimorar as políticas públicas municipais de saúde, para melhorar o controle das doenças como Dengue, Chikungunya, Zika Vírus, Leishmaniose, Doença de Chagas, entre outras, além de realizar regularmente o controle de pragas e doenças em animais urbanos e rurais, desratização e dedetização de vetores, por meio da mobilização social periódica e de integração intersetorial (setores da agricultura, saneamento básico, meio ambiente). Utilizar de materiais e informatização, equipamentos de segurança, insumos, promovendo campanhas educativas, envolvendo conselhos, escolas, lideranças comunitárias e associações.
4.16	Criar comitês comunitários com representação dos vários segmentos presentes no território incluindo as equipes de saúde inseridas na área de abrangência do comitê tanto na zona urbana quanto na zona rural.
4.17	Reivindicar do poder público maior rigor na implementação do serviço de correção, bem como custeio de ações objetivando a redução dos acidentes de trânsito nas estradas envolvendo animais e a responsabilização do proprietário do animal com os danos causados, fazendo cumprir a lei vigente.
4.18	Instituir fóruns intra e intersetorial de Vigilância em Saúde, de caráter permanente, com todos os setores que compõem a estrutura das políticas públicas.
4.19	Garantir a implantação de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT) em todos os municípios e do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) nas regionais de saúde.
4.20	Reconhecer e fomentar a criação dos Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde, como estratégia de participação social, com diversos temas e debates, priorizando a vigilância em saúde, promovendo plenárias anuais com o objetivo de formular e divulgar ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde, visando à criação de Conselhos Regionais de Saúde como braços do Conselho Estadual de Saúde.
4.21	Criar um fórum permanente sobre vigilância em saúde, visando fortalecimento do controle social e do planejamento integrado, com a participação da sociedade civil organizada
4.22	Fortalecer os canais de comunicação da vigilância em saúde com a sociedade civil, com vistas a uma utilização oportuna, atualizada, acessível e adaptada a realidade da Amazônia Legal.
4.23	Integrar as ações da Atenção Primária com as outras atividades do setor saúde e interface com diferentes setores da sociedade, implementando e fortalecendo a componente saúde do trabalhador dentro da Vigilância em Saúde, considerando as características regionais



## 8. Moções Aprovadas

### • Moção Nº 1:

**Apoio a ADI SS 95 que tramita perante o Supremo Tribunal Federal, que questiona a inconstitucionalidade do art. 110, II, do ADCT, inserido pela EC 95/16**

Nós, Delegados e Delegadas, reunidos na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, vimos manifestar apoio à ADI SS 95, que teve medida cautelar concedido pelo Ministro Ricardo Lewandowski, que afirma que o orçamento público não pode ser eximir da sua finalidade de custear os direitos funis. A inconstitucionalidade do art. 110, II, do ADCT, inserido pela EC 95/16 precisa ser reconhecido, para que se possa garantir o financiamento adequado e suficiente das ações e serviços de saúde, de modo a garantir ao povo brasileiro o direito fundamental à saúde.

### • Moção Nº 2:

**Instituição de territórios livres de agrotóxicos e transgênicos em áreas de domínio público por iniciativa em projetos de lei.**

Criação de áreas de exclusão proibindo a aplicação de agrotóxicos por pulverização aérea ou costal em áreas além dos 500 (quinhentos) metros, previstos em legislação federal, adjacente ao longo dos mananciais hídricos, que abastecem a população para água para consumo por iniciativa dos prefeitos e/ou através de projetos de lei.

- **Moção Nº 3:**

**Encaminhar ao CONASS, ALERJ e MPE.**

Moção de repúdio ao Secretário Estadual de Saúde, Luís Antônio Teixeira Júnior, por não ter viabilizado a realização da I Conferência Estadual de Saúde – RJ, mesmo existindo recursos financeiros para tal. O Rio de Janeiro realizou 10 (dez) Conferências Regionais com estrutura e recursos financeiros dos Conselhos e Secretarias Municipais, quando da etapa Estadual tivemos que realizar plenária ampliada do Conselho Estadual de Saúde para referendar as propostas para etapa Nacional. O precedente aberto no Estado do Rio de Janeiro poderá ser repetido por qualquer Estado que tenha no seu governo central, gestores que não acreditam e não viabilizam o controle e participação popular.

- **Moção Nº 4:**

**Que as farmácias do país, em especial de Pernambuco, sejam abastecidas com as bolsas de colostomia, para atender a necessidade dos pacientes do SUS.**

Nós, Delegados Nacionais da I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, vimos expressar o nosso repúdio à situação caótica vivenciada pelos ostomizados e familiares no país, especialmente no Estado de Pernambuco, com a péssima qualidade e frequente escassez das bolsas distribuídas, inviabilizando uma qualidade de vida digna e humana aos pacientes. O artigo 196 da CF/1988 está dito que saúde é um direito de todos e dever do Estado.

- **Moção Nº 5:**

**PL aprovada no Senado sendo enviada à Câmara dos Deputados para ser apreciada e aprovada.**

Os participantes da I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde manifestam-se em apoio ao Projeto de Lei 2.295/2000, que dispõem sobre a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem em 30 horas semanais sem redução salarial.

- **Moção Nº 6:**

**Revogar a Portaria 4.123/2017.**

Nós, médicos veterinários regularmente inscritos no sistema CFMV/CRMVs, solicitamos encarecidamente que os delegados da 1ª CNVS, assinem essa moção no que se refere a possibilidade de impetrar liminar judicial, ou outra medida cabível, que anule as determinações de liberação de recursos do SUS conforme Portaria Nº 4.123/2017 para castração de animais em Unidades de Vigilância de Zoonose e/ou Centros de Controles de Zoonose e/ou outras Unidades Correlacionadas à essas atividades que tenham vínculos com o Sistema Único de Saúde.

Entendemos que o bem estar animal e controle populacional de cães e gatos nos sítios urbanos é uma necessidade imprescindível ao País, e que ações concretas de políticas públicas que venham ao alcance desses objetivos se faz extremamente necessária, desde que atenda a legislação Brasileira (Lei Federal Nº 6.938, 31 de agosto de 1981, com redação alterada pelas Leis Federais 7.804/89, 8.028/90, 9.960/00 e 9.966/00, que estabelece a Política Nacional de Meio Ambiente a

Lei Federal Nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre os crimes ambientais) a qual determina para as áreas do Meio Ambiente entre outras, a responsabilidade sobre a fauna do País.

Concluimos que as ações de castração indiscriminada e atenção veterinária aos animais não estão vinculadas às responsabilidades específicas do setor da saúde e às finalidades do SUS havendo prejuízo ao SUS na destinação de seus recursos humanos, físicos e financeiros para outras políticas públicas, que afronta a Lei 8.080/90, art. 2º, 16 IV, 17 V, 18 VI e 36 parágrafo 2º, e a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 2º, III.

#### ● Moção Nº 7:

##### **Revogar imediatamente essa portaria (83).**

Por compreender que essa portaria 83 demonstra total equívoco no que compreende as atribuições e especificidades de cada categoria ACS e ACE no que se refere ao trabalho.

#### ● Moção Nº 8:

##### **Intervenção imediata.**

Contra as ações que as mineradoras, dentro do Estado Brasileiro, vêm causando contra as pessoas, animais e a fauna aquática: desrespeito e destruição; morte de pessoas, animais e peixes; péssimas condições do ar e água gerando sérios problemas de saúde. O não cumprimento das condicionantes com relação às

famílias (vítimas). As mineradoras do Estado de Minas Gerais e do Estado do Pará vêm causando os maiores danos ambientais e à saúde.

#### ● Moção Nº 9:

##### **À revogação da Emenda Constitucional No 95/2016 (EC- 95).**

A União de Negras e Negros pela Igualdade – UNEGRO solicita aos participantes da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde que assinem a moção em apoio à revogação da revogação da Emenda Constitucional EC-95, por entender que ela proíbe o aumento de gastos em políticas públicas com impacto direto no Sistema Único de Saúde – SUS.

#### ● Moção Nº 10:

##### **Revogação da Portaria.**

As delegadas e delegados da I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, repudiam veemente a Portaria do Ministério da Saúde de número 3.011 de 10/11/2017, republicada no Diário Oficial da União no dia 19/12/2017 e no dia 29/12/2017, que estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade - MAC dos Estados e do Distrito Federal, que modifica os parâmetros estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº1279, de 19/11/2013, que aprova o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma, com o percentual de 3 a 5% de cobertura para a população acima de 40 anos, sendo que este número pode ser triplicado no caso da população negra nos Estados que compõem a região Nordeste.

### • Moção Nº 11:

**Inclusão dos estabelecimentos médicos veterinários (consultórios, clínicas e hospitais) no rol dos estabelecimentos de saúde e conseqüentemente sua inclusão no SCNES.**

A profissão de médico veterinário pertence ao rol das profissões da saúde (Resolução 287/1998 – CNS). Os estabelecimentos médico veterinários produzem resíduos de serviços de saúde, necessitando do PGR- SS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Os estabelecimentos médicos veterinários fazem uso de radicais ionizantes, quimioterápicos, contrastes e medicamentos de uso humano controlado, que não estão sujeitos a fiscalização por parte do SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária) e podem causar problemas ambientais e sanitários. Certos medicamentos usados em medicina veterinária podem causar riscos à saúde do trabalhador, do proprietário do animal e sua família, bem como ao meio ambiente, ou seja, à saúde pública. Dentre estes medicamentos destaca-se aqueles usados para tratamento do câncer, que tem (aqueles usados para tratar) potencial para causar má formação do feto e mutações genéticas. Os profissionais que atuam nestes estabelecimentos estão sujeitos aos riscos físicos (radiações, traumas), químicos (medicamentos neoplásicos, cáusticos, antimicrobianos, desinfetantes) e biológicos (vírus, bactérias, fungos), que merecem atenção pela fiscalização para verificar suas condições de trabalho. Desta forma, os estabelecimentos médicos veterinários devem ser reconhecidos como estabelecimentos de saúde e inclusos no SCNES, com fiscalização sanitária.

### • Moção Nº 12:

**Cumprimento de políticas e planos de enfrentamento às IST/HIV/Aids nos três níveis de gestão, em conjunto com a sociedade civil.**

Após trinta anos do início da epidemia de Aids no Brasil, ainda nos dias de hoje, continuamos lutando para superar dificuldades jamais imaginadas: falta de acesso aos serviços de saúde, de atendimento humanizado e qualificado, de medicamentos e exames, de suporte e apoio em áreas onde seja necessário. Vivenciamos um momento de retrocesso com agravamento da situação, com desmonte e sucateamento das redes de atendimento, equipes despreparadas e desmotivadas, falta ou desvio de recursos financeiros, sérios problemas de logística, ausência ou omissão das políticas intersetoriais indispensáveis e muito pouca vontade política para resolver o triste quadro instalado em nossos municípios, estados e país. Lembramos o grande número de doenças e IST que se instalaram ou retornaram por falta de controle da epidemia e de prevenção, como a tuberculose, a sífilis, a dengue, a zika e outras. Quantas mortes, quantas sequelas ainda virão, por conta dessa negligência?

### • Moção Nº 13:

**Moção Declaratória: Hanseníase tem cura / preconceito também**

Nós, as delegadas e delegados da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada em Brasília, de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018 com a significativa presença de entidades e movimentos sociais, vimos por essa moção registrar nossa indignação no que se refere ao quadro preocupante de atenção

e cuidado com as pessoas atingidas pela hanseníase pelo Brasil. Precisamos de uma arrojada Política de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos para essa doença e suas intercorrências, bem como ações de educação permanente para o aperfeiçoamento do manejo clínico adequado e fortalecer a relação no SUS entre as diversas áreas, sobretudo a vigilância em saúde e assistência em saúde, assegurando o combate a subnotificação e o registro de casos novos, exames de contato, diagnóstico precoce, prevenção e inserção de elementos para uma comunicação ágil, que apresente de forma popular, como acessar o tratamento, reabilitação e promoção social. Por fim, enalteçamos a todas e todos da(os) participantes da vigilância em saúde que no dia-a-dia atuam conosco no enfrentamento às dificuldades de acesso das pessoas que tratam da hanseníase no Brasil.

#### ● **Moção Nº 14:**

##### **Implementar a rede de cuidados a saúde de pessoas com deficiência.**

Considerando a rede de cuidados a pessoa com deficiência que tenha o propósito de ampliar e qualificar o atendimento com pessoas com deficiência no âmbito do SUS. Repudiar a atitude inoperante e ausência de implementação dessa rede, como responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

#### ● **Moção Nº 15:**

##### **O Governo Temer é fruto de golpe na democracia no Brasil e Sem Democracia Não há Saúde.**

A derrubada da Presidenta Dilma foi apenas uma fase para implantação da agenda conservadora e neoliberal de quebra e violação de direitos duramente conquistados pela sociedade brasileira. A PEC-95/2016 – PEC da Morte, carro chefe do Golpe para a condução das políticas públicas propôs e aprovou o congelamento de gastos públicos, pois desconsidera a cidadania. Esse mesmo Governo Golpista, traz como Ministro da Saúde alguém que se posiciona claramente contra a consolidação do Sistema Único de Saúde, questionando o “tamanho do SUS”, e sua importância para a população brasileira.

As consequências são a falta de assistência e vigilância a saúde como ação planejada e perversa. Perversidade traz calamidade. Uma das maiores conquistas que traz reconhecimento ao SUS, é a imunização como referência nacional e mundial, e para acabar com o SUS, essa política está sendo desestruturada em favor do capital financeiro internacional, privatizando a saúde. No que tange ao surto de febre amarela em ambiente urbano, O Ministério da Saúde e o Governo Federal agiram com CRIME DE RESPONSABILIDADE ao reduzir o orçamento destinado à saúde, à vigilância epidemiológica e sanitária, à produção de vacinas no país com a redução de verbas públicas, apesar do alerta mundial sobre os riscos de recrudescimento da Febre Amarela. Faz-se necessário esclarecer que principal requisito para o controle público das medidas técnicas e políticas adotadas para proteger a população brasileira de surtos epidêmicos são informações públicas e objetivas, como recomenda a Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei 12.527/11). A 1CNVS, repudia as ações que desordenam as ações de saúde e fragilizam a sociedade brasileira. Assim, exige que as ações de combate ao aedes aegypti sejam tratadas como prioridade e não somente em campanhas de TV, que abastecem os cofres da mídia golpista. Constituição Federal de 1988, Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas

que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

● **Moção Nº 16:**

**Implantar Programas Educacionais e Transversais em Vigilância em Saúde.**

Elaborar programas educacionais e transversais, em Vigilância em Saúde, nas escolas, desde a pré-escola ao infanto-juvenil, por meio de palestras e/ou inserção em disciplinas já existentes, promovidas e realizadas pelos Núcleos de Educação em Saúde e Mobilização Social – (NESMS), incluindo temas sobre: Trânsito; Drogas; Autocuidado; Hábitos saudáveis. A implementação deverá ser realizada por quaisquer das estruturas formais vinculadas à Educação no SUS.

● **Moção Nº 17:**

**Aporte financeiro e técnico suficiente e adequado ao tratamento da questão e criação de Controle Sanitário na fronteira.**

Nós, Delegados e Delegadas, reunidos na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, expressamos através desta Moção de Apelo, a necessidade de real e efetivo apoio do Governo Federal para o adequado tratamento da questão relativa à crise de migração de Venezuelanos ao Brasil, em especial ao Estado de Roraima, com o concreto aporte de recursos financeiros e técnicos para a questão e com a criação de controle sanitário na fronteira, visando o controle relativo à ameaça de reintrodução de doenças já erradicadas no Brasil, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional.

● **Moção Nº 18:**

**Garantia de aumento de recursos.**

Para os municípios aderirem os programas governamentais, torna-se obrigatório que o quadro de funcionários seja concursado. Específico nas vigilâncias em Saúde.

● **Moção Nº 19:**

**Estrutura dos serviços de verificação de óbitos e ampliar em todo o país, melhorando os fluxos SVO e IML.**

A Rede Nacional de SVO - Serviços de Verificação de Óbitos, citada na Portaria 1405 de 2006, e com incentivos para custeio definido na Portaria 183 de 2015, ainda não é realidade. Existem 12 Estados no país que simplesmente não possuem nenhum SVO. Os 41 serviços habilitados atualmente no país inteiro não cobrem nem metade da população brasileira. Esta moção tem como propósito cobrar do Ministério da Saúde, da Tripartite e das Bipartites uma atitude para:

1. Ampliar a Rede de SVO para todos os Estados do Brasil
2. Pactuar na Tripartite e nas Bipartites para que todos os municípios do Brasil tenham um SVO de referência em algum dos serviços da Rede Nacional.
3. Que os SVO estejam alinhados as prioridades da Vigilância em Saúde, e tenha suas ações e procedimentos financiados pelo SUS.
4. Criar protocolos para:



- 4.1 Reduzir a burocracia e melhorar os fluxos entre SVO e IML, que atualmente é difícil praticamente todas as unidades de saúde;
- 4.2 Reduzir o transtorno aos familiares quando um óbito do SVO precisa passar ao IML, e vice-versa;
- 4.3 Reduzir as horas perdidas pelos familiares dentro de uma Delegacia de Polícia para mudar a natureza do B.O..

Uma exceção de bom fluxo, que poderia ser exemplo para outros é o SVO de Guarulhos que atua em parceria com IML desde 1976 e é considerado uns dos mais rápidos e eficazes do país, que evita transtornos e agiliza o tempo de espera para liberação do cadáver às famílias por resolver as questões administrativas internamente entre os serviços.

#### ● **Moção Nº 20:**

#### **Implementação urgente do Plano Nacional de redução de acidentes e segurança viária.**

Os delegados e delegadas participantes da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, considerando o alarmante número de mortes causados pela violência no trânsito no Brasil, com centenas de vidas perdidas diariamente, pessoas jovens em sua maioria, bem como o enorme número de vítimas gravemente feridas, mutiladas e sequeladas, vem a público solicitar aos governos da União, estados, municípios e Distrito Federal, medidas urgentes para enfrentamento desta verdadeira epidemia, de grave impacto social e em especial para a área de saúde. São milhares de vidas, de histórias e de sonhos perdidos em questão de segundos, em “acidentes” que certamente poderiam ser evitados.

Nesse sentido recomendam às autoridades competentes a imediata e urgente implementação das medidas propostas pelo Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020, produzido com a contribuição de organizações governamentais e não governamentais, sob a coordenação do Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito: Instituir gestão eficiente e capacitada, baseada em eficientes sistemas de informações e de indicadores de desempenho, capaz de coordenar adequadamente o Sistema Nacional de Trânsito e as ações e os recursos disponíveis, com planos de metas e acompanhamento permanente.

Promover fiscalização eficaz e eficiente em todo território nacional por meio de recursos humanos, tecnológicos e de sistemas informatizados de gestão, focada sobre atos infracionais e fatores de risco dos quais possam resultar riscos de acidentes e mortes no trânsito, tendo como princípio a reeducação e a redução da impunidade. Mobilizar os setores governamentais e não governamentais, empresariais, educacionais, técnicos e acadêmicos para que participem e adotem ações educativas que promovam o respeito às regras de trânsito, às pessoas e ao meio ambiente e que incentivem os cidadãos a desenvolverem comportamento mais seguro, ético e solidário no trânsito. Promover a saúde voltada para a mobilidade urbana, em especial o estímulo e o fomento de ações práticas para a redução de mortes ou da gravidade de lesões às vítimas de acidente de trânsito, capacitar os agentes de saúde, assim como promover a educação para o trânsito por meio das redes de assistência da saúde em comunidades. Segurança Viária: prover as vias urbanas e rodoviárias de infraestrutura física e de sinalização que dê prioridade ao transporte coletivo e aos não motorizados e que proporcione a segurança de todos os usuários da via, em especial o desenvolvimento de ações voltadas para os principais fatores de risco e para os usuários mais vulneráveis no

trânsito, como pedestres, ciclistas e motociclistas. Segurança veicular: realizar o controle sobre a frota de veículos automotores, na fabricação e no uso, de forma a melhorar os níveis de segurança veicular e a reduzir os níveis de emissão de poluentes. Criar programa de incentivo financeiro para substituição da frota de veículos fora das condições de segurança e do alto para a recuperação.

- **Moção Nº 21:**

**Cobertura total de saneamento básico.**

Tornar crime de improbidade administrativa aos gestores se não cumprirem com no mínimo de 80% de Saneamento Básico.

- **Moção Nº 22:**

**Garantir o direito constitucional da terra ao Povo originário dela.**

A Comunidade Quilombola que luta há tantos séculos para ser reconhecida como povo Africano que deu seu sangue pela terra de onde viveram como escravos, teve sua luta garantida pelo STF, após 15 anos do decreto. Apoiamos o Decreto, a decisão do STF em legitimar o Decreto dos Quilombolas.

- **Moção Nº 23:**

**Defesa por um Sistema de Saúde 100% público, gratuito, equânime e de qualidade.**

Qualquer política que represente corte ou contingenciamento dos recursos do SUS e que trará um prejuízo incalculável para as ações do Sistema Único de Saúde e prejudicará o acesso dos usuários ao serviço. O Sistema Único de Saúde já fragilizado pelo subfinanciamento, vem passando por um processo de precarização e privatização através de propostas com a EBSEH, OS's, OSCIPS e parceria pública privada. À medida que está sendo construída pelo Governo Federal e as operadoras de planos privados de saúde vêm no mesmo sentido de fragilização e reafirmam ainda mais esse processo de sucateamento. A proposta do atual governo que pretende precarizar o SUS e desenvolver um sistema insuficiente por não atender as necessidades do povo e ainda, trata a saúde como mercadoria, fornecendo os interesses do capital. Frente a isso reafirmamos a defesa por um Sistema de Saúde 100% público, gratuito, equânime e de qualidade, que atenda as demandas sociais reafirmando Saúde como um Direito da População.

- **Moção Nº 24:**

**Revogação das mudanças aprovadas pela CIT em 14 de dezembro de 2017**

Os delegados e as delegadas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde vem repudiar as mudanças aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT no dia 14 de dezembro de 2017. Esse documento contém pontos preocupantes que desfiguram o tratamento realizado atualmente pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, se tornando um afronte às políticas de saúde mental e às diretrizes de desinstitucionalização psiquiátrica, prevista na Lei 10.216/2001. Além disso, é preocupante que uma política pública que foi objeto de décadas de luta pelos

usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental e definida por Legislação Específica seja profundamente modificada em conteúdo, direcionamento político, ético e técnico em apenas uma reunião entre gestores. Um dos pilares do Sistema Único de Saúde – SUS é o Controle Social, definido pela Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SAUS definindo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos e de fiscalização de todo o sistema. Vale destacar que essas mudanças aprovadas pela CIT não foram apreciadas e nem aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, e, inclusive sendo negada, na ocasião da reunião, a palavra ao presidente do CNS Ronald Ferreira dos Santos e ao representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO Prof. Dr. Paulo Amarante. PONTOS CONTROVÉSSOS:

1. Criação da rede de ambulatório de saúde mental – Assistência Multiprofissional de Média Complexidade em Saúde Mental (Ament), que será um serviço intermediário entre o CAPS e atenção básica – Retrocesso ao atendimento em Atenção Básica;
2. O aumento significativo de recursos para os hospitais psiquiátricos e o não retorno dos recursos da Autorização de Internação Hospitalar para os serviços substitutivos, quando na saída de usuáries(os) dos hospitais psiquiátricos, no processo de desinstitucionalização, e;
3. A inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde sem parâmetros técnicos.

Desta forma, nós dos movimentos sociais, trabalhadores de saúde, REPUDIAMOS mais este golpe às Cidadãs e Cidadãos brasileiros pelo desmonte praticados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

#### ● Moção Nº 25:

**Os Projetos de Lei 1048/2015, de autoria do Deputado Sóstenes Cavalcante e 1971/2015, do Deputado Victor Mendes, estavam apenas ao PL 198/2015, tratando de alteração de artigo do Código Penal Brasileiro (Lei 2848/1940) e prevento a criminalização da transmissão deliberada do vírus HIV.**

Nós delegados da 1ª CNVS, manifestamos nosso REPUDIO aos PL 1048 e 197/2015, por tratarem -se de projetos equivocados tanto do ponto de vista técnico quanto ético, com tema rebatido por vários movimentos e organismos nacionais e internacionais, como a UNAIDS, recomendando sua retirada da pauta e arquivamento.

#### ● Moção Nº 26:

**Inserção profissional dos Bacharéis em Saúde Coletiva no serviço SUS em nível nacional.**

Tendo a graduação em saúde coletiva vista com objetiva na formação de profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS nos moldes para as necessidades do sistema e para uma gestão qualificada.

Solicitamos a inclusão dos profissionais Bacharéis em Saúde Coletiva no quadro de carreira dos três níveis de gestão, em seus mais diversos órgãos de gestão dentre eles o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio de concurso público que inclua em quantidade expressiva este profissional. Considerando o enfoque e a expertise que este profissional

possui no que tange a vigilância em saúde, planejamento, promoção a saúde, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e dos riscos e agravos a saúde. Todos estes contemplados na sua formação acadêmica para o SUS. Importa salientar que esta graduação existe no Brasil há uma década.

- **Moção Nº 27:**

**Apuração e punição por organismos internacionais.**

Nós delegados (as) reunidos na 1 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada em Brasília - DF, de 27/02 a 02/03/2018, manifestamos nosso apoio a Organização

das Nações Unidas e a Organização Mundial do Comércio no sentido de apurar e adotar as sanções cabíveis às empresas SAMARCO, assim como as suas controladoras Vale e BHP, em virtude do desastre ambiental pelo rompimento da barragem de Mariana que espalharam rejeitos de minério de ferro em toda bacia do Rio Doce, causando um dos maiores desastres ambientais já registrados na América do Sul, além de provocar 19 mortes e destruir a vida e os sonhos de milhares de ribeirinhos, pescadores e populações que vivem nas áreas de influência do rio.

- **Moção Nº 28:**

**Realização da auditoria cidadã da dívida pública.**

Todo ano, quase metade dos recursos do Orçamento Geral da União é destinada para o pagamento da dívida. Enquanto isso, apenas 4% desses recursos são destinados à saúde. É impossível financiar o SUS com apenas 4% dos recursos da União. Essa situação é decorrente, dentre outras causas, de uma série de irregularidades e ilegalidades existentes no sistema da dívida pública que tem sido demonstrada pelo núcleo da auditoria cidadã da dívida pública. Não podemos mais permitir que esses esquemas fraudulentos continuem, por isso, exigimos a realização imediata da auditoria cidadã dessa dívida pública. O SUS não pode morrer. AUDITORIA DA DÍVIDA PÚBLICA JÁ!

- **Moção Nº 29:**

**Descongelamento e reajuste salarial.**

Vimos por meio desta moção de apelo, solicitar e sensibilizar o Ministério da Saúde a descongelar e reajustar o piso salarial dos ACS e ACE de todo território Nacional.

Expomos que após a aprovação da Lei federal 12.994 - 17 de junho de 2014, que altera a Lei 11.350 - 05 de junho de 2006 para instituir o piso salarial nacional dos ACE e ACS, houve um congelamento salarial no valor de R\$ 1.014,00 (Mil e Quatorze Reais) ao qual o passar de quase 04 anos da referida lei federal, não se houve mais reajuste salarial das categorias citadas. Apelamos a 1ªCNVS o encaminhamento desta moção ao órgão competente, Ministério da Saúde para o atendimento da providência que motiva esta moção.



## 9. Perfil dos Participantes

Participantes Credenciados na 1ª CNVS					Nº Previsto na Resolução Nº 539	
Delegados (as) Estaduais					1.203	1.352
Estado	Gestor/ Prestador	Trabalhador	Usuário	Total		
Acre	05	06	08	19		24
Alagoas	08	09	14	31		36
Amapá	06	06	12	24		24
Amazonas	09	09	16	34		36
Bahia	19	19	37	75		76
Ceará	09	13	26	48		56
Distrito Federal	09	09	15	33		36
Espírito Santo	08	08	18	34		36
Goiás	12	12	19	43		48
Maranhão	11	12	21	44		48
Mato Grosso do Sul	08	07	16	31		32
Mato Grosso	07	05	14	26		36
Minas Gerais	22	23	45	90		96
Pará	07	13	24	44		52
Paraná	12	13	22	47		64
Paraíba	09	09	188	36		36
Pernambuco	13	13	25	51		56
Piauí	07	09	15	31		36
Rio de Janeiro	16	18	37	71		80
Rio Grande do Norte	06	09	17	32		36
Rio Grande do Sul	14	15	34	63		64
Rondônia	07	07	16	30		32
Roraima	02	05	09	16		24
Santa Catarina	10	12	22	44		48
São Paulo	42	42	79	163		180
Sergipe	08	08	17	33		32
Tocantins	04	04	05	13		28
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>313</b>	<b>600</b>	<b>1.203</b>		<b>1.352</b>

Participantes Credenciados na 1ª CNVS				Nº Previsto na Resolução Nº 539
Delegados (as) Estaduais				1.203
Delegados (as) Nacionais Credenciados				99
	Gestor/ Prestador	Trabalhador	Usuário	
	21	30	48	
Participantes Livres				27
Convidados (as)				243
Sub Total				1572
Integrantes das Comissões				17
Relatores(as)				36
Imprensa				55
Apoio				116
Acompanhantes de Pessoas com Deficiência ou Patologia				24
Total de Participantes Credenciados				1820
Declaração de sexo Feminino				696
Declaração de sexo Masculino				566
Não Declaração de sexo				558
Declaração de Deficiência ou Patologia				23



## 10. Ficha Técnica

### 10.1. Comissões

A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde foi conduzida pelas Comissões Executiva, Organizadora, de Mobilização e Comunicação e de Formulação e Relatoria, cujas atribuições estão descritas no Regimento Interno da 1ª CNVS. A seguir, a relação das instituições que fizeram parte das comissões e seus respectivos representantes:

#### • COMISSÃO EXECUTIVA

**Ronald Ferreira dos Santos** - Coordenador Geral da 1ª CNVS  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**Fernando Zasso Pigatto** - Coordenador Geral Adjunto da 1ª CNVS  
Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM

**Daniela Buosi**  
Ministério da Saúde

**Denise Rinehart**  
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

**Neide Rodrigues dos Santos**  
Secretária Executiva do CNS

**Pedro Ivo Sebba Ramalho**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

#### • COMISSÃO ORGANIZADORA

**Alex Gomes da Motta**  
Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde/CNS

**André Luiz de Oliveira**  
Mesa Diretora do CNS

**Bráulio César de Sousa**  
Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Chiara Chaves da Silva**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

**Geordeci Menezes de Souza**  
Mesa Diretora do CNS

**Gilson Silva**  
Plenário do CNS (usuários)

**Jose Vanilson Torres da Silva**  
Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Kandice Falcão**  
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

**Nelcy Ferreira da Silva**

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

**Nereu Henrique Mansano**

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS

**Oriana Bezerra Lima**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Renato Almeida de Barros**

Plenário do CNS (trabalhadores)

**Rogério de Jesus Santos**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Sônia Maria Feitosa Brito**

Ministério da Saúde

**Vanja Andréia Reis dos Santos**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Wanderley Gomes da Silva**

Plenário do CNS (usuários)

• **COMISSÃO DE MOBILIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

**Artur Custódio Moreira de Sousa - Coordenador**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Adriane Cruz**

CONASS

**André Luiz de Oliveira**

Conferência Nacional dos Bispos Do Brasil - CNBB

**Antônio Muniz da Silva**

Organização Nacional de Cegos do Brasil - ONCB

**Carlos Augusto de Souza Moura**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

**Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**

Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil -FENACELBRA

**Edson Antônio Donagema**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Etieno de Sousa Pereira**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Fernando Zasso Pigatto**

Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM

**Gilson Silva**

Força Sindical



**Ismael Gianeri**

Fórum das Centrais

**Jose Vanilson Torres da Silva**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Kandice de Melo Falcão**

CONASEMS

**Marcelo Eliseu Sipioni**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Márcia Turcato**

SVS/ASCOM

**Maria Laura Carvalho Bicca**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Nelcy Ferreira da Silva**

Plenário do CNS (trabalhadores)

**Rafael Vieira da Silva**

CNBB

**Vanja Andréia Reis dos Santos**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Wanderley Gomes da Silva**

CONAM

## • COMISSÃO DE FORMULAÇÃO E RELATORIA

**Guilherme Franco Netto - Coordenador**

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO

**Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**

Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - FENACELBRA

**Davi Vital do Rosário**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Edson Antonio Donagema**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

**Eduardo Bonfim da Silva**

Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT

**Fernando Zasso Pigatto**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Geordeci Menezes de Souza**

Central Única dos Trabalhadores - CUT

**Gilberto Salviano da Silva**

Fórum das Centrais Sindicais

**Heleno Rodrigues Corrêa Filho**

Centro Brasileiro de Estudos de saúde - CEBES

**Ivo Ferreira Brito**

Ministério da Saúde/ Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**Jorge Mesquita Huet Machado**

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

**Juliana Acosta Santorum**

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG

**Reginaldo Muniz**

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE

**Rilke Novato Públio**

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde

**• CONVIDADOS E CONVIDADAS****Carlos Ocké**

**Maria da Graça Hertel**

**Maria do Socorro de Souza**

**ASSESSORIA TÉCNICA**

**Maria Eugênia Carvalhaes Cury**

**Wagner de Almeida Muniz**

**10.2. Relatores (as)**

Atendendo ao disposto no Art. 9º da Resolução CNS nº 557 os(as) relatores(as) da etapa estadual/Distrito Federal e outros(as) convidados(as) apoiaram Comissão de Formulação e Relatoria na elaboração do Relatório Nacional Consolidado e compuseram a equipe de relatores da Plenária Final. Segue abaixo a relação de Relatores(as) da 1ª CNVS.

- **Adriana de Castro Rodrigues Krum**
- **Adriana Maria Feijão De Carvalho**
- **Afonso Ribeiro Alves Filho**
- **Aide de Souza Campagna**
- **Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa**
- **André Peres Barbosa de Castro**
- **Antônio Cleyton Martins Magalhães**
- **Belfari Garcia Guiral**
- **Carlos Alberto dos Santos**
- **Carlos Cezar Flores Vidotti**
- **Cecilia Motta**
- **Cleide Veiga de Lima**
- **David Soeiro Barbosa**
- **Debora Raymundo Melecchi**
- **Deyvid Lopes Felix**
- **Diana Silveira De Araújo**
- **Elaine Maria Silva Das Neves**
- **Fernando Nunes Alves**
- **Gilson Fraga Guimarães**

- **Heldevam Pereira Campos Junior**
- **Humberto Costa**
- **Iara de Senna Santos**
- **Jaqueline Nehring**
- **José Renato De Rezende Costa**
- **Lavínia Salete De Melo Maia Magalhães**
- **Luciano Mamede De Freitas Junior**
- **Luiz Augusto Da Cruz**
- **Luzia Japira Alves Pereira**
- **Maria da Conceição de Almeida França**
- **Maria Maruza Carlesso**
- **Mariana Nogueira de Resende Sousa**
- **Marina Shinzato Camelo**
- **Marleide Ribeiro de Lira**
- **Neusa Maria Silva do Nascimento**
- **Olavo Alves Alencar**
- **Pergentina de Alcântara Vilarim Moura**
- **Raissa dos Santos Calado Sampaio de Alencar**
- **Rita de Cássia Domansky**
- **Roberta Corrêa de Araújo Amorim**
- **Rosa Rita da Conceição Marques**
- **Rosalia Pereira Matos dos Santos**
- **Sandra Carvalho Rodrigues**
- **Sandra Schmitt**
- **Solange Belchior**
- **Solange Bergami**
- **Tamara Correia Alves Campos**
- **Valéria Silva Paranaguá**

### ■ 10.3. Assessoria de Comunicação e Comitês de Apoio

A organização da 1ª CNVS teve o apoio da assessoria de comunicação do CNS e de trabalhadores (as) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e da ANVISA. Segue abaixo a relação dos (as) profissionais que possibilitaram a realização da 1ª CNVS.

#### • **ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO:**

- **Danilo Castro**
- **Laura Fernandes**
- **Najla Marcia Nazareth dos Passos**
- **Viviane Claudino**
- **Willian Barreto**

#### **COMITÊS DE APOIO**

- **Ademir Nunes Benevides Filho**
- **Adriana Lemos dos Santos**
- **Agda Cristina Santos Bernardes**
- **Alcimara Vitorino Pereira Martins**
- **Alessandra Viana Cardoso**
- **Amanda Fabiano Mendes**
- **Ana Carolina Dantas Souza**
- **Ana Flávia Lucas de Farias Kama**
- **Ana Paula Lonardoní Francisco de Freitas**
- **Andrea Doria Do Nascimento Silva**

- Archimedes do Amaral Silva
- Betina Vidoto
- Carla Magalhães
- Carlos Antônio Alves de Almeida
- Carolina Terra Magagnin
- Cezar de Deus dos Santos
- Claudia Cristina S. Gomes
- Cláudia Karoline Macedo Costa
- Cleber Ricardo Pinheiro Cotrim
- Cristiane Martins de Souza
- Cristiane Rodrigues dos Santos
- Daiana Rangel de Oliveira
- Daniele Gomes Dell Orti
- Danielle Bandeira Costa de Sousa Freire
- Deise Cristiane Rodrigues dos Santos
- Delton Pereira de Assis
- Diego Roris
- Edineia Ramos de Souza
- Eduarda Araujo Lima
- Elaine Da Cunha Ramos
- Eliana Bohland
- Eunice de Lima
- Eveni Meireles Costa dos Santos
- Everton Araújo Fontinele
- Fabio Gonçalves Rosa
- Felipe Tavares Duailibe
- Fernando Clemente Da Silva

- Fredson Carneiro
- George Ricardo dos Santos
- Gertrudes Meireles Gomes
- Gleide Isaac Tanios Nemer
- Gustavo Henrique Fernandes Barreto
- Indianara Maria Grando
- Jader Percio
- Jeferson Carol Batista Da Silva
- Jesus Mota
- João de Souza Lima
- Joscelio Aguiar Silva
- José Nilton Neris Gomes
- Josias Severino Da Silva
- Juliana Costa Silva Rabelo
- Juliana Pires de Abrel Batista
- Juliano Leonidas Hoffmann
- Karem Cristina de Arruda Calvete
- Kátia Cristina Gonsalves
- Laura Nogueira da Cruz
- Lídia Pinheiro Gilson
- Lizandra Nunes Coelho Conte
- Lucas Santiago Goncalves dos Anjos
- Lucas Santos E Avila
- Lucas Vasconcellos
- Luciana da Silva Pereira
- Luciana Ferreira Araujo Torres
- Luciana Hava Novaes

- **Maicon Vinicius de Camargo**
- **Marcia Maria Freitas E Silva**
- **Marco Aurélio de Azevedo**
- **Marco Aurélio Pereira**
- **Marcus Vinicius de Paiva**
- **Maria Albanita Paiva de Andrade**
- **Maria Camila Borges Faccenda**
- **Maria da Gloria Alves de Oliveira**
- **Maria da Glória Campos da Silva**
- **Maria Guida Carvalho de Moraes**
- **Maria Irene Lima**
- **Marina Jonas Smith**
- **Marinez de Freitas Messias**
- **Mário Victor de Azeredo Arneitz**
- **Marline Dassoler Buzatto**
- **Marta Valeria das Graças Miranda**
- **Mirian Benites Falkenberg**
- **Natalina de Andrade Campos**
- **Neuza Viana Castanha**
- **Nidiane da Silva Alves**
- **Nízia Martins Sousa**
- **Núbia Brelaz Nunes**
- **Olga de Oliveira Rios**
- **Patrícia de Sousa Alves Soares**
- **Paula Carvalho de Freitas**
- **Pricila Serrão Fortuna Chaves**
- **Ricardo Sergio Santana**

- **Rodrigo da Silva Pueyo**
- **Rosa Amelia Pereira Dias**
- **Rosilene Silveira E Silva**
- **Rubens Bias Pinto**
- **Rutileia Azevedo de Jesus**
- **Sandra Barbosa Moreira Nagata**
- **Sara Brito**
- **Scheilla de Oliveira Miguel**
- **Sillandia Garcez Ferreira Silva**
- **Silvia Iara Mendes de Azevedo Veloso**
- **Sílvio Luis Rodrigues de Almeida**
- **Sueli Bastos Mendes Da Silva**
- **Sueli Cardoso Barbosa**
- **Suetonio Queiroz de Araújo**
- **Tairone Cardoso**
- **Tanara Rodrigues Feijó**
- **Tatiana de Almeida**
- **Teresa Maria Passarella**
- **Vanderlei Aparecido de Macedo**
- **Vitor Henrique Lima**
- **Vívia Belizario Oliveira**
- **Walter Ataalpa Freitas Neto**
- **Wanderlei de Souza Caldeira**
- **Wanderson Pereira Gontijo**



## Considerações Finais

As deliberações da 1ª CNVS atendeu de forma oportuna, ampla e concreta o seu objetivo de formulação de diretrizes para a elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS.

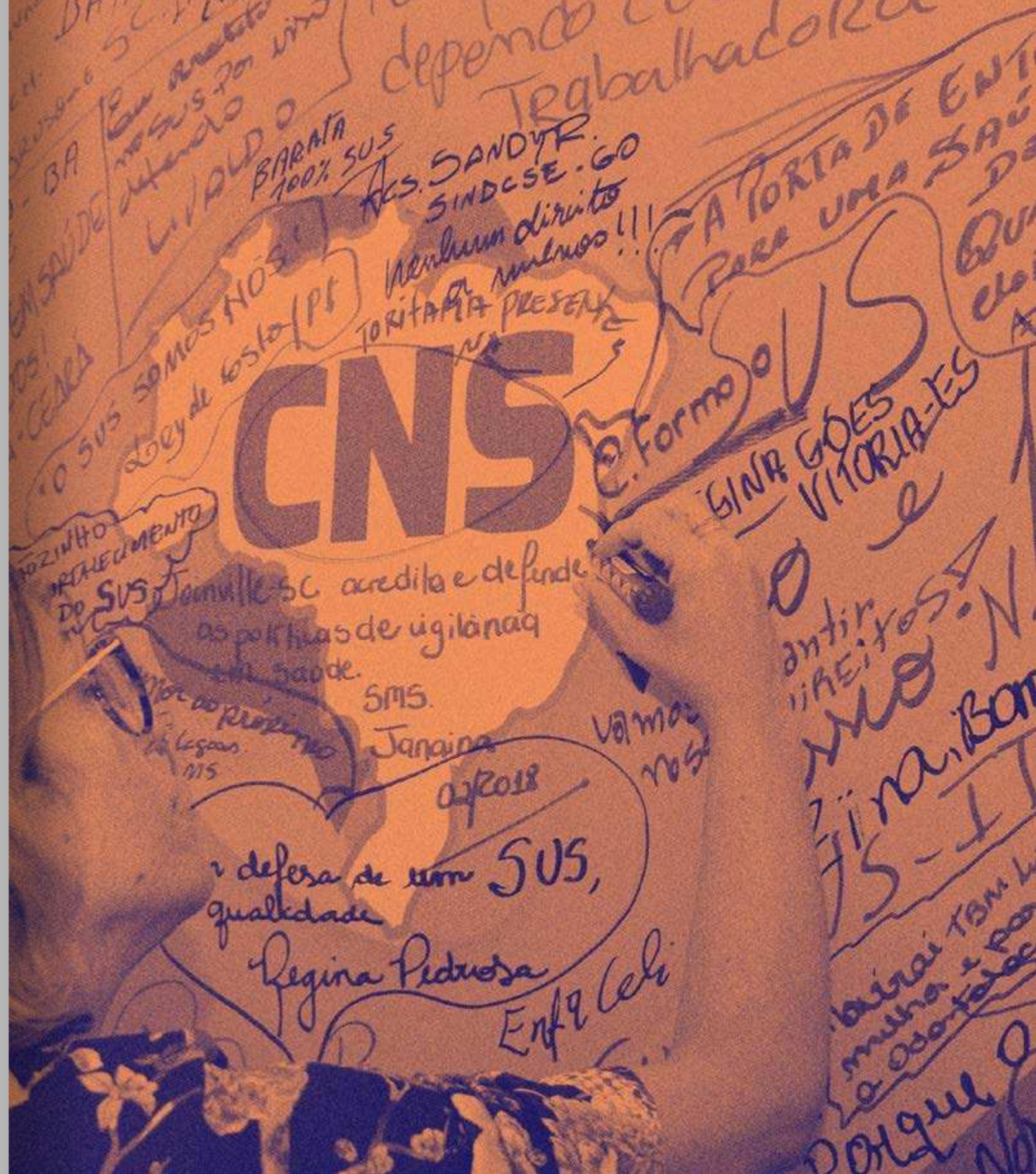
A política foi aprovada após 130 dias (pouco mais de 4 meses) da realização da etapa nacional da conferência em um processo de participação amplo que contou com o protagonismo de movimentos sociais que representam as mais variadas falas presentes na sociedade brasileira, de trabalhadores e trabalhadoras tanto da saúde, como de outros setores, da academia, de conselheiros e conselheiras de saúde e de gestores e gestoras do sistema de saúde.

A PNVS foi debatida e construída no âmbito da participação social, expressão fundamental para o avanço da democracia participativa no Brasil.

O processo da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, que embasou a atualização da política específica e colocou a temática num patamar mais visível no cotidiano dos serviços de saúde, também ilustra a relevância da participação social na formulação e no acompanhamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Além da densidade das propostas e da política consolidada, a participação consolida o lugar do SUS e da política de saúde no arcabouço institucional do Estado Brasileiro.

Não se trata apenas de uma ação de governo, que, constitucionalmente, deve representar a população e preservar seus interesses (“todo poder emana do povo e em seu nome deve ser exercido” é o enunciado constitucional que deveria pautar o cotidiano dos atores do sistema político-governamental).

Trata-se, antes e sobretudo, de uma política do Estado Democrático de Direito e uma boa prática de sua institucionalidade. O patrimonialismo e a força de interesses privados, sobretudo nos efeitos econômicos da ação estatal, alertam que a representação política não esgota a intensidade da democracia, que requer participação ampliada e a vocalização de interesses cotidianos da população. Na área da vigilância, as tensões de interesse sempre são bastante visíveis e nem sempre respondem ao interesse público. Ou seja, a relevância da Conferência não se esgota nos seus encaminhamentos, ela se amplia no próprio exercício de defesa e produção cotidiana da democracia, que, como nos alertou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, é condição estruturante e amálgama da saúde que queremos.



## Posfácio

### Processo de formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) a partir das deliberações da 1ª CNVS

**Fernando Zasso Pigatto** - Presidente do Conselho Nacional de Saúde – Coordenador Geral Adjunto da 1ª Conferência Nacional de Saúde

**Ronald Ferreira dos Santos** - Presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) – Coordenador Geral da 1ª Conferência Nacional de Saúde

**Maria Eugênia Carvalhaes Cury** – Farmacêutica. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Saúde

### Introdução

A temática da vigilância em saúde acompanha a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua formulação. O processo da reforma sanitária formulou um conceito ampliado de saúde, onde a atenção à saúde e uma diversidade de ações intersetoriais adquiriu muita relevância. A engenharia da organização descentralizada do SUS também destacou as ações de vigilância em saúde, que desde a concepção tiveram atribuída a dupla finalidade de reduzir e fiscalizar riscos de doenças e agravos em diferentes componentes do sistema produtivo e dos territórios, mas também uma contribuição relevante para a mudança da lógica de atuação dos serviços e redes de atenção, elevando a produção de saúde ao patamar de relevância da assistência às doenças no modelo anterior.

A implementação do SUS destacou distintos desafios para alcançar as propostas formuladas e registradas na legislação, mobilizando os gestores e trabalhadores da saúde em todo o território. Esses desafios também são cotidianos aos conselhos de saúde. A relevância do tema e a complexidade de questões levantadas ao longo dos mais de 30 anos de implementação do SUS foram argumentos relevantes para que o Conselho Nacional de Saúde mobilizasse esforços para a relação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, cujo relatório e descrição do processo compõem as primeiras seções deste livro. Passados quase dois anos de sua realização e atravessados pela pandemia de COVID-19, é fundamental tecermos algumas considerações sobre esse processo.

Considerando que a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS foi convocada com uma finalidade específica de propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS nº. 1.017 de 11 de maio de 2016), podemos afirmar que um dos desafios para o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às deliberações definidas na conferência foi justamente como que essas deliberações pudessem gerar uma proposta de política para o setor.

A fim de dar consequências a esse desafio, o CNS, ao publicar “o consolidado das propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde com vistas a garantir-lhes ampla publicidade” (Resolução nº 583, de 09 de maio de 2018) também designou para a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIVS/CNS) a atribuição de formular a minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde, em um prazo de 60 dias, para sua apreciação e deliberação final pelo colegiado do CNS na forma de uma Resolução que institui a PNVS.



As motivações expressas na Resolução nº 583, de 09 de maio de 2018 demonstram o compromisso do CNS com o fortalecimento da participação social na formulação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e sua implementação, com base nas deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Para ilustrar esta questão estão reproduzidas abaixo as falas do Relator Geral e do Coordenador Adjunto da conferência em matéria jornalística publicada no veículo “SUSCONNECTA<sup>1</sup>”, em 11 de maio de 2018.

*“As propostas apresentadas pelos estados e aprovadas durante a conferência, assim como as diretrizes identificadas para integrarem a política, superaram as nossas expectativas e devem contribuir de forma relevante para a construção desta política” (Guilherme Franco Netto, conselheiro nacional que coordenou a comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS)*

*“Foram dois anos de muito trabalho, realizado com participação ampla e grande envolvimento de toda a sociedade brasileira, para a realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Agora temos a tarefa de apresentar esta minuta, que será um desafio construído novamente de maneira coletiva”, afirma o coordenador da CIVS (Fernando Pigatto, Presidente do CNS).*

<sup>1</sup> Minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde ficará pronta em 60 dias. 11 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.susconnecta.org.br/minuta-da-politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-ficara-pronta-em-60-dias/>.

Os depoimentos registrados no período da realização da Conferência dão destaque à densidade das formulações, que surpreendem pela força com que a vigilância é desenvolvida nos municípios e estados brasileiros, permitindo sistematizar diretrizes e propostas, com base na experiência desenvolvida, para orientar uma política nacional visível, descentralizada e com capacidade para induzir a avanços na política nacional de saúde como um todo.

O SUS, como se destacou anteriormente, nasceu com a formulação da produção da saúde e com protagonismo relevante à vigilância em saúde. Mas os depoimentos também dão destaque ao fato de que a vigilância em saúde como política não diz respeito apenas aos serviços e ao sistema de saúde. Diz respeito à sociedade brasileira como um todo, na medida em que a produção de riscos e vulnerabilidades são anteriores às decisões individuais das pessoas, tendo a proteção à saúde efeitos sobre a população como um todo, e que o SUS não é uma ação tecno-profissional dos governos, mas política pública e, portanto, que precisa mobilizar à população como um todo, como o fez a Conferência.

Sendo assim, os efeitos da Conferência foram processados também pelo Conselho Nacional de Saúde, que tomou a designação daquela instância de participação para seguir fomentando a elaboração de uma política que se alimentasse das deliberações consolidadas na etapa nacional.

## O Processo de trabalho no âmbito da CIVS/CNS

A fim de cumprir a deliberação do colegiado do CNS, consubstanciada na Resolução nº 583, de 09 de maio de 2018, a CIVS/CNS estabeleceu um método de trabalho para o atendimento do prazo de 60 dias para a elaboração da Minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde: criação de um Grupo de Trabalho, Consultas Externas, Discussão em Reunião da Comissão.

O Grupo de Trabalho - GT teve o objetivo de elaborar uma proposta inicial para ser apreciada no âmbito da Comissão e foi composto por integrantes da CIVS representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; da Pastoral da Saúde Nacional; da Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes - FENAFAL; da Confederação Nacional de Associações de Moradores - CONAM; do Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - Sintapi/CUT; da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO; do Ministério da Saúde - MS; do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS; da União Brasileira de Mulheres - UBM. Essa composição contemplou uma diversidade de atores dos vários segmentos que tem interesses legítimos em relação a uma política de vigilância em saúde: trabalhadores da saúde, que são os principais responsáveis pela execução das ações; usuários do sistema, que são os mais interessados na efetividade das ações, e gestores, que têm a responsabilidade de garantir as condições políticas e estruturais para a efetivação das ações.

A partir de temas extraídos das propostas aprovadas na 1ª CNVS foi possível identificar diretrizes essenciais para a definição de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde.

A conferência pautou a Vigilância em Saúde com necessidade de uma política específica transversal, intersetorial, de inteligência e ordenadora do Modelo de Atenção à Saúde, envolvendo as ações integradas de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, à luz dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização e hierarquização dos serviços e equidade.

O planejamento norteado pelo diagnóstico situacional no território por meio de informações qualificadas e dados epidemiológicos; o uso de novas tecnologias e tecnologias avançadas para melhor controle de doenças, considerando a complexidade de riscos e a integralidade da atenção, tanto no que concerne à abordagem individual, quanto à abordagem coletiva dos problemas de saúde; ações articuladas com as demais áreas da saúde, de forma interdisciplinar, integrada, intersetorial e territorializada, visando superar vulnerabilidades socioeconômicas e ambientais, com fortalecimento das ferramentas de comunicação social e educação permanente; ações intersetoriais de Educação em Saúde específicas de Vigilância em Saúde para conscientização junto aos diversos segmentos da sociedade, incluindo os saberes de culturas populares tradicionais e práticas integrativas, e fortalecimento da Vigilância em Saúde para dar respostas rápidas às Emergências em Saúde Pública e eventos de massa, caracterizam-se como um conjunto de estratégias para a política de vigilância em saúde definidas na 1ª CNVS.

Outras diretrizes importantes identificadas nas deliberações da conferência dizem respeito à perenidade e sustentabilidade da política a partir das responsabilidades da gestão com o planejamento estratégico, com a inserção

das ações vigilância em Saúde nos instrumentos de gestão (Plano Plurianual, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde), com a vigilância participativa e democrática da análise da situação de saúde e avaliação de risco do território, com a capacitação dos conselheiros de saúde com o objetivo de fortalecer sua atuação no acompanhamento e planejamento das ações de vigilância em saúde, e, finalmente com a sustentação financeira da Vigilância em Saúde de forma permanente, crescente, específica e suficiente para a estruturação e aquisição de equipamentos necessários e infraestrutura física adequada para efetivo desempenho, bem como os recursos humanos e equipamentos compatíveis com as demandas de promoção e proteção da saúde.

Com base nessas diretrizes, o GT definiu uma estrutura para a elaboração de uma minuta de resolução da seguinte forma:

- Aspectos relevantes que justificam a decisão de instituição da PNVS
- Principal resolução - Instituição da PNVS
- Papel da PNVS no Sistema único de Saúde
- Abrangência, natureza e conteúdo da PNVS
- Finalidade da PNVS
- Definições
- Princípios e Diretrizes
- Estratégias para organização da vigilância em saúde
- Responsabilidades
- Avaliação e Monitoramento
- Financiamento

A partir dessa estrutura, o GT elaborou o primeiro texto que foi apreciado em reunião da CIVS em 21 de maio de 2018, gerando o documento denominado de 1ª versão da minuta de resolução da PNVS.

Essa versão foi enviada para os conselheiros nacionais de saúde para que pudessem avaliar junto às suas entidades e organizações e apontar sugestões de mudanças e inclusões. Foram recebidas algumas contribuições pontuais, sendo a mais completa a contribuição feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

As contribuições foram consolidadas pelo Grupo de Trabalho e incorporadas no texto, desde que não contrariassem as deliberações da 1ª CNVS. O produto desta consolidação (2ª versão da minuta de resolução da PNVS) foi novamente discutido e apreciado pela CIVS em reunião realizada nos dias 05 e 06 de junho e se caracterizou versão final da minuta que foi encaminhada ao Pleno do CNS para apreciação em reunião ordinária de julho de 2018.

### **Avaliação e aprovação da PNVS pelo Pleno do CNS**

Em sua Trecentésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho de 2018, O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, que instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

Uma leitura da ata desta 307ª Reunião Ordinária do CNS demonstra que a composição da mesa coordenadora do item de pauta que apreciou a minuta, composta pela conselheira Sonia Brito, diretora do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e membro da Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS; pelo conselheiro Fernando Pigatto, coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do CNS - CIVS/CNS e coordenador adjunto da 1ª CNVS; pelo conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS e coordenador geral da 1ª CNVS, pode ser entendida como uma sinalização do compromisso do Ministério da Saúde com a PNVS a ser aprovada pelo CNS e do próprio CNS com o respeito às deliberações da 1ª CNVS. Aliás, este último aspecto é reforçado pela ação do CNS de iniciar os trabalhos deste ponto com a reprodução do vídeo com imagens da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS e pela manifestação da diretora do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde salientou que a Política é um produto coletivo, que apresenta diferentes saberes, e representa um compromisso com a cidadania.

Continuando a leitura da referida ata, identificamos a seguinte apresentação geral da PNVS proposta na minuta de resolução: *“O documento apresenta princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de gestão do SUS, no que se refere à vigilância em saúde. Além disso, define a garantia de financiamento específico para assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão. No mais, a Política trata da inserção das ações de vigilância em saúde em toda a rede de atenção à saúde, em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado”*.

Ao aprovar a PNVS, os conselheiros e conselheiras o fizeram a partir de importantes considerações, contidas na Resolução nº 588/2018.

As deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, publicadas pela Resolução CNS nº 583, de 9 de maio de 2018, foram as principais diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, que reafirma, impulsiona e efetiva os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), centrada no direito à Promoção e Proteção da Saúde e alicerçada em um SUS público e de qualidade.

Além dessas diretrizes, a resolução justifica a instituição da PNVS com as seguintes afirmações:

- A necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à vigilância em saúde;
- O fortalecimento do território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da vigilância em saúde;
- A necessidade de equipes aptas a atuar no âmbito da vigilância em saúde, com capacidade de analisar contextos e identificar na população do seu território potenciais riscos à saúde, organizar, monitorar e avaliar os processos de trabalho.

### **PNVS - uma política do âmbito da promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde**

A PNVS aprovada pelo CNS, reafirma os princípios e diretrizes do SUS, ao ser caracterizada como uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

Considerando que a Vigilância em Saúde envolve as ações integradas de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, a política deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Contemplando toda a população em território nacional, a PNVS aponta para a necessidade de priorização de territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde, além de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais. Os riscos e as vulnerabilidades devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e do diálogo com a comunidade, trabalhadores e trabalhadoras e outros atores sociais, considerando-se as especificidades e singularidades culturais e sociais de seus respectivos territórios.

A PNVS está alicerçada em princípios, quais sejam:

- O conhecimento do território, a partir da utilização da epidemiologia e da avaliação de risco para a definição de prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática;
- A integralidade que pressupõe a articulação das ações de vigilância em saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados;
- A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- A inserção da vigilância em saúde no processo de regionalização das ações e serviços de saúde;
- A equidade com a identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, atuando de forma compartilhada com outros setores envolvidos;
- O acesso universal e contínuo a ações e serviços de vigilância em saúde, integrados a rede de atenção à saúde, promovendo a corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos usuários e da coletividade;
- A participação da comunidade de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social;
- A cooperação e articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde;
- A garantia do direito das pessoas e da sociedade às informações geradas pela Vigilância em Saúde, respeitadas as limitações éticas e legais, e,
- A organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Esses princípios estão desdobrados em diretrizes e estratégias que permitem a articulação e a pactuação de responsabilidades das três esferas de governo e a implementação intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado.

A articulação e integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador e da trabalhadora e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, pressupõe o compartilhando de saberes e tecnologias, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, de modo a:

- a) realizar planejamento conjunto com identificação de prioridades para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde, e no mapeamento das atividades de produção, consumo e infraestrutura e com potencial impacto no território;
- b) produzir, conjuntamente, protocolos, instrumentos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores no desenvolvimento das ações de vigilância.
- c) harmonizar instrumentos de registro e notificação de doenças, agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância;
- d) produzir indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde;
- e) investigar conjuntamente surtos e eventos inusitados ou situação de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios;
- f) produzir, conjuntamente, metodologias de ação, investigação, tecnologias de intervenção, monitoramento e avaliação das ações de vigilância; e
- g) revisar e harmonizar os códigos de saúde, com a inserção de disposições sobre a vigilância em saúde e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde, nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Os Processos de trabalho da vigilância em saúde devem ser integrados com a atenção à saúde e pautados pelo conhecimento epidemiológico, sanitário, social, demográfico, ambiental, econômico, cultural, político, de produção, trabalho e consumo no território, e organizados em diversas situações, assim como, considerar o planejamento integrado das ações de vigilância e assistência à saúde, como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, tomando como base a análise da situação de saúde e a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território.

O estímulo à participação da comunidade no controle social da vigilância em saúde pressupõe:

- a) o acolhimento e a resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social;
- b) a articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações das comunidades presentes no território, inclusive as populações em situação de vulnerabilidade;
- c) a inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em vigilância em saúde, sempre que possível, e a inclusão de conteúdos de vigilância em saúde nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social;
- d) a inclusão de grupos de populações em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de proteção e promoção da saúde; e
- e) assegurar o acesso às informações aos representantes da comunidade e do controle social.

A adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de vigilância em saúde, que exercem função típica de Estado, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público, e o investimento na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, estão entre as estratégias para a gestão do trabalho, o desenvolvimento e a educação permanente da PNVS.

Articulação entre toda a rede de serviços do SUS com as instituições de pesquisa e universidades na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, profissionais, comunidade e controle social, juntamente com a adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição de linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da vigilância em saúde, incluindo os grupos populacionais em vulnerabilidade e as doenças negligenciadas, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da proteção à saúde, também compõem estratégias da política.

Por fim, a PNVS aponta as seguintes estratégias, em consonância a 1ª CNVS:

- integração de sistemas de informação com potencialidade para a coleta, consolidação, análise de dados e a geração e disseminação de informações que contribuem para aprimorar e consolidar a gestão da Vigilância em Saúde, notadamente nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, em tempo oportuno;
- comunicação em tempo oportuno em um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições, relativa a acontecimentos ou situações que ameaçam a saúde humana ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades;

- respostas, de forma oportuna e proporcional, às emergências em saúde pública, com o estabelecimento de plano de resposta, a ser elaborado por cada esfera de gestão, considerando as vulnerabilidades do seu território e cenários de risco;
- planejamento, programação e execução de ações de vigilância em saúde, com base na análise da situação de saúde, identificando os fatores condicionantes e determinantes, as necessidades de saúde no território, o grau e a forma de urbanização, produção, consumo e trabalho, as diferenças socioeconômicas, culturais e ambientais, entre outras, que interferem no risco de ocorrência de várias doenças e agravos;
- monitoramento e a avaliação nas três esferas de governo como ferramentas capazes de identificar problemas e possibilitar a revisão das estratégias definidas;
- metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Vigilância em Saúde devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: I – Planos de Saúde; II – Programações Anuais de Saúde; e III – Relatórios Anuais de Gestão;
- planejamento estratégico contemplando ações, metas e indicadores de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos nos moldes de uma atuação permanentemente, articulada e sistêmica;
- conselhos de saúde devem ser protagonistas no processo de avaliação e monitoramento da PNVS, e,
- o financiamento das ações da vigilância em saúde, garantido de forma tripartite, deve ser específico, permanente, crescente e suficiente para assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão, bem como deve contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de suas ações.

## Referências

BRASIL. **Ata da 307ª Reunião Ordinária do CNS**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata\\_da\\_307\\_RO.pdf](http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata_da_307_RO.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 507, de 2016. Publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 05mai. 2016. Edição 85. Seção 1, p. 53 a 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). **Diário Oficial**, Brasília, DF, 13 ago. 2010. Edição 155. Seção 1, p. 87

BRASIL. **Minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde ficará pronta em 60 dias**. 11 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.susconnecta.org.br/minuta-da-politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-ficara-pronta-em-60-dias/>.





ISBN 978-85-54329-59-4



9 788554 329594 >

