



1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**Vigilância em Saúde:
Direito, Conquistas
e Defesa de um SUS
Público de Qualidade**

DOCUMENTO ORIENTADOR
DIRETRIZES METODOLÓGICAS

APRESENTAÇÃO

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 efetivação desse direito deve ser no território, local e nacional, e em espaços políticos onde temos a responsabilidade coletiva de fazer os objetivos fundamentais da República terem suas respectivas consequências.

Nesse sentido, a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), que surgiu a partir dos resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, e em decorrência de diversos debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em torno de variadas agendas, tem como principal objetivo “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”.

Aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 284ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, por meio da Resolução nº 535, a conferência nacional deverá, entre outras ações, apontar os caminhos para validar o dito popular de que “é melhor prevenir, do que remediar”.

Entre os desafios, está o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde 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.

O tema central da conferência, que orientará as discussões será “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”. As etapas macrorregional e/ou municipal, estadual e nacional estão definidas no Regimento da 1ª CNVS.

Este Documento Orientador foi elaborado considerando as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde. Ele é composto por um eixo principal: “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro” e está dividido em quatro subeixos:

- Subeixo 1 - O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS
- Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde
- Subeixo 3 - Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde.
- Subeixo 4 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde

Desde a aprovação da referida Resolução vários debates ocorridos em torno do tema, envolvendo conselheiros de saúde, a academia e os movimentos sociais, apontaram para uma reformulação do eixo principal e dos subeixos. Cada um dos elementos do Documento Orientador (eixo principal e subeixos) está organizado por um texto sobre o tema seguido de perguntas para estimular os debates e possibilitar a elaboração de propostas pelos participantes das conferências.

De forma coletiva, vamos trabalhar para se fazer cumprir os preceitos básicos: construir uma sociedade livre, justa e solidária, 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.

Ronald dos Santos

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**EIXO
PRINCIPAL**

**POLÍTICA
NACIONAL DE
VIGILÂNCIA
EM SAÚDE E O
FORTALECIMENTO
DO SUS COMO
DIREITO À
PROTEÇÃO E
PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO POVO
BRASILEIRO**

ANTECEDENTES

A Vigilância em Saúde é responsável pela informação para a ação e intervenção que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, articulando-se às Redes de Atenção à Saúde. Esta função essencial do SUS tem sido chamada a orientar sua ação considerando 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 riscos⁰¹.

País predominantemente rural até meados da década de 60 do século passado, o Brasil viveu intensa urbanização, sobretudo a partir do novo ciclo de industrialização dos anos 70, fazendo emergir as denominadas transições epidemiológica e demográfica. Essas transições caracterizam-se pela prevalência, em ordem decrescente, dos agravos não transmissíveis tais como as doenças crônicas degenerativas, as violências, as doenças associadas ao trabalho e as doenças transmissíveis, num contexto de envelhecimento progressivo da população. Não obstante as mudanças impulsionadas pela urbanização e industrialização, é preciso também destacar que ainda persistem em locais e regiões doenças da pobreza, uma característica predominantemente de países de desenvolvimento tardio.

Os saberes e as práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças desenvolvidos ao longo do século XX prestaram importante contribuição para a melhoria da saúde da população brasileira. São profundas as transformações no perfil de saúde experimentadas pela população brasileira entre o quarto final do século XX aos dias de hoje, e em especial a partir do advento

01 O Brasil é signatário da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, na qual a saúde é vista enquanto pré-condição, resultado e indicador do desenvolvimento.

do SUS, notadamente no aumento da expectativa de vida, na queda da desnutrição e no declínio da mortalidade infantil.

O desenvolvimento econômico do período pós-1968, resultado do projeto político do governo militar, conhecido como o “milagre econômico”, com ampliação da produção industrial e das exportações, impôs novas demandas ao Estado, como regulamentações para adaptação da produção brasileira às exigências internacionais de qualidade de produtos.

Além disso, questões sociais então emergentes requereram reestruturações nas políticas de saúde, impulsionando a reforma do setor saúde e dos respectivos serviços. As reformas abarcaram a vigilância sanitária, como parte de um projeto mais amplo que pretendia consolidar uma “sociedade industrial moderna e um modelo de economia competitiva”, nos marcos do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND).

Esse novo modelo exigia, portanto, mecanismos mais eficientes de regulação na área da saúde, sobretudo porque novos padrões de consumo de bens e serviços de saúde se diversificaram e se massificaram. Para tanto se exigia maior controle e segurança sobre o que se consumia no âmbito da saúde com vistas a reduzir riscos à saúde da população.

Os modelos de desenvolvimento adotados em escala nacional desde então impõem à grande massa de trabalhadores, trabalhadoras e demais grupos sociais um modo de viver marcado por ciclos de intensa e exaustiva exploração de sua força de trabalho, baixa renda familiar e precário acesso às políticas públicas e aos serviços de infraestrutura urbana.

Esse cenário elevou o Brasil a um dos países em desenvolvimento mais perversos no que se refere à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras da cidade e do campo, batendo recordes de acidentes de trabalho, baixos níveis de proteção social, e aumento significativo do trabalho informal. Estas são heranças de uma cidadania regulada e características de uma democracia ainda de baixa intensidade.

Assim, para fazer face à complexidade de um país que se urbanizou de forma acelerada e intensa prescindindo de reformas estruturantes que equacionassem antigas e novas questões sociais geradoras de profundas desigualdades⁰², identificou-se a necessidade de superar o modelo centrado em programas verticais de vigilância, prevenção e controle de doenças, coordenados e executados exclusivamente pelo Governo Federal até então.

A V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, propôs a criação de um sistema de vigilância epidemiológica no país. Esta recomendação foi prontamente operacionalizada com a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o qual instituiu a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de quatorze doenças em todo o território nacional, entrando em vigor no ano de 1976. O SNVE sedimentou a sua estruturação e ação por meio das secretarias de estado da saúde.

Na década de 90, em meio a um processo de reorientação econômica internacional, de revisão das funções do Estado brasileiro, de desordem e estabilização da economia interna, de complexa redemocratização devido à correlação de forças antagônicas, de reorganização das forças políticas e sociais, tem-se a criação do SUS, que desencadeou novos arranjos institucionais, resultando

⁰² Na concepção de Ianni (1991), a questão social brasileira ganha contornos quando se analisam a problemática nacional, os regimes políticos e os dilemas dos governantes em atender demandas e reivindicações das classes subalternas. Explica-se, ainda, tomando por base as desigualdades econômicas, políticas e culturais que envolvem as classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais. As controvérsias sobre o pacto social, as tomadas de terras, a reforma agrária, as migrações internas, o problema indígena, o movimento negro, a liberdade sindical, o protesto popular, o saque ou a expropriação, a ocupação de habitações, a legalidade ou ilegalidade dos movimentos sociais, as revoltas populares e outros temas da realidade nacional sempre suscitam aspectos mais ou menos da questão social. [...] As lutas sociais polarizam-se em torno do acesso a terra, emprego, salário, condições de trabalho na fábrica e fazenda, garantias trabalhistas, saúde, habitação, educação, direitos políticos e cidadania. (IANNI, 1991, p. 3)

na organização do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e posteriormente, em 2003, na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde.

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as secretarias estaduais e municipais de saúde iniciou-se em dezembro de 1999, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestora do SUS.

Fenômeno correspondente ocorreu no âmbito da Vigilância Sanitária, com a publicação da Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competências à União, estados, Distrito Federal e municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

A celebração do Termo de Ajuste e Metas (TAM) celebrado entre a ANVISA e os estados, pactuou metas e, através da, regulamentou⁰³ a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade da vigilância sanitária para os estados. Em complemento, a partir de dezembro de 2003⁰⁴, houve o , estímulo à adesão dos municípios para a execução de ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando recursos fundo a fundo.

Em 2004, a publicação da Portaria GM/MS no 1.172, aponta esforços de aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, definindo as atividades sob o título vigilância em saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde, e análise de situação de saúde.

⁰³ Portaria GM/MS no 145, de 31 de janeiro de 2001

⁰⁴ Portaria GM/MS no 2.473, de 29 de dezembro de 2003

Em 2007⁰⁵, a gestão federal da saúde do trabalhador, coordenadora então da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, instituída em 2002, é transferida da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta trajetória se consolidou na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora⁰⁶.

A partir de dezembro de 2009⁰⁷, é fortalecido o papel gestor dos estados e municípios e se amplia o escopo das ações de Vigilância em Saúde, compreendendo:

- Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- Vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde. Está incluído, nestas ações, o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde - bem como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo - e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde;
- Vigilância em saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e redução da morbi-mortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus de-

05 Portaria GM/MS no 1.956/07

06 Instituída pela Portaria GM/MS no 1823/12

07 Portaria GM/MS no 3.252, de 22 de dezembro de 2009

terminantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

- Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos;
- Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- Análise da situação de saúde: propicia ações de monitoramento contínuo no país, por meio de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento mais abrangente na área;

Embora os avanços do SUS sejam inegáveis e representativos, o modelo de atenção à saúde vigente 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 dar conta dos desafios sanitários atuais, e são insustentáveis para os enfrentamentos futuros, tais como a significativa incidência dos agravos mentais.

Assim, a Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando superar a fragmentação da atenção e da gestão das Regiões de Saúde e aperfeiçoar o sistema de funcionamento político-insti-

tucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Em junho de 2011⁰⁸ define-se a Região de Saúde enquanto espaço geográfico contínuo e constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.

Cada Região de Saúde tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. O decreto estabelece ainda o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) enquanto acordo de colaboração firmado entre entes federativos para a organização e integração das ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

As regiões de saúde devem ser instituídas pelos Estados, em articulação com os Municípios, podendo também ser instituídas Regiões de Saúde Interestaduais, compostas por Municípios limítrofes. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

Fica estabelecido, ainda, o Mapa da Saúde que consiste na descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela rede privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores do sistema.

⁰⁸ Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamentava a Lei 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

No âmbito da assistência à saúde é criada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece ao usuário para o atendimento da integralidade da assistência à saúde, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

O atual arranjo normativo da gestão da saúde, em torno das RAS e do COAP traz um importante espaço para que a vigilância em saúde integre o conjunto essencial das funções do SUS, juntamente com o planejamento e a gestão dos serviços de saúde.

A Portaria GM/MS no 1.387, de 09 de julho de 2013, que revoga a Portaria 3.252/09, não obstante mantenha os conceitos desta, volta-se para a regulamentação das responsabilidades e diretrizes para a execução e o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Esta mesma portaria determinou a criação de um Grupo de Trabalho Tripartite com a finalidade de discutir e formular a Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS), visando o enfrentamento do Estado brasileiro aos desafios postos à vigilância em saúde pelas mudanças relacionadas às transições demográfica e epidemiológica e aos determinantes sociais.

O GT-PNVS, instituído pela Portaria SVS n. 14, de 22 de agosto de 2013, é composto por representantes da SVS, ANVISA, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

CONTEXTO ATUAL

A grande crise do capitalismo financeiro internacional, dos anos 2008 – 2009 é de imensa proporção e está diretamente associada com a grande contração mundial da atividade econômica. O sistema financeiro tenta se rearticular sobre um “novo consenso”, no contexto do ultraliberalismo, cujas características se baseiam em mais ortodoxia e mais restrições, sendo os recursos da produção e de políticas sociais drenados para o sistema financeiro, o que gera ainda mais crises especulativas.

No Brasil, a reação à crise econômica do capital internacional segue esta cartilha. Associa-se, entretanto, a uma crise política de proporções gigantescas, desencadeada a partir do processo de desestabilização da democracia que culminou no impeachment da Presidenta Dilma. A este quadro associa-se a corrupção, o clientelismo e todas as formas de apropriação privada do que é público.

As forças políticas e econômicas que comandam o país, desde então, ameaçam os pilares essenciais da Constituição Federal de 1988 - reconhecida enquanto “constituição cidadã”, porque, apesar das suas contradições e limitações, estes pilares possibilitaram o principal pacto social desde a redemocratização: crescimento econômico com inclusão social e participação democrática.

As Emendas à Constituição Federal, em curso, representam a quebra deste pacto sob forte ameaça à cidadania e à democracia brasileiras, com violação dos direitos humanos e as obrigações do Estado em promover a Seguridade e a Proteção Social. São exatamente esses direitos e deveres que estão sendo retirados, sem nenhum tipo de participação dos setores representativos da sociedade brasileira.

O que ressalta no cenário são o declínio da economia e a retirada dos direitos sociais com acirramento das desigualdades sociais. A política econômica vigente prioriza o sistema financeiro mantendo suas garantias preservadas, mesmo considerando a profunda recessão e as enormes necessidades do povo.

As reformas em curso, da previdência e trabalhista, representarão um custo social sem precedentes. A extensão dos anos a serem trabalhados subordinados a uma lógica de previdência privada combinada com a profunda precarização das condições de trabalho, associadas ao congelamento dos investimentos públicos que recairá também nos salários pelo absurdo prazo de 20 anos resultarão num enorme impacto à saúde dos trabalhadores, trabalhadoras e de seus familiares, em especial os mais pobres, os mais velhos e os mais vulneráveis.

A terceirização e a precarização das condições de trabalho resulta e resultará ainda mais em elevadíssimo índice de acidente de trabalho em nosso meio, além dos problemas de saúde relacionado ao desgaste físico e mental e das exposições ocupacionais em ambientes de trabalho insalubres. A isso se soma o fato da trabalhadora e do trabalhador utilizarem, em média, cerca de 2 horas diárias em precários sistemas de transporte coletivo, resultando em longas jornadas de trabalho.

A estes ataques associa-se um conjunto de centenas de medidas que desconfiguram, e em alguns casos eliminam, importantes conquistas alcançadas pela sociedade brasileira nos últimos tempos, por meio de políticas públicas inclusivas nos campos da educação, meio ambiente, saúde, seguridade social, direito à terra, acesso ao trabalho decente, renda familiar, segurança alimentar e nutricional, segurança pública, entre tantas outras.

Na vida real das pessoas, a saúde está entre as primeiras queixas da população. As medidas que vem sendo adotadas pelo atual governo resultam na redução ao acesso da população aos serviços públicos de saúde e no estímulo ao mercado dos planos privados de saúde, associados ao sub financiamento. A Emenda Constitucional (EC) 95 resulta no desmonte do SUS

enquanto sistema universal e equânime de saúde, negando um direito constitucional inscrito na Constituição de 88.

As bases e os rumos da economia nacional, centrada na exploração e exportação de “comodities” minerais e agrícolas voltadas a abastecer as necessidades do mercado internacional tem sofrido impactos assustadores com a retração do mercado internacional devido à crise do capital. A forte influência do capital na tomada de decisões do Estado sobre os planos de desenvolvimento do país, mediado por uma série de mecanismos e regras facilitadores dos interesses do capital resultam na injusta e perversa distribuição da riqueza, que embora seja produzida por toda a Nação é acumulada e concentrada nas mãos de muito poucos.

Esta concentração da riqueza gera e mantém um país extremamente injusto. Somos o país continental de maior concentração urbana do mundo, próximo a 85% da população. Mais da metade dos brasileiros e das brasileiras vive nas 300 maiores cidades onde mais de um terço vivem e habitam em condições sub-humanas, com limitado acesso aos equipamentos públicos coletivos e à infraestrutura.

A violência, em todas as suas formas, é um dramático resultado deste cenário. As nossas cidades são cada vez mais fragmentadas e desiguais. A crescente prevalência de mães jovens, negras, solteiras e trabalhadoras de baixa renda expressa o grau de ruptura e fragilidade do tecido social. 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 atual crise urbana não tem precedentes. A poluição gerada pelos processos de produção e consumo desenfreados resulta em enorme impacto no meio ambiente e na vida das pessoas. No Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 18% dos problemas de saúde estão relacionados com a poluição. Associada às queimadas da Floresta Amazônica, a liberação de gases de efeito estufa contribuem ao problema das mudanças climáticas que resultam em mais riscos à saúde.

de, especialmente das populações vulneráveis, decorrente do aumento da temperatura do planeta.

A crise da água, duramente vivenciada pelas populações do semiárido, expande-se progressivamente para os grandes centros urbanos. A região metropolitana de São Paulo viveu recentemente a pior escassez de água dos últimos 80 anos. A crise decorre de décadas pela ausência de planejamento urbano, do mau uso e ocupação do solo, decorrentes principalmente do fluxo migratório, onde as populações pobres são empurradas para as periferias dos grandes centros urbanos. A falta de água Grande São Paulo é muito mais decorrente da poluição e do desperdício do que do clima. Os eventos climáticos extremos potencializaram a crise, mas eles não são os culpados.

Em nosso país, a ocupação desordenada do solo é a maior responsável pelos danos à vida e à saúde decorrente dos desastres de origem natural. O assentamento em áreas de risco é um fenômeno que vem se agravando progressivamente.

A baixa oferta e o limitado acesso de grande parcela da população brasileira ao saneamento básico é um desrespeito aos direitos humanos e traz grave impacto sanitário. É responsável por ciclos de grandes epidemias de doenças transmitidas por mosquitos ao longo dos últimos 30 anos. Inicialmente dengue, agora concomitantemente dengue, zika e chikungunya, estas doenças incidem sobre a saúde de milhões de pessoas. As complicações neurológicas de crianças cujas mães contraíram Zika durante a gravidez – especialmente a epidemia de microcefalia registrada na Região Nordeste - revelam a face dramática de um Estado com limitada capacidade de proteger seus cidadãos.

Estas epidemias recorrentes revelam também a não efetividade dos programas e ações de controle de vetores centrados na dispersão de agrotóxicos no interior e no entorno das residências das famílias brasileiras e na responsabilização dos indivíduos. Mais absurda ainda é a lei recém-editada que possibilita a dispersão de agrotóxicos por aviões nas áreas urbanas visando o controle de mosquitos transmissores de doenças.

A opção por um modelo de desenvolvimento baseado em mega empreendimentos é geradora de significativos impactos socioambientais nos territórios por eles influenciados. Estes impactos são sentidos ao longo do tempo, desde a pré-instalação, durante a instalação e no curto, médio e longo prazo de suas operações. Os territórios contíguos aos empreendimentos de grande vulto são cenários de importantes conflitos socioambientais, resultado dos desarranjos e rupturas nos planos materiais e imateriais da forma de viver dos grupos populacionais e ecossistemas locais.

O crime da empresa Samarco, considerado o maior acidente ambiental da nossa história, tendo como epicentro a ruptura dos tanques de contenção de lixo tóxico da extração mineral no Município de Mariana – MG, e que se expandiu por cerca de 800 quilômetros ao longo do Rio Doce, at alcançar o Oceano Atlântico, afetando a vida de milhões de pessoas e poluindo o meio ambiente, não é uma mera casualidade. Ele expressa, como tantos outros exemplos, a forma irresponsável e insustentável de como o capital, com a conivência do Estado, se apropria violentamente dos recursos naturais, dos meios de produção e do trabalho alheio para alimentar o ciclo de concentração da riqueza.

No Brasil, país continental que jamais realizou a reforma agrária, a história do campo é marcada pela permanente disputa pela terra. Os conflitos pelo direito à terra representam uma ameaça permanente à vida das populações tradicionais. São hediondas e inaceitáveis as recentes agressões às liberdades e aos direitos humanos, tais como os massacres de trabalhadores rurais em Colniza, no Mato Grosso e de indígenas da etnia Gamela, no Maranhão.

Hoje, a grande maioria das terras produtivas brasileiras pertence aos donos de grandes propriedades onde ocorrem extensivos e intensivos processos produtivos baseados no monocultivo, principalmente da soja, algodão e milho.

Para assegurar maior rentabilidade, estes processos produtivos utilizam sementes geneticamente modificadas para que as plan-

tações tenham maior probabilidade de resistir às intempéries; estas modificações genéticas são moduladas de forma que as plantas sejam resistentes aos agrotóxicos que atuam no controle de pragas, como é o caso do glifosato. O Brasil está entre os três países de maior produção de alimentos transgênicos e é o maior mercado de agrotóxicos do mundo. O impacto das combinações da contaminação ambiental e da exposição de trabalhadores rurais e de seus familiares é altíssimo e não adequadamente mensurado. A tentativa de desregulamentação do uso de agrotóxicos é um grave risco sanitário para toda a população brasileira.

A indústria pecuária, também realizada em propriedades privadas de grandes extensões, promove consumo de recursos naturais e danos ambientais em grande escala. A utilização disseminada de antibióticos e hormônios para o desenvolvimento dos animais contribuem com a insegurança alimentar.

O surgimento da indústria alimentar e o consumo excessivo de produtos processados, mediados pela publicidade e ideologia consumista resultam numa transição nutricional caracterizada por uma dieta extremamente calórica, rica em açúcares e gorduras, e insatisfatória quanto ao aporte nutricional. O surgimento e/ou agravamento de patologias como desnutrição, dislipidemias, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis estão intimamente ligadas a tais mudanças na alimentação das coletividades e dos indivíduos.

A eliminação da fome alcançou enorme progresso nos anos recentes devido a políticas sociais compensatórias, em especial o Programa Bolsa Família. Entretanto, segue ainda enquanto um grande desafio da sociedade brasileira, com o registo de sete milhões de vítimas.

Cabe à Vigilância em Saúde 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; 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.

A Conferência Nacional de Vigilância em Saúde está inspirada nos valores de democracia, justiça e solidariedade, reafirmando o compromisso com a efetiva garantia do direito à saúde e com o desafio da construção de um Sistema Único de Saúde – SUS, universal, público e de qualidade.

As etapas municipal, estadual e nacional da Conferência Nacional de Vigilância em Saúde devem levar em consideração o cenário de determinação social da saúde em seus respectivos territórios, cenário este mediado pela atual conjuntura política por que passa o país.

Perguntas:

1. Características da determinação da saúde no território correspondente à sua conferência:

a. O que promove a saúde?

b. O que ameaça a saúde?

2. Problemas de grande impacto à saúde registrados no território correspondente a esta etapa da 1ª CNVS:

a. Como o impacto se distribuiu entre os diversos grupos da população?

b. Como a sociedade reage?

c. Como atua a Vigilância em Saúde com os demais setores?

d. Como atua a Vigilância em Saúde na Rede de Atenção à Saúde?

e. Como a Vigilância em Saúde interage com a Sociedade?

Subeixo 1

**O LUGAR DA
VIGILÂNCIA EM
SAÚDE NO SUS**

SAÚDE NO SUS

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) requer, por parte dos entes federativos, a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde.

A 'integralidade' como um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) - se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. A integralidade da atenção à saúde se efetiva na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Para entendermos a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde é importante atentar para as dimensões que a constituem:

- A organização dos serviços – integração dos serviços e ações de saúde - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.
- Os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde para uma abordagem concentrada no usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. A humanização do cuidado, que envolve o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde,

deve orientar todas as intervenções em saúde, que tomem por base o conceito de integralidade

- As políticas governamentais com participação da população respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. Intersetorialidade.

A Rede de Atenção à Saúde - RAS é definida como conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, com provisão de atenção contínua, de qualidade, responsável e humanizada, bem como o incremento do acesso, da equidade, da eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção (unidades básicas de saúde, ambulatorios, centros de apoio psicossocial, hospitais etc.). Nela, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturada como primeiro nível de atenção, tendo como função atender aos problemas mais comuns de saúde, por meio de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às necessidades de saúde.

A organização e o funcionamento da RAS requerem a criação de mecanismos formais, entre os entes, de pactuação, de definição de responsabilidades, de objetivos de desempenho, de metas e indicadores de resultados bem como de análise de situação de saúde e planejamento participativo.

Neste aspecto, torna-se fundamental, também, a discussão sobre o modelo de Atenção à Saúde a ser implementado. Os modelos de atenção são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no pro-

cesso de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Para se alcançar uma atenção integral, faz-se necessária a efetiva inserção das ações de promoção e vigilância em saúde na organização da RAS, com atribuições e responsabilidades definidas, integração dos processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e educação permanente.

A estruturação da RAS se dá por meio da organização de linhas de cuidado, que articulam recursos, serviços e práticas de saúde orientadas para o acesso oportuno, ágil e singular dos usuários às ações de atenção à saúde. A construção das linhas de cuidado deve unificar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêuticas e de reabilitação, proporcionando acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita. Nesse conjunto de recursos, estão incluídas as ações de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como, o acesso seguro a produtos e serviços e o controle sanitário ambiental.

A vigilância em Saúde deve ser 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.

Como forma de consolidar a Vigilância em Saúde nas linhas de cuidado é necessário conferir maior enfoque aos agrupamentos de agravos e determinantes de saúde, identificando riscos sanitários e situações de vulnerabilidade, a partir das quais as intervenções serão planejadas e programadas.

Há necessidade de atuação conjunta com as vigilâncias epidemiológica, sanitária, da situação de saúde, da saúde ambiental, da saúde do trabalhador e da promoção da saúde. O objetivo da integração é 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.

Perguntas:

- 1.** Como a vigilância em saúde pode nortear o modelo de atenção à saúde no seu território?
- 2.** Que práticas da vigilância em saúde são requeridas para assegurar a integralidade do cuidado em saúde na Rede de Atenção à Saúde?
- 3.** Quais obstáculos/dificuldades são percebidos para atuação da vigilância em saúde integrada às demais práticas do cuidado em saúde?
- 4.** Que estratégias podem ser desenvolvidas no território para efetivar a ação da vigilância em saúde como parte integrante do cuidado em saúde?
- 5.** Que estratégias podem ser desenvolvidas no território para a integração das ações de saúde do trabalhador na vigilância em saúde?

Subeixo 2

RESPONSABILIDADES DO ESTADO E DOS GOVERNOS COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

A responsabilidade sanitária com o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde é um pressuposto básico para todos entes federados e inerente à missão de garantia dos direitos à saúde da população como ação de Estado.

Nesse sentido o reforço das ações de vigilância em saúde dialoga com a responsabilidade sanitária dos entes federativos. Em busca dessa permanente construção apontamos aqui desafios e caminhos para problematização e reorientação das perspectivas de universalização das ações de Vigilância em Saúde no SUS.

O processo de planejamento e acompanhamento do SUS apresenta em sua estruturação espaços institucionais e participativos que devem ser ocupados por processos de organização e implementação de ações de vigilância em saúde. Esse é um objetivo a ser explicitado tanto nos planos de saúde e quanto nos processos de desenvolvimento regional, no sentido da sustentabilidade ambiental, social e especialmente a busca da sustentabilidade sanitária.

O desafio permanente da implementação de territórios saudáveis depende da radicalização da integração das ações de vigilância em saúde ao superar a sua concepção como somatório das vigilâncias, epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, 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. A partir da organização de uma prática de informação para ação definidora de processos de intervenções interativos com ações intersetoriais acompanhadas por mecanismos de gestão e governança integrados.

Essas características da natureza da ação em Vigilância em Saúde garantidas pela adequação de estruturas, recursos humanos e orçamentários. Acompanhados pelos conselhos, presente nos planos de saúde e relacionados ao desenvolvimento regional e orçamento no PPA em todos os níveis e acompanhadas em sistema de governança participativo articulado aos conselhos de saúde a comitês intersetoriais e as instâncias dos poderes legislativos e executivos.

A INFORMAÇÃO PARA AÇÃO

A informação em saúde pode ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias.

Assim, caracteriza-se como instrumento essencial para a tomada de decisões, configurando-se como estratégico para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de riscos e controle de doenças e agravos.

A Avaliação e a integração das informações de saúde são imprescindíveis à vigilância em saúde por constituírem fatores desencadeadores do processo “informação-decisão-ação”. Os Sistemas de informação em saúde deve 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. Para isso, deve contar com: requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

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 se materializam em um processo contínuo de organização.

É no território em que a determinação social do processo saúde e doença, concepção fundamental da Saúde Coletiva e Medicina Social Latino-Americana, se operacionaliza pela organização dos serviços de saúde em redes de vigilância em saúde configurando redes sociotécnicas intersetoriais e participativas a partir dos problemas relacionados a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde ambiental e de saúde do trabalhador construindo informações de processos de para intervindo nos condicionantes de saúde que configuram situações de riscos e impactos sociais ambientais e sanitários.

O conceito de território oferece uma possibilidade da observação das dinâmicas das situações de risco e das atividades humanas nele materializados, com uma historicidade e mobilidade intercambiada com cenários mais amplos e trajetórias da população e seus modos de reprodução, dadas por fluxos e configurações demográficas espacializadas relacionadas aos modos de desenvolvimento regionais.

DESAFIOS

As políticas intra e intersetoriais não são deflagradas de forma adequada e as questões sanitárias decorrentes no âmbito do setor saúde ficam restritas a um acolhimento parcial dos casos e ao registro sem uma análise e intervenção que resultassem em assumir tais questões em sua dimensão de problemas sanitários.

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

Perguntas:

- 1.** De que forma os aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos contribuem para o planejamento e execução de ações no território?
- 2.** Que práticas da vigilância em saúde são requeridas para assegurar a integralidade do cuidado em saúde na Rede de Atenção à Saúde?
- 3.** Como está estruturada a vigilância em saúde na sua instância federativa/território?
- 4.** Quais são os possíveis mecanismos de participação da comunidade, gestão participativa e comitês intersetoriais e formas de governança participativa na vigilância em saúde?

Subeixo 3

SABERES, PRÁTICAS, PROCESSOS DE TRABALHOS E TECNOLOGIAS NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

A constituição Federal em seu artigo 196 garante: “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”. E ainda em seu artigo 200 – “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: Inciso II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, e em seu inciso VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. Portanto, o direito constitucional a saúde está assegurada como resultado das lutas dos movimentos sociais pela reforma sanitária.

O desafio que se coloca é como efetivar e harmonizar as ações integradas das políticas de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador considerando os avanços já alcançados, que atenda a promoção e proteção da saúde da população levando-se em conta os perfis econômicos, social e ambiental dos territórios, condição essencial à superação da “excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de ‘vigilância’ (epidemiológica, sanitária e ambiental). Esse texto orientador visa abrir o debate sobre contexto atual e as perspectivas futuras da vigilância em saúde.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Parece não haver consenso sobre marco conceitual suficientemente abrangente que dê conta do conjunto dos objetos e práticas da vigilância em saúde. Esse campo de conhecimento e de práticas é atravessado por um complexo conjunto de elementos interdependentes entre si, que vai das informações

e registros de manifestações biológicas, físicas e psicológicas do adoecimento, suas expressões clínicas agudas ou crônicas, suas possíveis interações com agentes patogênicos externos e diversos fatores de riscos e sua distribuição na população, bem como de possíveis associações e seus determinantes sociais.

Mas de modo geral e para operacionalização das ações, entende-se o campo de prática da vigilância em saúde como síntese de quatro vertentes evolutivas do conhecimento sobre o processo saúde-doença: a) vertente da vigilância epidemiológica em sua concepção mais ampla da distribuição da morbimortalidade na população; b) a vertente da vigilância sanitária; c) vertente da vigilância ambiental e d) a vertente que se dedica a compreensão da relação entre saúde e trabalho. Essas quatro vertentes têm em comum: a) produzir informações para tomada de decisão de forma oportuna e promover a saúde e o bem-estar da população; b) avaliar as condições de saúde segundo o paradigma do risco epidemiológico e/ou sanitário; c) analisar os condicionantes e os determinantes biológico, ambientais, sociais e econômicos do risco à saúde e do adoecimento humano.

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, considera-se 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”.

Daí a importância de situarmos o debate no contexto da organização do SUS, tratando de buscar respostas para algumas das questões que estão em pauta, entre as quais destacam: se: 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; d) saberes e práticas: educação profissional em vigilância em saúde como instrumento da superação da fragmentação institucional.

ACESSIBILIDADE E AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Para a vigilância em saúde o acesso da população aos bens e serviços de saúde é uma condição essencial para o bem-estar e qualidade de vida. Importante, desde logo, esclarecer as dimensões operacionais que norteiam o acesso aos bens e serviços de saúde. Resumidamente o acesso à saúde compreende quatro dimensões interdependentes: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade está diretamente relacionada à capacidade instalada da rede de atenção, se abrange os três níveis de complexidade da atenção – atenção básica, de média e de alta complexidade – e se sua composição expressa equidade ou desigualdade no acesso à saúde, levando-se em conta o modelo de produção e as condições de vida da população. A aceitabilidade diz respeito a natureza dos serviços que são ofertados e o modo como são percebidos pelos usuários ou pela comunidade. A capacidade de pagamento refere-se às diferentes modalidades de financiamento do sistema de saúde e, por fim, a informação, elemento chave do campo de prática da vigilância, pois é por meio dela que se estabelece o processo de comunicação do sistema de saúde com o usuário no território e é também por onde são gerados os dados da situação de saúde e das condições de acesso para a tomada de decisão.

O acesso pode ser incrementado, quantitativa e qualitativamente, pela integração das práticas e processos de trabalho dos componentes da vigilância em saúde entre si e pela integração da vigilância em saúde com os níveis de atenção à saúde no SUS, sendo fundamental a articulação com atenção básica e os demais níveis de atenção. A vigilância em saúde opera de forma descentralizada, matricial e transversal nos diferentes níveis de atenção do SUS, conforme o arcabouço normativo que a embasa, portarias 1172/2004 e a 3252/2009.

NECESSIDADE DE BUSCAR AVANÇAR NA CONCEPÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.

O modelo de atenção à saúde, atualmente hegemônico, não prioriza a promoção e proteção à saúde, componentes estratégicos da natureza da atuação da vigilância em saúde. Essa situação se reflete também na fragmentação da vigilância em saúde, que muitas vezes atua de forma compartimentalizada e verticalizada.

Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’ – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum, no território onde mora e trabalha, nesse início de século.

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

As constatações acima se aplicam a realidade atual do SUS e, portanto, mudanças são necessários no modelo de atenção vigente, daí importância da organização das redes de atenção a partir de uma compreensão dos condicionantes de saúde no território e do papel do controle social para que se alcance a integralidade do cuidado em todos os níveis da atenção.

O documento “DIRETRIZES NACIONAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 2006”, redigido a partir da pergunta “Como buscamos a integralidade da vigilância com a atenção à saúde?”, apresenta um conjunto de diretrizes com o objetivo de direcionar o SUS para essa visão de integração com a Atenção Básica, considerada como eixo fundamental para a atuação da Vigilância em Saúde.

// *A Vigilância em Saúde, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.*

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias...

//

Por sua vez o MANUAL DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, editado pela SVS/MS em 2009, reforça o aspecto da integração entre os componentes da Vigilância em Saúde, ampliando o seu escopo, na medida em que afirma que “a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde”.

A GOVERNANÇA REGIONAL PARA O ACESSO E À INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE ENTRE OS SEUS COMPONENTES E ENTRE OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

A definição do processo de regionalização do SUS foi consolidada com a edição do Decreto 7508/2011, que “regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.”.

O referido Decreto define Região de Saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Ações e serviços de vigilância em saúde são inseridos como condição indispensável para a instituição de uma Região de Saúde, ao lado de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. A produção de informações de base local é uma condição “sine qua non” para a organização das redes de atenção regionalizadas e a vigilância tem um papel relevante nesse processo, pois detém o conhecimento sobre os determinantes e condições de saúde e com isso pode subsidiar as decisões relativas a regionalização, dimensionamento da rede e contribuir com dados epidemiológicos para as linhas de cuidado. A governança regional do sistema de saúde é um dos desafios que se apresenta para o processo de superação da fragmentação da vigilância em saúde e, ao mesmo tempo, é necessário se pensar em mecanismos de governança que promovam maior integração e coordenação do sistema.

A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DA SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO INSTITUCIONAL

O texto abaixo chama a consideração da importância fundamental de uma revisão crítica do processo de educação e formação profissional na área da vigilância em saúde para que o processo de integração se efetive, superando a visão fragmentada e departamentalizada hoje dominante.

A constituição e a consolidação próprias de cada uma das estruturas operacionais da “vigilância em saúde” (epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e dos processos formativos. Quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as ‘vigilâncias’ desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença.

Do mesmo modo, é importante adotar como referência para o projeto educativo o conceito de prática de saúde, o que significa privilegiar, num primeiro momento, as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e de ambos com as organizações e instituições (Paim & Almeida Filho, 2000).

Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar

a questão pedagógica. Cumpre assim aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos.

Essa maneira de colocar o problema da formação está em conformidade com os anseios do conjunto da sociedade, pois entende que as mudanças requeridas no modelo de atenção e nas práticas dará maior consistência ao sistema de saúde, assegurando assim o pleno direito a saúde a todos os brasileiros.

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM OS LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

Importante salientar o papel dos laboratórios de saúde pública na materialização das ações da vigilância em saúde, na medida em que viabilizam padrões técnicos e científicos indispensáveis à comprovação de situações da realidade da saúde pública e à fundamentação de políticas adequadas ao enfrentamento dos problemas constatados nos territórios.

A Portaria 2031/2004, criou o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB. A existência de uma rede laboratorial para a vigilância em saúde é estratégica e requer uma estrutura hierarquizada de sub-redes com graus de complexidade distintas, pois além de fornecer apoio ao diagnóstico, estes serviços manuseiam agentes patogênicos que exigem controle e segurança.

Os laboratórios têm a função de monitorar, acompanhar e validar o uso de tecnologias de diagnóstico rápido em toda a rede de atenção, assim como fornece suporte para a formação e capacitação de profissionais.

Na composição da rede de atenção os laboratórios de saúde pública são transversais aos três níveis de atenção e podem

constituir sítios sentinelas para o monitoramento de alguns agravos de relevância em saúde pública.

É preciso superar a situação de que os laboratórios de saúde pública respondam as demandas laboratoriais de monitoramento clínico do cuidado integral. Sua função é de atuar como suporte estratégico para responder a situações de saúde pública e prover os meios necessários para validação e incorporação de tecnologias inovadoras na área de diagnóstico.

É também necessário aprimorar a rede nacional de laboratórios de referência no sentido de que as demandas sejam atendidas oportunamente. O recente episódio do surto de febre amarela evidenciou a necessidade de fortalecer a capacidade instalada no país, bem como o estabelecimento de protocolos e fluxos que possibilitem com que os entes gestores do SUS obtenham os resultados em tempo oportuno para adequada tomada de decisão.

NECESSIDADES CONTEMPORÂNEAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O quadro sanitário do país, caracterizado pelas transições epidemiológica, demográfica e nutricional impõe novos desafios para além do conjunto de prioridades hoje definidas pela vigilância em saúde.

É imperativo que os agravos mentais, reconhecidos hoje enquanto o maior desafio global da saúde no Século XXI, passem 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.

A transição nutricional é um grande desafio à saúde pública contemporânea. 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 que necessitam de redo-

brada atenção e no desencadeamento de ações de vigilância voltadas à prevenção.

O desenvolvimento tecnológico está associado a riscos à saúde. A expansão da nanotecnologia, da química fina e dos organismos geneticamente modificados devem 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.

Perguntas:

- 1.** A partir dos problemas identificados no território, que estratégias podem gerar ações integradoras das vigilâncias?
- 2.** Como assegurar ações intersetoriais, com participação da comunidade, nas ações de vigilância desenvolvidas no território?
- 3.** Que alternativas sustentáveis são viáveis para superar o modelo químico-dependente de controle de vetores e seus agravos?
- 4.** Que alternativas sustentáveis são viáveis para superação do atual modelo nutricional inadequado?

Subeixo 3

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA PARA ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

O debate sobre Vigilância em Saúde favorece discutir formas de como combinar, da maneira mais integrada possível, os meios e as políticas públicas existentes para promover um novo padrão de saúde entendido também como qualidade de vida, bem como soluções para resolver problemas de saúde das pessoas e das coletividades.

Este propósito remete aos participantes da 1ª CNVS a tarefa de pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde de pessoas e coletividades. Trata-se de uma tarefa desafiadora, considerando que o sistema de vigilância em saúde foi construído majoritariamente por um corpo técnico-científico e político-institucional, que devido ao saber e práticas doutrinárias anteriores descolou-se e inviabilizou a participação popular.

Partindo da compreensão de que:

a) A saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza nas dimensões econômica, social, política, ambiental e cultural;

b) O atual contexto político-econômico-social-ambiental e sanitário do país indica a deterioração ou ameaça aos meios de reprodução da vida social ⁰¹;

01 a) Riscos ambientais: vetores, água (consumo e mananciais hídricos), esgoto, lixo (doméstico, industrial), poluição do ar, do solo e de recursos hídricos, transporte de produtos perigosos, etc. b) riscos ocupacionais: processo de produção, substâncias, intensidade, ritmo e ambientes de trabalho; c) riscos sociais: transporte, alimentos, substâncias psicoativas, violências, grupos vulneráveis, necessidades básicas insatisfeitas, etc.; d) riscos iatrogênicos: medicamentos, infecções hospitalares, sangue e hemoderivados, radiações ionizantes, tecnologias médico-sanitárias, procedimentos e serviços de saúde; e) riscos institucionais: creches, escolas, clubes, hotéis, motéis, portos, aeroportos, fronteiras, estações ferroviárias e rodoviárias, etc. (Paim & Teixeira, 1993).

c) A Vigilância em Saúde é importante ordenadora das ações de promoção e de proteção da saúde;

d) A participação da comunidade e a gestão participativa são princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde em todos os níveis, ações e serviços de saúde;

e) Uma política nacional de Vigilância em Saúde deve estar alinhada com as demais políticas específicas no âmbito do SUS, com destaque as políticas de equidade;

f) A comunicação em saúde, pautada nos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação) e que assegura processos de produção de informação e conteúdo, assim como estratégias de comunicação inclusivas, que combatam todas as formas de discriminação e reconheçam as diversidades do povo brasileiro, deve ser elemento essencial da Vigilância em Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde propõe que a 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 debate propositivo passa pelo desafio de pensar saídas para superar os dilemas da Vigilância em Saúde no âmbito do SUS; mas também de superar os dilemas relacionados à dicotomia entre vigilância em saúde e participação comunitária, ou mesmo a dicotomia entre o conhecimento técnico-científico e políticos-institucionais frente aos saberes e práticas populares. Essas limitações dificultam a construção de soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde.

Promover equidade em saúde requer compromisso com o imperativo ético-político de superação das desigualdades e das

injustiças sociais, dimensões intrínsecas ao respeito às diferenças e às diversidades de pessoas e grupos sociais, como fundamentam as políticas de equidade⁰² no SUS. Em outras palavras, respeito e cumprimento aos direitos humanos, à justiça social e à superação das desigualdades sociais.

As soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde devem ser pensadas para além dos muros do setor saúde. Estas vêm sendo engendradas na sociedade a partir de experiências de sociais, e envolvem indivíduos, grupos e movimentos sociais⁰³ que buscam superar o histórico de exclusão e de estigmas sociais.

Desde o final da década de 1980 que esses movimentos se inspiraram na radicalização da democracia, propuseram mudanças que passam pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, sobremaneira, na reorganização das práticas de saúde.

As experiências de enfrentamento à epidemia da AIDS, da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e dos Comitês de Mortalidade Materna representam importantes marcos político-institucionais do que deve vir a ser uma vigilância de base comunitária, democrática e participativa para enfrentamento das iniquidades.

Nessa perspectiva, cabe à 1ª CNVS a tarefa de propor um conjunto articulado de intervenções sociais, econômicas e ambientais

02 Políticas de Equidade do SUS tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. No âmbito do SUS, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. O princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. www.pensesus.fiocruz.br/equidade

03 No Brasil existem políticas e programas de saúde em acordo com a pluralidade da população: trabalhador e trabalhadora, indígenas, mulheres, idosos, negros, do campo das florestas e das águas, LGBT, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência e com patologias, dentre outros.

visando a redução de riscos e agravos em saúde, contribuindo para repensar o modelo de desenvolvimento social e econômico e o modelo de atenção à saúde ainda hegemônicos no país.

Pensar cidades saudáveis – ou mesmo territórios saudáveis e sustentáveis - é uma agenda que deve ser levada em conta quando da construção de uma política nacional de Vigilância em Saúde.

Este debate ganhou envergadura por ocasião da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental promovida em 2009⁰⁴. Estas agendas ajudam a pensar o papel da VS para além dos muros do SUS.

Implicam ainda debater uma nova concepção de gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades [e áreas rurais⁰⁵] onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (Westphal, 1997; Malik, 1997, Keinert, 1997; Ferraz, 1999; RADIS, 2000 Apud PAIM, J.).

O conhecimento e a participação dos trabalhadores são essenciais aos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras de riscos e agravos relacionados ao trabalho. Requer o fortalecimento da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social”Outro aspecto importante para a efetivação da Vigilância em Saúde participati-

04 1ª CNSA promovida pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional das Cidades, Conselho Nacional do Meio Ambiente, Brasília/DF, 2

05 Inclusão da relatoria da 1ª CNVS.

va e democrática para o enfrentamento das iniquidades sociais em saúde é a conquista do Direito à Comunicação em Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde promoveu em abril de 2017 a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde da qual destaca-se que:

É fundamental que a comunicação permita que trabalhadoras e trabalhadores e a população em geral se apropriem das informações, discutam e legitimem o direito à saúde. A comunicação é central para a formação de uma consciência sanitária. A apropriação e a troca de informações em saúde trazem responsabilidades para a população sobre sua saúde e a saúde coletiva. A Comunicação deve contribuir para o crescimento e aprimoramento do SUS, ao elevar a capacidade do exercício do controle social.

Reitera-se, portanto, que pensar uma política nacional de Vigilância em Saúde de forma participativa e democrática requer repensar o modelo de atenção à saúde, imbuída de novos sentidos e significados à cidadania e à democracia brasileiras.

Perguntas:

Perguntas

1. Quais alterações seriam necessárias nos modelos de atenção ou de intervenção em saúde para melhor identificar e superar as iniquidades, considerando as respostas às necessidades sociais em saúde de seu território?
2. Em que situações devem-se assegurar a participação ativa da comunidade e do controle social nas ações e serviços da vigilância em saúde? Como utilizar a Comunicação em Saúde?

- 3.** Como desenvolver a estratégia da promoção em saúde e como lhe dar um alcance intersetorial efetivo enquanto motor de formulação de políticas públicas capazes de gerar um novo padrão de saúde e de qualidade de vida?
- 4.** Como organizar e integrar as ações de vigilância sanitária ao conjunto das intervenções do sistema de saúde, para proteger a qualidade de vida das pessoas e garantir a qualidade dos produtos, serviços e ambientes, fundamentais para o cuidado à saúde?
- 5.** Como garantir que as necessidades sociais definam os parâmetros operacionais do modelo assistencial, que por sua vez orientem as opções do modelo de gestão?
- 6.** Como os processos de educação permanente para o controle social podem contemplar a temática da vigilância em saúde e promover a participação popular?
- 7.** Que estratégias podem ser utilizadas para que a informação da vigilância em saúde seja um bem público disponível oportunamente à sociedade visando a possibilidade de escolhas de promoção e de proteção à saúde?

**DIRETRIZES
METODOLÓGICAS
PARA A 1ª
CONFERÊNCIA
NACIONAL DE
VIGILÂNCIA EM
SAÚDE**

I – DOS OBJETIVOS, TEMA CENTRAL E EIXOS DE DISCUSSÃO

1 - A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) tem como objetivos:

I - Propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento das ações de Promoção e Proteção;

II - Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, centrada no direito à Proteção da Saúde, e alicerçada em um SUS público e de qualidade;

III - Definir o papel da Vigilância em Saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;

IV - Fortalecer o território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da Vigilância em Saúde;

V - Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde;

VI - Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde, redução de riscos, prevenção e controle de agravos e doenças, inclusive as negligenciadas;

VII - Fortalecer a participação social na Vigilância em Saúde;

VIII - Discutir as responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde.

2 - A 1ª CNVS tem como tema central: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade” e eixo principal: “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro”.

3 - Os Subeixos temáticos da 1ª CNVS, definidos na Resolução CNS nº 535/2016, estão agrupados da seguinte forma:

I - Subeixo 1 - O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS

II - Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde

III - Subeixo 3 - Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde.

IV - Subeixo 4 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde

3.1. O Documento Orientador da 1ª CNVS, de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão Organizadora, da Comissão Executiva e da Comissão de Formulação e Relatoria, com base no eixo e subeixos temáticos da 1ª CNVS e deverá considerar as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde.

3.2. Os eixos e subeixos poderão sofrer ajustes, respeitando o debate acumulado pelo Conselho Nacional de Saúde.

II – DA PARTICIPAÇÃO

1 – A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados e de convidadas e convidados das Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal (DF) e Nacional da 1ª CNVS, buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

a) de gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

b) étnico-raciais, em especial da população negra e indígena, bem como das comunidades originárias e tradicionais, respeitado seu peso demográfico e suas especificidades regionais e locais;

c) das populações rurais, do campo e da floresta, das águas e das periferias urbanas;

d) de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados; e

e) de grupos, associações e movimentos de pessoas com deficiência, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

2 – A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados à Etapa Estadual e do Distrito Federal e à Etapa Nacional, quando possível, promoverá o mínimo de 50% de mulheres em cada delegação.

3 – A representação nas Etapas Municipal e ou Macrorregional, Estadual e do Distrito Federal e na Etapa Nacional da 1ª CNVS será obrigatoriamente constituída por:

a) 50% de representantes de usuárias e usuários,

b) 25% de representantes das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde; e

c) 25% de representantes de gestoras e gestores e prestadores de serviços de saúde.

4 – Os debates sobre o tema e os eixos temáticos da Conferência serão apoiados por Documento Orientador aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

5 – Em todas as Etapas da 1ª CNVS deverá ser assegurada plena acessibilidade, acolhimento e respeito adequados a todos os participantes, especialmente às pessoas com deficiências, considerando aspectos arquitetônicos, programáticos, comunicacionais e alimentares, dentre outros.

6 – A realização de Conferências Livres deve observar os dispositivos da resolução nº 547 de 09 de junho de 2017.

III – DIRETRIZES PARA A ETAPA MUNICIPAL E/OU MACRORREGIONAL

1 - Cada Município, e/ou macrorregião, realizará sua Conferência de Vigilância em Saúde, compreendida como Etapa Municipal e/ou macrorregional da 1ª CNVS.

2 – A Etapa Municipal e/ou Macrorregional poderá contar com Plenárias ou Pré-Conferências locais, distritais ou (macro) regionais, desde que previstas em Regimento aprovado pelo Pleno do Conselho Municipal e ou Estadual de Saúde.

3 – Todas as etapas preparatórias e as Conferências deverão ter ampla divulgação, sendo abertas à participação de todas e todos.

4 – Os debates da Etapa Municipal e/ou Macrorregional terão como referência o Documento Orientador, compreendido como instrumento de apoio ao debate, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos que venham a ser elaborados pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

5 – A programação de cada Conferência deve ser elaborada considerando o tema, o eixo principal e subeixos e os objetivos da 1ª CNVS, descritos no item I desta Resolução, que orientarão a organização de atividades que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos e subeixos, em suas várias dimensões.

6 – O eixo principal e subeixos poderão ser trabalhados de modo agregado, desde que garantido o debate de todos os temas propostos, preferencialmente em Grupos de Trabalho, cujos resultados devem ser sistematizados, por eixos temáticos e subeixos, e levados à Plenária Final.

7- A Comissão de Organização e ou Conselho de Saúde responsável pela realização das etapas Municipais e ou Macrorregionais deve encaminhar o Relatório Final de sua respectiva conferência com o conjunto de propostas de âmbito regional, estadual e

nacional à Comissão Organizadora da Etapa Estadual até o dia 31 de agosto de 2017.

7.1 – Os relatórios das Conferências Municipais e ou Macrorregionais de Vigilância em Saúde devem ser cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

8 – Estimula-se que os Municípios utilizem, em especial nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final, metodologia semelhante à da Etapa Estadual e Nacional, apresentadas nos itens IV e V desta Resolução.

IV – DIRETRIZES PARA A ETAPA ESTADUAL E DO DF

1 – Cada Estado e o Distrito Federal realizarão suas Conferências de vigilância em Saúde, compreendidas como Etapa Estadual e do Distrito Federal da 1ª CNVS.

2 – Todas as Conferências Estaduais e do Distrito Federal, assim como toda e qualquer outra iniciativa da Etapa Estadual e do Distrito Federal deverão ter ampla divulgação dos objetivos e dos eixos da 1ª CNVS.

3 – Os debates da Etapa Estadual e do Distrito Federal terão como apoio o Relatório Consolidado da Etapa Municipal e/ou Macrorregionais e das Regiões de Saúde do Distrito Federal, a ser elaborado pelas Comissões de Relatoria das Conferências Estaduais e do Distrito Federal, e o Documento Orientador aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos.

4 – A programação de cada Conferência Estadual e da Conferência do Distrito Federal deve ser elaborada considerando o tema, o eixo principal e subeixos e os objetivos da 1ª CNVS, descritos no item I desta Resolução, que orientarão a organização de

atividades que permitam e estimulem a participação e o livre debate do eixo principal e subeixos, em suas várias dimensões.

5 – O eixo principal e subeixos poderão ser trabalhados de modo agregado, desde que garantido o debate de todos os temas propostos, através de plenária ou grupos de trabalho, cujos resultados devem ser sistematizados, por eixo principal e subeixos, e levados à Plenária Final.

6 – Os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal devem encaminhar seu respectivo Relatório Final à Comissão Organizadora da Etapa Nacional, exclusivamente por meio eletrônico, no endereço e-mail (colocar o endereço) da 1ª CNVS, até 10 dias da realização da referida etapa.

6.1 – Os relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal devem ser cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

V – DIRETRIZES PARA A ETAPA NACIONAL

1 - A Etapa Nacional da 1ª CNVS será composta por grupos de trabalho, precedidos por atividades livres e painéis que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões, e pela Plenária Final.

2 - A Comissão de Formulação e Relatoria elaborará o Relatório Nacional Consolidado a ser apresentado e votado nos Grupos de Trabalho.

2.1 – O Relatório Nacional Consolidado irá conter a sistematização dos Relatórios das etapas estaduais e de Distrito Federal, organizado na forma de diretrizes e propostas.

3 - Garantida a paridade das Delegadas e dos Delegados por segmento – usuárias e usuários (50%), trabalhadoras e trabalhadores da saúde (25%) e gestoras e gestores e prestadores de serviço (25%) – os Grupos de Trabalho serão divididos pelos eixos

temáticos 1, 2, 3 e 4 ficando cada grupo responsável pela análise e propostas relacionadas ao respectivo tema, sendo que cada subeixo deverá ser discutido por 4 (quatro) grupos de trabalho.

3.1 O eixo principal será discutido por todos os Grupos de Trabalho.

3.2 A composição de Delegadas e de Delegados nos Grupos de Trabalho será proporcional às delegações dos Estados e do Distrito Federal.

4 – Das propostas

I - serão consideradas aprovadas as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais 01 (um) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, compondo o Relatório Final da 1ª CNVS. Salvo que não apresente conflito com outra proposta aprovada ou que ainda esteja para análise da plenária final;

II - serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final as propostas que obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos metade mais 01 (um) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático,

III - serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final as propostas que obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em 02 (dois) Grupos de Trabalho e obtiver 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos 01 (um) dos outros grupos de trabalho

IV - serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final as propostas com 70% ou mais de votos favoráveis em 02 (dois) Grupos de Trabalho e mais de 50% e menos de 70% de votos favoráveis em pelo menos 01 (um) dos outros Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático,

V - serão consideradas não aprovadas as propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários.

4.1 - A Comissão de Formulação e Relatoria promoverá a análise de todas as propostas aprovadas nos grupos de trabalho, identificando as propostas conflitantes, enviando em seguida para apreciação e deliberação da plenária final.

5 - Nos Grupos de Trabalho somente serão discutidas as propostas que constarem do Relatório Consolidado da Etapa dos Estados e do DF, não sendo aceitas novas propostas.

6 - O Regulamento da Etapa Nacional da 1ª CNVS será objeto de consulta virtual, cujos resultados serão sistematizados pela Comissão Organizadora e apresentados ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde até 10 de novembro de 2017, nos termos de seu Regimento.

FICHA TÉCNICA

Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde:

Presidente: Ronald Ferreira dos Santos
Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)

André Luiz de Oliveira
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)

Edmundo Dzuaiwi Omoré
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)

Francisca Rêgo Oliveira Araújo
Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFÍSIO)

Geordeci Menezes de Souza - Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Jurandi Frutuoso Silva
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)

Neilton Araújo dos Santos
Ministério da Saúde (MS)

Comissão Executiva

Denise Rinehart
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Pedro Ivo Sebba Ramalho
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Daniela Buosi
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Fernando Zasso Pigatto
Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Neide Rodrigues dos Santos
Secretaria Executiva (CNS)

Ronald Ferreira dos Santos
Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)

Comissão Organizadora

Coordenador Geral:
Ronald Ferreira dos Santos
Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)

Coordenador Geral Adjunto:
Fernando Zasso Pigatto
Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)

Alex Gomes da Motta
Pastoral da Saúde Nacional

André Luiz de Oliveira
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Bráulio César de Sousa
Conselho Federal de Farmácia (CFF)

Geordeci Menezes de Souza
Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Gilson Silva Joel Majerowicz
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Jose Vanilson Torres da Silva
Movimento Nacional de População de Rua (MNPR)

Kandice Falcão
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Nelcy Ferreira da Silva
Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)

Nereu Henrique

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CO-NASS)

Oriana Bezerra Lima

Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV)

Renato Almeida de Barros

Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS)

Rogério de Jesus Santos

Força Sindical (FS)

Sônia Maria Feitosa Brito

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Vanja Andréia Reis dos Santos

União Brasileira de Mulheres (UBM)

Wanderley Gomes da Silva

Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Comissão de Comunicação e Mobilização

Coordenador: **Fernando Zasso Pigatto**

Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Adriane Cruz

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CO-NASS)

André Luiz de Oliveira

Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Artur Custódio Moreira de Sousa

Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)

Carlos Estenio Freire Brasilino

Ministério da Saúde/Anvisa

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)

Edson Antônio Donagema

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Etieno de Sousa Pereira

Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB)

Geordecí Menezes de Souza

Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Gilson Silva

Força Sindical

Ismael Gianeri

Fórum das Centrais

Jose Vanilson Torres da Silva

Movimento Nacional de População de Rua (MNPR)

Kandice Falcão

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Marcelo Eliseu Sipioni

Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)

Márcia Turcato

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Maria Laura Carvalho Bicca

Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS)

Nelcy Ferreira da Silva

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)

Rafael Vieira da Silva

Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Vanja Andréia Reis dos Santos

União Brasileira de Mulheres (UBM)

Wanderley Gomes da Silva

Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Comissão de Formulação e Relatoria

Coordenador: **Guilherme Franco Netto**
Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)

Davi Vital do Rosário
Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL)

Edson Antônio Donagema
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Eduardo Bonfim
Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)

Geordeci Menezes de Souza
Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Gilberto Salviano da Silva
Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Ivo Ferreira Brito
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Jorge Mesquita Huet Machado
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/MS)

Juliana Acosta Santorum
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)

Reginaldo Muniz
Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)

Rilke Novato Públis
Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)

Colaboradoras Convidadas

Maria da Graça Hertel

Maria do Socorro de Souza

Coordenador: **Fernando Zasso Pigatto**
Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (CIVS/CNS)

1ª Coordenadora Adjunta:
Oriana Bezerra Lima
Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV)

2º Coordenador Adjunto:
Artur Custódio Moreira de Sousa
Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)

Titulares

Alex Gomes da Motta
Pastoral da Saúde Nacional

Bráulio César de Sousa
Conselho Federal de Farmácia (CFF)

Davi Vital do Rosário
Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL)

Domingos Jesus de Souza
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS)

Gessyanne Vale Paulino
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Gilene José dos Santos
Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos (SINTAPI/CUT)

Jose Vanilson Torres da Silva
Movimento Nacional de População de Rua (MNPR)

José Wilson de Souza Gonçalves
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)

Lenilton Silva da Silveira Júnior
Associação Nacional de Pós-Graduandos

Marcelo Eliseu Sipioni
Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)
Maria Lucineide Paiva dos Santos

Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA)

Nereu Henrique Mansano

Conselho Nacional de Secretários De Saúde (CONASS)

Rogério de Jesus Santos

Força Sindical (FS)

Shirley Marshal Díaz Morales

Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE)

Vanja Andréia Reis dos Santos

União Brasileira de Mulheres (UBM)

Vencelau Jackson da Conceição Pantoja

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
Suplentes

Edson Antônio Donagema

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Erika Pereira de Souza

Rede Lai Lai Apejo

Etieno de Sousa Pereira

Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB)

Guilherme Franco Netto

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

Ivo Ferreira Brito

Ministério da Saúde (MS)

Maria Laura Carvalho Bicca

Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS)

Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Associação de Diabetes Juvenil (ADJ)

Nicea Lopes Carvalho

Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS Sindical)

Rilke Novato Público

Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)

Tatiane Fernandes Portal de Lima

Ministério da Saúde (MS)

Viviane Coelho Loureço

Confederação Nacional de Indústria (CNI)

Assessoria Técnica

Maria Eugênia Carvalhaes Cury

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)

Viviane Claudino

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)

Wagner Muniz

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)

ANEXOS

PORTARIA Nº 1.017, DE 11 DE MAIO DE 2016.

RESOLUÇÃO Nº 535, DE 19 DE AGOSTO DE 2016.

RESOLUÇÃO Nº 539, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2016.

RESOLUÇÃO N.º 547 DE 12 DE MAIO DE 2017

PORTARIA

Nº 1.017, DE 11 DE MAIO DE 2016

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de avaliar e discutir a Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS, resolve:

Art. 1º Fica convocada a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, a se realizar no período de 25 a 28 de abril de 2017, em Brasília, Distrito Federal, com o tema: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade”.

Art. 2º A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º As etapas preparatórias da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde serão realizadas no período de agosto de 2016 a março de 2017.

Art. 4º O Regimento e a Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde serão aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e homologados mediante portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º As despesas com a organização e realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Agenor Álvares Da Silva

RESOLUÇÃO Nº 535, DE 19 DE AGOSTO DE 2016.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, resolve:

Aprovar o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS, convocada pela Portaria GM/MS nº. 1.017 de 11 de maio de 2016, tem como objetivo propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde.

CAPÍTULO II

Seção I - DA REALIZAÇÃO

Art. 2. A 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como Conferências Livres, conforme abaixo:

I - Etapa Nacional - de 21 a 24 de novembro de 2017;

II - As etapas preparatórias às Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal e Nacional como: Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas de agosto de 2016 até o início das referidas etapas;

III - As etapas Municipais e/ou Macrorregionais Estaduais/Distrito Federal serão definidas posteriormente através de resolução do CNS;

IV - O cronograma geral da 1ª CNVS será aprovado por meio de Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º. Compõe a etapa preparatória da 1ª CNVS:

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

7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA;

VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT;

20ª Plenária Nacional de Saúde e Movimentos Sociais.

§ 2º. Considera-se Macrorregião, para fins desta Conferência, aquelas definidas no Plano Diretor de Regionalização de Saúde ou conforme determinação do Conselho Estadual/Distrito Federal de Saúde.

§ 3º. A Etapa Estadual/Distrito Federal será precedida de Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, e a Etapa Nacional será precedida de Conferências Estaduais.

§ 4º Os Conselhos Estaduais/Distrito Federal de Saúde deverão informar à Comissão Organizadora Nacional, o cronograma de realização das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal.

§ 5º. O não cumprimento dos prazos e/ou realização das etapas previstas neste artigo, por algum Município, Macrorregião, Estado e Distrito Federal, não constituirá impedimento para a realização da Etapa Nacional.

SEÇÃO II - DA ETAPA MUNICIPAL E/OU MACRORREGIONAL

Art. 3º. A Etapa Municipal e/ou Macrorregional terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e elaborar propostas para o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde.

Parágrafo Único. A Comissão de organização e ou Conselho de Saúde responsável pela realização da etapa emitirá Relatório da Etapa Municipal e/ou Macrorregional, juntamente com a lista dos Delegados eleitos para a Etapa Estadual/Distrito Federal, considerando-se os prazos previstos no Regimento da Conferência Estadual.

Art. 4º. O Conselho Estadual/Distrito Federal de Saúde coordenará as Conferências Macrorregionais de Vigilância em Saúde, devendo convocar os Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião para compor a organização.

§1º. Havendo Conferência Municipal de Vigilância em Saúde, caberá ao respectivo Conselho Municipal de Saúde a sua coordenação.

§2º. No caso do Distrito Federal, a realização das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais deverá obedecer à sua estrutura de organização jurídico-administrativa.

§3º. Nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais serão eleitas, de forma paritária, as delegadas e os delegados que participarão da conferência Estaduais/Distrito Federal, conforme a Resolução do CNS nº 453/2012.

SEÇÃO III - DA ETAPA ESTADUAL

Art. 5º. A Etapa Estadual/Distrito Federal terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e nos Relatórios das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, elaborar propostas para Estados e União, e encaminhar à Comissão Organizadora Nacional o respectivo Relatório Final.

Parágrafo único. Deverá constar no relatório final da etapa Estadual/Distrito Federal o quantitativo de participantes de todas as atividades realizadas referente à Etapa Municipal e/ou Macrorregional e das Conferências Livres.

Art. 6º. Os Conselhos Estaduais/Distrito Federal de Saúde definirão o número de delegados (as) por Município e/ou Macrorregionais que participarão da Etapa Estadual/Distrito Federal, observando-se a paridade prevista na Resolução nº. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 7º. Na Etapa Estadual/Distrito Federal só poderão participar os Delegados (as) eleitos (as) nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, os Delegados (as) eleitos (as) pelo Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal e convidados (as), obedecendo à paridade prevista na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

§1º. Os (as) Delegados (as) eleitos (as) pelo Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal são:

Conselheiros (as) estaduais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do titular;

Representantes de entidades/instituições.

§2º. O número de Conselheiros (as) estaduais, somado ao número de representantes de entidades/instituições, não poderá ultrapassar o percentual de 20% (vinte por cento) do total dos Delegados(as) eleitos(as) nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais.

§3º Os (as) Delegados(as) previstos no inciso I e II do §1º serão apresentados e homologados pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal.

§4º Os(as) delegados(as) referidos(as) no inciso III do §1º deverão ser eleitos pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal, mediante proposta formulada pela Comissão Executiva, em âmbito estadual.

Art. 8º. As inscrições dos(as) Delegados(as) da Etapa Estadual, eleitos para participarem da 1ª CNVS serão realizadas pelas comissões organizadoras das Conferências Estaduais/Distrito Federal.

SEÇÃO IV - DA ETAPA NACIONAL

Art. 9º. A Etapa Nacional terá por objetivo analisar o consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais/Distrito Federal para o fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde.

Art. 10. Na Etapa Nacional participarão somente os(as) Delegados(as) eleitos(as) nas Conferências Estaduais (Distrito Federal), os(as) Delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho Nacional de Saúde, obedecendo a paridade prevista na Resolução nº. 453/2012 do CNS, e convidados (as).

§1º Os(as) Delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho Nacional de Saúde são:

I - Conselheiros(as) nacionais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do titular;

II - Conselheiros(as) nacionais suplentes, um por composição;

III - Representantes de entidades/instituições.

§2º. O número de Conselheiros(as) nacionais, somado ao número de representantes de entidades/instituições, não poderá ultrapassar o percentual de 20% (vinte por cento) do total dos(as) Delegados(as) eleitos(as) nas Etapas Estaduais.

§3º. Os delegados previstos no inciso I e II do §1º serão apresentados e homologados no Pleno do CNS.

§4º. Os(as) delegados(as) referidos(as) no inciso III do §1º deverão ser eleitos pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, mediante proposta formulada pela Comissão Executiva, em âmbito nacional, da 1ª CNVS.

Art. 11. A 1ª CNVS será realizada em Brasília/DF.

Parágrafo Único. A Programação da 1ª CNVS será proposta pela Comissão Organizadora, aprovada pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde e anexada ao Regulamento.

SEÇÃO V - DAS CONFERÊNCIAS LIVRES

Art. 12. As Conferências Livres poderão ser organizadas pelos segmentos de usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as)/prestadores(as), como também, pela representação social a que pertencem (Ex.: juventude, população negra, pescadores(as), catadores(as) de materiais recicláveis, enfermeiros(as), indígenas, pessoas com deficiência, pessoas vivendo com HIV/AIDS, dentre outras), podendo ser constituídas no âmbito Municipais, Intermunicipais, Regionais, Macrorregionais, Estaduais, Distrital e/ou Nacional, com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos.

Parágrafo Único: As conferências livres não elegem Delegados(as). Seu principal objetivo é apresentar sugestões pelo(s) eixo(s) temático(s) debatido(s) à Comissão Organizadora da Etapa correspondente.

CAPÍTULO III

DO TEMÁRIO

Art. 13. O tema central da Conferência, que orientará as discussões nas distintas etapas da sua realização, será “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade”, a ser desenvolvido um eixo principal e em subeixos.

§1º O eixo principal da 1ª CNVS será Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Prevenção da Saúde do povo Brasileiro. “Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

Os subeixos da 1ª CNVS:

I - O papel da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde.

II - Acesso e Integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.

III - Acesso e Integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.

IV - Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde;

V - Gestão de risco de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população;

VI - Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; e

VII - Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas.

VIII - A participação social no fortalecimento da Vigilância em Saúde

§2º. O Documento Orientador da 1ª CNVS, de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão Organizadora, da Comissão Executiva e da Comissão de Formulação e Relatoria, com base no eixo e subeixos temáticos da 1ª CNVS e deverá considerar as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde.

§3º. Os eixos e subeixos poderão sofrer ajustes, respeitando o debate acumulado pelo Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 14. A 1ª CNVS será presidida pelo Ministro de Estado de Saúde, com Coordenação Geral da Presidência do Conselho Nacional de Saúde e Coordenação Geral-Adjunta do coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde.

Art. 15. O funcionamento da Etapa Nacional da 1ª CNVS se dará através da realização de Oficinas, constituição de Grupos de Trabalho e de uma Plenária Final.

Parágrafo único: após a realização da etapa Nacional, por um período de 1 (um) ano, o sistema de conselhos de saúde desenvolverá atividades de monitoramento e devolutivas das deliberações da 1ª CNVS.

Art. 16. Os relatórios das Conferências Estaduais/Distrito Federal deverão ser apresentados à Comissão Organizadora Nacional da 1ª CNVS, até 10 dias do término da referida etapa.

§1º. Os Relatórios das Etapas Estaduais/Distrito Federal deverão conter, no máximo, 12 (doze) propostas prioritárias de abrangência Nacional, sem número mínimo de propostas por subeixos, a serem apresentadas em papel tamanho A4, fonte tipo Arial, tamanho 12 e espaço duplo.

§2º. Caberá à Comissão de Formulação e Relatoria elaborar o Relatório Consolidado das Etapas Estaduais/Distrito Federal, a ser publicado e distribuído para subsidiar a Etapa Nacional da 1ª CNVS.

§3º. A Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS consolidará as propostas dos Relatórios Estaduais/Distrito Federal, considerando as que se relacionam com o tema central, em um total de doze propostas.

CAPÍTULO V

DAS COMISSÕES

Art. 17. A 1ª CNVS será conduzida pelas seguintes comissões:

- a. Comissão Executiva;
- b. Comissão Organizadora;
- c. Comissão de Comunicação e Mobilização; e
- d. Comissão de Formulação e Relatoria.

§1º. A Comissão Executiva terá os seguintes representantes:

- I - Coordenador - Presidente do Conselho Nacional de Saúde;
- II - Secretário(a) Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde;

III - Coordenador Geral-Adjunto: Coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde;

IV - 1 (um) membro do Ministério da Saúde;

V - 1 (um) membro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS;

VI - 1 (um) membro do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde –CONASEMS;

VII - 1 (um) membro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

§2º. A Comissão Organizadora da 1ª CNVS será composta por 16 (dezesesseis) membros podendo ou não ser Conselheiro(as), conforme descrito abaixo:

I - 01 (um) representante do Ministério da Saúde;

II - 01 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS;

III - 01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;

IV - 01 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V - 06 (seis) representantes da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS;

VI - 02 (dois) representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e

VII - 04 (quatro) conselheiros aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 2 (dois) usuários e 2 (dois) trabalhadores.

§3º. A Comissão de Organizadora apresentará ao Pleno do CNS proposta de composição para as Comissões de Comunicação e Mobilização e a Comissão de Formulação e Relatoria.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 18. À Comissão Executiva compete:

I - Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

II - Subsidiar e apoiar a realização das atividades das demais Comissões;

III - Garantir as condições da infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CNVS;

IV - Propor e viabilizar a execução do orçamento e providenciar as suplementações orçamentárias;

V - Prestar contas à Comissão Organizadora dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões nacionais na partici-

pação das etapas preparatórias, Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal;

VI - Propor as condições de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CNVS, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, Internet, fax, dentre outros), hospedagem, transporte, alimentação e outras;

VII - Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 1ª CNVS; e

VIII - Propor a lista dos convidados e Delegados(as) referidos no §1º do artigo 10, obedecendo a paridade prevista na Resolução nº. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A Comissão Executiva deverá participar de todas as reuniões da Comissão Organizadora.

Art. 19. À Comissão Organizadora da 1ª CNVS compete:

I - Promover, coordenar e supervisionar a realização da 1ª CNVS, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentando as propostas para deliberação do Conselho Nacional de Saúde;

II - Elaborar e propor:

a. O Regulamento da 1ª CNVS;

b. Apreciar a prestação de contas realizada pela Comissão Executiva; e

c. Resolver as questões julgadas pertinentes não previstas nos itens anteriores.

III - Acompanhar a disponibilidade da organização, da infraestrutura e do orçamento da Etapa Nacional; e

IV - Estimular, monitorar e apoiar a realização das Etapas Preparatórias, Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal de Vigilância em Saúde.

Art. 20. À Comissão de Formulação e Relatoria compete:

I - Elaborar e propor o método para consolidação dos Relatórios das Etapas Estaduais/Distrito Federal e da Plenária Final da Etapa Nacional;

II - Consolidar os Relatórios da Etapa Estadual/Distrito Federal;

III - Propor nomes para compor a equipe de relatores da Plenária Final;

IV - Elaborar o Relatório Final da 1ª CNVS;

V - Propor metodologia para a etapa final da 1ª CNVS;

VI - Propor, encaminhar e coordenar a publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a 1ª CNVS; e

VII - Estimular e acompanhar o encaminhamento, em tempo hábil, dos Relatórios das Conferências Estaduais à Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS.

Parágrafo único - A Comissão de Formulação e Relatoria trabalhará articulada com a Comissão de Comunicação e Mobilização e com a Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde na produção dos textos para a 1ª CNVS.

Art. 21. À Comissão de Comunicação e Mobilização compete:

I - Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 1ª CNVS, incluindo imprensa, Internet e outras mídias;

II - Promover a divulgação do Regimento e do Regulamento da 1ª CNVS;

III - Orientar as atividades de comunicação social da 1ª CNVS;

IV - Apresentar relatórios periódicos das ações de comunicação e divulgação, incluindo recursos na mídia;

V - Divulgar a produção de materiais, da programação e o Relatório Final da 1ª CNVS;

VI - Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes nas etapas das 1ª CNVS;

VII - Estimular a realização de atividades para discussão do Documento Orientador; e

VIII - Estimular a realização de Seminários Mobilizadores.

Parágrafo único - A Comissão de Comunicação e Mobilização trabalhará articulada com a Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde no desenvolvimento das ações da 1ª CNVS.

CAPÍTULO VII

DOS PARTICIPANTES

Art. 22. A 1ª CNVS contará com os seguintes participantes, conforme distribuição constante do Anexo I deste Regimento, que será publicado em resolução posterior:

a. Delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho Nacional de Saúde, com direito a voz e voto;

b. Delegados(as) eleitos(as) na Etapa Estadual da 1ª CNVS, conforme previsto no Anexo I deste Regimento, com direito a voz e voto; e

c. Convidados(as), com direito a voz.

§1º. No processo eleitoral para a escolha de Delegados(as), deverão ser eleitos(as) Delegados(as) suplentes, no total de 30% (trinta por cento) das vagas de cada segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do(a) Delegado(a) suplente, assim caracterizado no conjunto dos delegados(as) inscritos(as), à Comissão Organizadora da 1ª CNVS;

§2º. Serão convidados(as) para a 1ª CNVS representantes de ONGs, entidades, instituições nacionais e internacionais e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância em Vigilância em Saúde e setores afins, num percentual máximo de até 10% (dez por cento) do total de Delegados(as) Eleitos(as) (nos Estados e no Distrito Federal), que serão indicados pela Comissão Executiva, e aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

§3º. A lista de convidados(as) será concluída até 90 (noventa) dias anterior a data de realização da Etapa Nacional.

Art. 23. As inscrições dos(as) Delegados(as) para a Etapa Nacional da 1ª CNVS deverão ser feitas junto à Comissão Organizadora até 90 (noventa) dias antes da data de realização da Etapa Nacional.

Art. 24. A comunicação dos(as) Delegados(as) Suplentes Eleitos(as) em substituição aos Delegados(as) Titulares Eleitos(as) poderá ser realizado até 15 (quinze) dias antes da data de realização da Etapa Nacional.

Art. 25. Os participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 1ª CNVS, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

CAPÍTULO VIII

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 26. As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 1ª CNVS caberão à dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde.

§1º. O Ministério da Saúde arcará com as despesas referentes à hospedagem e alimentação de todos os Delegados(as) e convidados(as).

§2º. As despesas com o deslocamento dos Delegados(as) Estaduais/Distritais de seus Estados e regiões de origem até Brasília serão de responsabilidade da respectiva unidade federada.

§3º. As despesas com o deslocamento dos representantes de entidades/instituições eleitos Delegados(as) pelo Conselho Nacional de Saúde da cidade de origem até Brasília serão de responsabilidade das Entidades que representam.

§4º. As despesas com as Conferências Municipais e/ou Macrorregionais poderão ser custeadas pelos Fundos Municipais de Saúde e/ou.

§5º. As Despesas com as Conferências Estaduais/Distrito Federal serão custeadas pelo Fundo Estadual de Saúde.

§6º. Os(as) Delegados(as) Suplentes Eleitos(as) somente terão direito à hospedagem e à alimentação, pagas pelo Ministério da Saúde, quando configurado o seu credenciamento enquanto Delegado(a), em substituição ao Delegado(a) Titular Eleito(a).

CAPÍTULO IX

DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 27. São instâncias de decisão na Etapa Nacional 1ª CNVS:

I - Os grupos de trabalho; e

II - Plenária Final.

§1º. A proposta de regulamento da Etapa Nacional será divulgada nos Conselhos Estaduais e Conselho do Distrito Federal e submetida a consulta virtual, por um período de trinta dias.

§2º. As sugestões obtidas da consulta virtual a que se refere o §1º deste artigo serão sistematizadas pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.

§3º. O regulamento da Etapa Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora após consulta virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, na Reunião do Pleno do CNS, anterior a realização da Etapa Nacional.

§4º. Os grupos de trabalho serão compostos paritariamente por Delegadas e Delegados nos termos da Resolução CNS nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde com participação de convidadas e de convidados, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§5º. Os grupos de trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional consolidado.

§6º. A Plenária Final tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do relatório consolidado dos grupos de trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional.

Art. 28. O Relatório Final da Conferência conterà as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho e as propostas e Moções aprovadas na Plenária Final da Etapa Nacional, devendo conter diretrizes nacionais para o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde.

Parágrafo único. O Relatório, aprovado na Plenária Final da 1ª CNVS, será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde, devendo ser amplamente divulgado, servindo de base para a etapa de monitoramento.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 29. A metodologia para a 1ª CNVS será objeto de Resolução do Conselho Nacional de Saúde

Art. 30. O Regimento das conferências municipais e/ou macrorregionais e estaduais/Distrito Federal terão como referência o Regimento da Etapa Nacional.

Art. 31. Os Estados e o Distrito Federal devem respeitar a distribuição de vagas previstas neste Regimento.

Art. 32. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.

Art. 33. As dúvidas quanto à aplicação deste Regimento nas Etapas Municipais e/ou Macrorregionais, Estaduais/Distrito Federal e Nacional serão esclarecidas pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.

Ronald Ferreira dos Santos

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS N°. 535, de 19 de agosto de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

Ricardo Barros

Ministro de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO Nº 539, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2016.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata, resolve:

Aprovar o Cronograma da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) e publicar o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª CNVS e dá outras providências.

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS tem por objetivos:

I - Propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde;

II - Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, centrada no direito à Proteção da Saúde, e alicerçada num SUS público e de qualidade;

III - Definir o papel da Vigilância em Saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;

IV - Fortalecer o território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da Vigilância em Saúde;

V - Fortalecer os programas e as ações de Vigilância em Saúde considerando:

a) o acesso e a integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública; b) o acesso e a integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública; c) a gestão de risco como estratégia para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população; d) o monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas;

VI - Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas;

VII - Fortalecer a participação social na Vigilância em Saúde;

VIII - Discutir as responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde.

CAPÍTULO II

DO CRONOGRAMA

Art. 2º. A 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como as Conferências Livres, observando-se o seguinte cronograma:

I - Etapa Municipal e/ou Macrorregional - de 22 de junho de 2017 até 31 de agosto de 2017;

II - Etapa Estadual - de 01º de setembro de 2017 até 21 de outubro de 2017;

III - Etapa Nacional - de 21 a 24 de novembro de 2017;

IV - Etapas Preparatórias às Conferências Municipal e/ou Macrorregional e Estadual/Distrito Federal e Nacional como: Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas até o início das referidas etapas.

Parágrafo único. As unidades federativas poderão em acordo com os municípios, antecipar a realização da etapa Estadual/Distrito Federal, desde que comunique a Comissão Organizadora Nacional da 1ª CNVS.

CAPÍTULO III

DOS PARTICIPANTES

Art. 3º. Publique-se o Anexo I, como previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª CNVS, com a disposição dos participantes (Delegados por Estados e Delegados Nacionais, observando-se a paridade constante na Resolução CNS nº 453/2012 e ainda dos Convidados e Participantes Livres).

Art. 4º. As dúvidas quanto à aplicação desta Resolução nas Etapas Municipal e/ou Macrorregional, Estadual/Distrito Federal e Nacional serão esclarecidas pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.

Ronald Ferreira dos Santos

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 539, de 09 de dezembro de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

Ricardo Barros

Ministro de Estado da Saúde

ESTADO/REGIÃO	TOTAL DELEGADOS
Região Norte	220
Acre	24
Amapá	24
Amazonas	36
Pará	52
Rondônia	32
Roraima	24
Tocantins	28
Região Nordeste	412
Alagoas	36
Bahia	76
Ceará	56
Maranhão	48
Paraíba	36
Pernambuco	56
Piauí	36
Rio Grande do Norte	36
Sergipe	32
Região Centro-Oeste	152
Distrito Federal	36

Goiás	48
Mato Grosso	36
Mato Grosso do Sul	32

Região Sudeste	392
-----------------------	------------

Espirito Santo	36
Minas Gerais	96
Rio de Janeiro	80
São Paulo	180

Região Sul	176
-------------------	------------

Paraná	64
Rio Grande do Sul	64
Santa Catarina	48

Total de Delegados dos Estados	1.352
---------------------------------------	--------------

Total de Delegados Nacionais - 10%	148
------------------------------------	-----

Total de Delegados na Conferencia	1.500
--	--------------

Total de Convidados - 10%	148
---------------------------	-----

Total de Participantes Livres - 5%	75
------------------------------------	----

Total de Participantes na Conferência	1.723
--	--------------

RESOLUÇÃO Nº 547, DE 09 DE JUNHO 2017

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata;

Considerando a Portaria no 1.017, de 11 de maio de 2016, que convocou a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde;

Considerando a Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016, que aprovou o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS);

Considerando a possibilidade de organização das conferências livres, pelos movimentos sociais e entidades, prevista no artigo 12 da Resolução CNS no 535/2016, bem como atendidas as condições estabelecidas nesse artigo;

Considerando ainda que as conferências livres não elegem delegadas (os) e que seu principal objetivo é apresentar sugestões pelo(s) eixo(s) temático(s) debatido(s) à Comissão Organizadora da Etapa correspondente (Art. 12, parágrafo único, Resolução CNS no 535/2016); e

Considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde o fortalecimento da participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008),

Resolve:

Aprovar as regras de realização das Conferências Livres para a Etapa Nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, nos termos do anexo a esta Resolução.

Ronald Ferreira Dos Santos

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 547, de 12 de maio de 2017, com base no Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Ricardo Barros

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO

Conferência Livre para a Etapa Nacional da
1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

DA FINALIDADE

Art. 1º. Este dispositivo define critérios para indicação de Participantes das Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS.

Parágrafo único. Entendem-se como Participantes Indicados nas Conferências Livres os Participantes Livres previstos no quadro de distribuição das delegadas e delegados da etapa nacional, referente ao artigo 3º do Cronograma da 1ª CNVS, disposto na Resolução nº 539, de 09 de dezembro de 2016.

DA CONFERÊNCIA LIVRE

Art. 2º. As Conferências Livres poderão ser organizadas pelos segmentos de usuárias (os), trabalhadoras (es) e gestoras (es)/prestadoras (es), como também, pela representação social a que pertencem, podendo ser constituídas no âmbito Municipal, Intermunicipal, Regional, Macrorregional, Estadual, Distrital e/ou Nacional, com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos.

DA REALIZAÇÃO

Art. 3º. As Conferências Livres poderão ser realizadas até o dia 21 de outubro de 2017 devendo sua realização ser comunicada a Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

§1º. A Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS indicará um representante para participar dos debates da conferência livre.

§2º Os organizadores das Conferências Livres deverão encaminhar à Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS as cópias das listas de presença, os registros fotográficos e a síntese dos debates.

DA INSCRIÇÃO

Art. 4º. As Conferências Livres poderão indicar participantes para a Etapa Nacional da 1ª CNVS, até o limite previsto no artigo 3º da Resolução CNS nº 539, de 09 de dezembro de 2016, conforme critério abaixo:

- I – até 50 (cinquenta) participantes: nenhuma indicação;
- II – de 51 (cinquenta e um) a 100 (cem) participantes: 01 (uma) indicação;
- III – de 101 (cento e um) a 200 (duzentos) participantes: 02 (duas) indicações;
- IV – a partir de 201 (duzentos e um) participantes: 03 (três) indicações.

§1º As indicadas e os indicados para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS deverão obrigatoriamente ter participado da referida conferência livre.

§2º A organização da Conferência Livre deverá promover a pré-inscrição das indicadas e dos indicados para a etapa nacional da 1ª CNVS após 05 (cinco) dias de sua realização, por meio do preenchimento do formulário de pré-inscrição e envio dos documentos previstos no §2º do artigo 3º desta Resolução.

§3º A pré-inscrição não garante, obrigatoriamente, que todas as pré-inscritas e todos os pré-inscritos da referida conferência livre participarão da Etapa Nacional da 1ª CNVS.

§4º A aprovação da lista final dos participantes indicadas e indicados nas Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS será de responsabilidade da Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS considerando as 75 (setenta e cinco) vagas dispostas no artigo 3º da Resolução CNS nº 539, de 09 de dezembro de 2016 e os dos critérios abaixo:

I – de gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

II – étnico-raciais, em especial da população negra e indígena, bem como das comunidades originárias e tradicionais, respeitado seu peso demográfico e suas especificidades regionais e locais;

III – das populações rurais, do campo e da floresta, das águas e das periferias urbanas;

IV – de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados; e

V – de grupos, associações e movimentos de pessoas com deficiência, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

§5º No dia 01 de novembro a Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS publicará lista final dos participantes indicadas e indicados nas Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS.

DO CREDENCIAMENTO

Art. 5º. As informações acerca do credenciamento dos Participantes Indicadas e Indicados nas Conferências Livres serão divulgadas no Regulamento da 1ª CNVS.

DA PARTICIPAÇÃO

Art. 6º. A atuação dos Participantes Indicadas e Indicados nas Conferências Livres, na Etapa Nacional da 1ª CNVS, obedecerá o disposto no Regimento, no Documento Metodológico e no Regulamento da 1ª CNVS.

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 7º. Os Participantes Indicadas e Indicados nas Conferências Livres terão suas despesas com hospedagem e alimentação no local do evento, e traslado em Brasília, custeadas pelo Ministério da Saúde.

Paragrafo único. As despesas com gastos referentes ao transporte de sua cidade de origem à Brasília e posterior retorno serão de responsabilidade de cada Participante Indicado e Indicado.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS.



Conselho Nacional
de Saúde

SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

