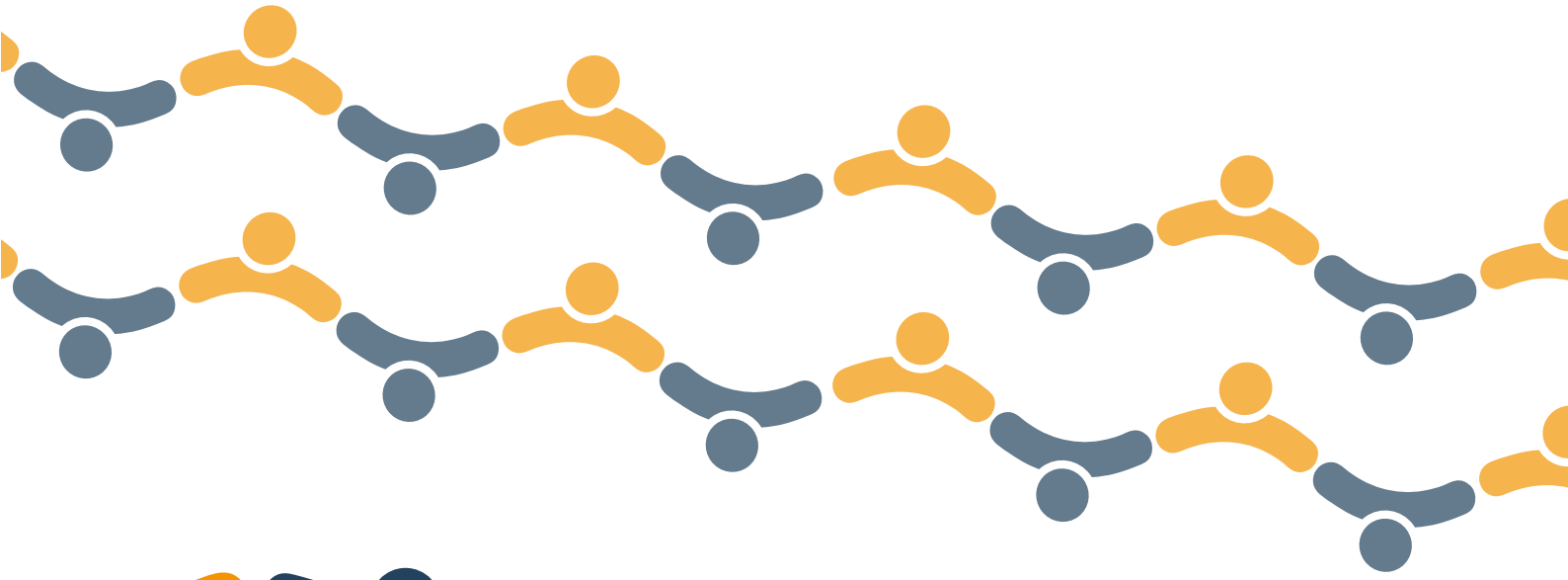

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

SUS

COVISA
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

prefeitura.sp.gov.br/saude
saudeprefsp

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

RELATÓRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

WILSON MODESTO POLLARA

Secretário Municipal da Saúde

MARIA DA GLORIA ZENHA WIELICZKA

Secretária Adjunta

DANIEL SIMÕES DE CARVALHO COSTA

Chefe de Gabinete

CRISTINA EMIKO MARUYAMA SHIMABUKURO

Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

JÚLIO CESAR CARUZZO

Secretário Geral

COMISSÃO ORGANIZADORA

SEGMENTO USUÁRIO:

MARIA ADENILDA MASTELARO

FRANCISCO J. C. FREITAS

ADÃO DO CARMO

EULÁLIA ALVES CORDEIRO

REGINA CÉLIA PEDROSA VIEIRA

NADIR FRANCISCO DO AMARAL

EVANICE G. OLIVEIRA

LÍDIA TAVARES DA SILVA

SEGMENTO TRABALHADOR:

DEODATO RODRIGUES ALVES

ANA ROSA GARCIA DA COSTA

SELMA MARIA SILVA DOS SANTOS

JASON GOMES RODRIGUES SANTOS

SEGMENTO GESTOR:

WILLIAM HÉLIO DE SOUZA

MARIA JOSÉ ROLLO RIBEIRO

DENIZE CALVO COSTA

MIRIAM CARVALHO DE MORAES LAVADO

SUMÁRIO

Histórico 3

Eixo 1 - O lugar da Vigilância no SUS 4

Eixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde 8

Eixo 3 - Saberes, Práticas, Processos de Trabalhos e Tecnologias na Vigilância em Saúde 21

Eixo 4 - Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde. 31

Moções 37

Anexos 49

Anexo 1 - Programação

Anexo 2 - Regimento

Anexo 3 - Regulamento

Anexo 4 - Documento Orientador

São Paulo, 30 de agosto de 2017.

Histórico

A Conferência Temática de Vigilância em Saúde aconteceu em agosto de 2017 na Universidade São Judas Tadeu, como etapa da Conferência Nacional da Vigilância em Saúde, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de avaliar a situação da Vigilância em Saúde no município e contribuir com a construção de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil.

Primeira de seu tema, as discussões iniciaram anteriores ao encontro principal com a realização de Conferências Livres organizadas pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Sindicatos e Movimentos Sociais. Além disso, seis pré-conferências foram realizadas em todas as regiões para eleição de delegados.

Participaram como delegados da conferência municipal de vigilância 244 usuários, 122 trabalhadores de saúde, 122 prestadores de serviço e gestores, 56 delegados natos, 36 convidados e 20 observadores, totalizando 600 participantes. A comissão organizadora foi formada pelos Conselheiros Municipais de Saúde e o documento norteador foi construído com base na diretriz do Conselho Nacional de Saúde em conjunto com uma equipe de técnicos da Vigilância em Saúde do Município de São Paulo.

Abaixo, as propostas estão apresentadas de acordo com as discussões ocorridas em cada Eixo Temático, primeiramente as propostas prioritárias e as esferas governamentais competentes, enviadas para a etapa estadual e, em seguida, as demais propostas aprovadas.

Eixo 1 - O lugar da Vigilância no SUS

Propostas Prioritárias	Esfera de Governo
Construir o diagnóstico de saúde do território em parceria com a Rede de Atenção à Saúde, estreitando o vínculo e a comunicação entre a Vigilância em Saúde, Atenção Básica e rede hospitalar, de forma a planejar e desenvolver ações voltadas a redução de riscos e promoção à saúde que fortaleçam as redes de atenção para além do âmbito intrassetorial, com articulação de diversos serviços e setores governamentais, outras instituições (intersetorialidade) e respeitando as especificidades de cada território.	Municipal
Elaboração da estrutura da vigilância visando o fortalecimento do nível regional e local responsáveis pela organização e tomada de decisão, cabendo ao nível central a coordenação das ações e o matriciamento dos saberes de forma integrada as estruturas e os processos de trabalho da gestão do sistema de saúde.	Municipal
Construir estrutura organizacional e política de RH para Vigilância em Saúde, considerando número suficiente e qualificação adequada para a complexidade das ações, garantindo plano de cargos e carreira, visando fortalecimento da Vigilância na atenção básica e na construção das redes de atenção à saúde, GARANTINDO NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.	Municipal

Promover a integração da vigilância em saúde com a rede de atenção à saúde, criando mecanismos que garantam a inserção das ações das vigilâncias nas práticas e rotinas dos serviços, com a participação nas reuniões com as equipes assistenciais, estratégias para que equipes de vigilância conheçam os serviços assistenciais e garantindo ações e atividades de educação permanente em saúde para os trabalhadores e conselheiros gestores das unidades de saúde, planejadas em conjunto, considerando as necessidades locais e que sejam garantidos recursos financeiros para a execução/realização das mesmas.	Estadual
Vigilância em Saúde precisa estar inserida nos processos de gestão e planejamento das políticas de saúde das regiões/territórios de modo articulado e ascendente, garantindo seu financiamento com base nos determinantes epidemiológicos, sociais, econômicos e no princípio da equidade.	Estadual
Garantir educação continuada e permanente para todos os trabalhadores (as) da saúde: SUCEM, UBSs e hospitais, SUVISs, COVISA, CRSTs e toda a rede.	Estadual
Estabelecer estratégias de organização do trabalho que assegurem a efetiva integração da Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental e a Saúde do Trabalhador (a), e a assistência a saúde, potencializando as ações comuns e as interfaces entre as áreas que a compõe.	Federal
Estabelecer estratégias de organização da vigilância integrando toda a rede de atenção ampliando ações conjuntas de forma multidisciplinar	Federal

intersetorial nos níveis municipal, estadual e federal, consolidando as linhas de cuidado com a rede de atenção.	
Integrar os Bancos de Dados e Sistemas de Informação Federais, Estaduais e Municipais para melhorar a qualidade da informação facilitando o acesso para todos os níveis técnicos da vigilância disponibilizando para a população dentro do que está previsto na lei de acesso à informação. - Municipal, estadual e federal	Federal

Demais propostas aprovadas:

1. Participação das vigilâncias na promoção da saúde dentro da atenção básica com a criação de grupos de trabalho permanentes com participação de trabalhadores e usuários e divulgação das informações.
2. Maior troca de informações entre os órgãos municipais, estaduais e federais no combate às endemias.
3. Estabelecimento de legislação que garanta a efetividade das ações necessárias ao território, articulando a educação, meio ambiente, assistência social e outros órgãos.
4. Integração maior entre os serviços de assistência e a Coordenadoria de Abastecimento (*Coordenadoria de Segurança Alimentar - COSAN/SMTE) com as diferentes vigilâncias para investigação de Doenças Transmitidas por Alimentos. Integração com outros órgãos, como Cetesb e Sabesp.
5. A atuação da vigilância em saúde deve ser intersetorial e incidir sobre diversos planos: nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e ambientais que tenham relação com a saúde. Na rede de atenção à saúde, considerando todos os

seus dispositivos junto à sociedade e integrada aos territórios com a equipe de vigilância, garantindo assim a não precarização do processo de trabalho.

6. Planejar as ações de vigilância em saúde considerando a necessidade de articulação da esfera local com as demais esferas e também com outros setores governamentais (intrasetorialidade e intersetorialidade), como a Coordenadoria de Segurança Alimentar - COSAN/ SMTE.
7. Construir no território espaços de discussão, articulação e integração com outros setores da administração pública e da sociedade civil.
8. Fortalecer e ampliar as ações de educação em saúde, com a criação de um fórum permanente junto à rede pública local: prefeitura regional, DRE, GCM, SUVIS, Secretaria do Verde e Meio Ambiente, maximizando a tomada de decisão, proporcionando assimilação do conceito pretendido;
9. Fortalecer o programa ministerial Saúde na Escola (PSE) garantindo sua continuidade e implementar um modulo sobre: educação em vigilância em saúde, SUS e controle social, para os escolares, pais e profissionais da educação;
10. Investir em políticas públicas ambientais com ênfase em pontos viciados de descarte de lixo em geral, visando integração de ações entre os órgãos responsáveis e garantindo a participação social para implementação de leis e investimentos em educação em saúde, criando programas de reciclagem de lixo e revitalização de áreas urbanas E HORTAS COMUNITARIAS.
11. Realizar ações que tornem as UBS's [Unidades Básicas de Saúde] cada vez mais próximas da sustentabilidade de maneira a servir de modelo para população.
12. Visando a preservação do meio ambiente, cada prefeitura regional deve garantir a implantação de no mínimo uma cooperativa de material reciclável;

13. A inclusão dos servidores nas ações de atenção, promoção e vigilância EM SAÚDE DO TRABALHADOR.
14. Incorporar ações e indicadores da Vigilância nos Contratos de Gestão das OS, devendo ser monitorados no nível da unidade básica.
15. Readequação dos profissionais do quadro de funcionários na SUVIS e instituição do profissional – articulador exclusivo em vigilância em saúde, em todos os equipamentos de saúde.
16. Que o governo faça acompanhamento dos trabalhadores infectados com inseticida;
17. Garantir educação continuada e permanente para todos os trabalhadores (as) da saúde: SUCEM, UBSs e Hospitais, SUVISs, COVISA, CRSTs e toda a rede.

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

Propostas Prioritárias	Esfera de Governo
Elaboração de lei que estabeleça a estrutura organizacional dos Sistemas Municipais de Vigilância em Saúde em suas respectivas Redes regionais de Atenção à Saúde (RAS) em nível central e local, cabendo ao nível central a coordenação das ações e o matriciamento dos saberes de forma integrada às estruturas e aos processos de trabalho da gestão dos sistemas de saúde, bem como a descentralização e a manutenção das verbas destinadas à vigilância em saúde para o nível regional com a participação do controle social e população no planejamento e aplicação. Tal ato formal deve ser acompanhado da definição dos princípios, das diretrizes, dos cargos, da política de garantia de qualidade da política de educação permanente das atribuições e competências de cada	Municipal e Estadual

componente do sistema de vigilância.	
Incorporar a vigilância em saúde como parte integrante dos processos de trabalho, nos instrumentos de planejamento e contratação de serviços (contratos de gestão e convênios), metas e indicadores de monitoramento que reflitam a qualidade da assistência prestada, com avaliação do desempenho dos serviços de assistência à saúde nos resultados relativos às ações de promoção e proteção da saúde pertinente ao seu âmbito de atuação, e não apenas os relacionados à produtividade. Cabe avaliar os resultados dos serviços e saúde quanto à cobertura vacinal, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de doenças transmissíveis, a notificação oportuna de agravos e doenças de relevância para a saúde pública, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção, comunicação e educação em saúde acompanhada de adequada política de recursos humanos e educação permanente dos profissionais de saúde.	Municipal e Estadual
Construir estrutura organizacional e instituir uma política de recursos humanos para a vigilância em saúde, considerando número suficiente e qualificação adequada para a complexidade das ações, garantindo plano de cargos e carreira por meio de Concurso Público para cargos de nível básico, médio e universitário e outras carreiras essenciais para preencher o quadro dos profissionais da vigilância em saúde que atualmente se encontra extremamente defasado de acordo com as necessidades e características dos territórios garantindo equipes multidisciplinares, bem como preservando as especificidades de cada categoria profissional visando o cumprimento da responsabilidade sanitária na região e	Municipal, Estadual e Federal

ampliação das ações de proteção e promoção da saúde, de forma a evitar a descontinuidade do serviço e aprofundamento das precárias condições de trabalho.	
Garantir financiamento próprio para todas as instâncias de Vigilância em Saúde, por meio da manutenção de bloco específico, com a devida regulamentação, objetivando assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional nas três esferas de gestão.	Federal
Construir democraticamente e executar uma política de valorização, estruturação e permanência de servidores na área de vigilância em saúde, garantindo acesso à formação continuada e aprimoramento diante as diversas condições econômicas, sociais, ambientais, jurídica e inovações tecnológicas existentes para melhor intervenção sob os riscos à saúde (atuais e potenciais) em cumprimento ao caráter regulador e disciplinador da ação do Estado nas relações de produção/consumo visando a proteção à saúde coletiva;	Federal

Demais propostas aprovadas:

1. Fortalecimento da rede laboratorial de vigilância em Saúde em todas as esferas de governo, com melhoria da estrutura, recursos humanos, tecnológicos e logísticos, garantindo a efetividade das ações de vigilância, com acessibilidade adequada para locomoção e atendimento às pessoas com deficiência.
2. Adequar à estrutura física (reforma e construção) dos equipamentos de vigilância em saúde (UVIS e CRSTs), garantindo as necessidades de cada serviço e acessibilidade.

3. Fortalecer as Vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental); melhorar a estrutura física de local de trabalho; projetos de trabalho para atuação das vigilâncias de maneira a reduzir riscos.
4. Garantir financiamento próprio para todas as instâncias de Vigilância em Saúde, por meio da manutenção de bloco específico, com a devida regulamentação. Objetivando assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional nas três esferas de gestão.
5. Repasse da taxa de fiscalização da ANVISA diretamente para a vigilância em saúde local, proporcional à ação desenvolvida pelo município.
6. Maior investimento e valorização das políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde.
7. Assegurar dotação orçamentaria adequada, considerando a importância estratégica de Vigilância em Saúde para planejar a organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde, assim como para intervir e melhorar os indicadores de saúde;
8. Assegurar o investimento e o financiamento dos laboratórios de saúde publica, oferecendo serviços públicos de qualidade e atendendo os programas de controles de doenças e vigilância em saúde;
9. Criar orçamento próprio para a UVIS [Unidade de Vigilância em Saúde].
10. Garantir financiamento para ações em educação permanente focada em prevenção e promoção em saúde.
11. Investimento na fiscalização e nos processos de trabalho da vigilância sanitária para melhoria dos serviços;
12. Legislação que garanta recursos a educação continuada e permanente aos servidores da Vigilância em Saúde, inclusive contemplando cargos e planos de carreira para os mesmos;

13. Proibir terminantemente a redução ou corte de verbas para a SMS e ampliar a verba destinada a Saúde para atender todas as demandas reprimidas do setor de saúde.
14. Que sejam definidas formas específicas de financiamento das ações de vigilância em saúde e mecanismos de transferência de recursos federais;
15. Criação de assessoria jurídica nos níveis regionais e ampliação no nível central
16. Criação de departamento jurídico específico em Vigilância em Saúde para respaldar e dar suporte a todas as ações dos diversos segmentos da Vigilância em Saúde, inclusive atuando em defesa da autoridade sanitária em causas relacionadas ao seu exercício profissional;
17. Garantir equipe de saúde do trabalhador nas 26 SUVIS e CCZ com educação permanente dos servidores;
18. Garantir o planejamento estratégica ascendente e integrado considerando os problemas de saúde do território e a analise dos resultados desenvolvidos para a redução dos problemas de saúde pública, de forma intersetorial e com efetiva participação das vigilâncias em saúde locais (supervisões de vigilância em saúde) e com a plena participação do controle social, prevendo adequados recursos financeiros e investimentos para a garantia da execução dos objetivos previstos no planejamento dentro dos princípios do SUS, priorizando a equidade.
19. Criar um plano diretor de Vigilância em Saúde nas três esferas do governo, implementando a regulação das políticas públicas existentes para todos os setores econômicos, garantindo recursos humanos e financiamento (federais, estaduais e municipais) para aprimorar o seu funcionamento, bem como a formação continuada de todos os profissionais em Vigilância em Saúde.
20. Elaborações de políticas públicas mais horizontais, com a criação de propostas conjuntas com as informações e saber popular.

21. Garantir a participação das SUVIS [Supervisão de Vigilância em Saúde] nos planejamentos ascendentes e projetos locais do distrito de saúde.
22. Inserir a Vigilância em Saúde nos processos de gestão e planejamento das políticas de saúde das regiões/territórios de modo articulado e ascendente, garantindo seu financiamento com base nos determinantes epidemiológicos, sociais, ambientais, econômicos e no princípio da equidade.
23. Planejamento de ações da Vigilância em Saúde de acordo com a necessidade de cada território para destinação de recursos financeiros;
24. Realizar o planejamento estratégico ascendente integrado de acordo com a portaria federal 2135/13, evidenciando os problemas de saúde do território e analise dos resultados das ações desenvolvidas para redução dos problemas de saúde que afetam a população e suas interações com a vigilância em saúde, de forma intersetorial e com plena participação do controle social e das SUVIS.
25. Ampliação de Hospitais Veterinários para cada região e postos de RGA para todas as Supervisões de Saúde, aumentando as vagas nas clínicas de castração e vacinação;
26. Criação de políticas públicas relacionadas aos animais domésticos, definindo os atores e suas responsabilidades;
27. Construção de um Hospital Veterinário Público para a região Sul.
28. Aumentar acesso ao serviço de Saúde Bucal do município
29. Disponibilizar em site oficial o cadastro ou licença da vigilância em saúde de todas as instituições publicas e provadas que prestam atendimento a diversidade, após a fiscalização e adequação a legislação especifica.
30. Aprimorar políticas públicas para tratamento ecologicamente adequado de resíduos sólidos dos esgotos e por inspeção de motores, destacadamente de motores movidas a diesel e demais políticas que melhorem as condições socioeconômicas da população.

31. Assegurar a manutenção dos serviços de prevenção à assistência da RME [Rede municipal especializada] Aids e sua ampliação de acordo com a demanda do relatório. Participação da Coordenação de DST/Aids na construção do planejamento e orçamento das atividades em ações relacionadas à DST/HIV/AIDS no município. Garantir quadro de recursos humanos TLP [Tabela de Lotação de Pessoal] mínima para os serviços de prevenção e assistência à DST/HIV/Aids no município de acordo com a demanda do território. Ampliar os serviços prestados à população dos CTAs assegurando a oferta de Prep, Pep, carga viral, CD4 e outras tecnologias de prevenção. Unificar os sistemas de informação – Vigilância para melhorar as ações/atividades dos Gestores e do Cidadão visando à melhoria de qualidade de vida dos usuários do SUS. Garantir acesso dos serviços de prevenção e assistência em DST/HIV/Aids, hepatites virais e outras IST a política de formação/educação continuada em prevenção e direitos humanos voltado para atendimento à populações mais vulneráveis: Gay/HSH população trans, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em privação de liberdade e as pessoas em situações de rua.
32. Assegurar a responsabilidade do Estado estabelecida na constituição federal de 1988 de garantir o direito a saúde publica universal, integral e equânime à população, tendo a vigilância em saúde inserir ao planejamento e as ações da atenção primaria a saúde como norteadora do modelo de atenção em todos os níveis de complexidade e a intersetorialidade como requisito para promoção e prevenção de doenças.
33. Aumentar em 30% a rede de saneamento básico nas regiões periféricas extremas e nos novos loteamentos da cidade que não sejam contemplados, destacadamente nas áreas de mananciais para abastecimento publico.
34. Considerando que grande parte da população não tem acesso a alimentação adequada e a escola é um dos únicos espaços de alimentação, e o papel indutor de continuação de

hábitos alimentares saudáveis, propomos a retomada do programa alimentar que previa um cardápio variado, completo e adequado ao desenvolvimento infantil, inclusive orgânica. (pensar ações multidisciplinares, envolvendo assistência social e outros profissionais).

35. Criação do cargo/carreira do técnico em nutrição e dietética no quadro da prefeitura do municio de São Paulo, com vistas a realizar ações de promoção e proteção à saúde da população, visando preceitos sanitários pertinentes a segurança alimentar e qualidade nutricional, garantindo o bem-estar do individuo e da coletividade.
36. Criar casas de acolhida para mulher com e sem deficiência dependente química, gestante com assistência integral de suas necessidades e as necessidades do concepto (hoje temos a casa de amparo maternal que ainda não comtempla esse atendimento especifico).
37. Dentro da proposta da educação ambiental/população geral – proponho a ampliação da coleta seletiva no município de São Paulo É LEI.
38. Garantir a existência e a manutenção dos serviços de vigilância em saúde e IST/AIDS, e garantir a ampliação dos serviços de acordo com a demanda do território;
39. Garantir e efetivar a implantação das propostas aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental e das etapas municipais e estaduais.
40. Garantir a produção do tratamento medicamentoso com Penicilina na prevenção da Sífilis Congênita.
41. Garantir o uso integral da verba Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com prestação de contas através de documentos comprobatórios do último quadriênio;
42. Garantir políticas públicas visando a integralidade do cuidado à população negra, e inserindo a Doença de Anemia Falciforme na relação de doenças de notificação compulsória.

43. Incorporar e privilegiar ações e indicadores de qualidade da Vigilância nos Contratos de Gestão das OS, devendo ser monitorados no nível da unidade básica com adequada política de recursos humanos e educação permanente dos profissionais de saúde.
44. Incorporar nos contratos de gestão como metas e indicadores na avaliação de desempenho dos serviços de assistência à saúde os resultados relativos às ações de promoção e proteção da saúde pertinente ao seu âmbito de atuação, e não apenas os relacionados à produtividade. Cabe avaliar os resultados dos serviços e saúde quanto à cobertura vacinal, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de doenças transmissíveis, a notificação oportuna de agravos e doenças de relevância para a saúde pública, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção, comunicação e educação em saúde.
45. Inclusão de indicadores de vigilância em saúde nos contratos das metas das OSS, garantindo a pactuação com a vigilância;
46. Garantir que medicações utilizadas em tratamento de doenças sexualmente transmissíveis possuam o seu fornecimento garantido
47. Garantir recursos humanos e educação permanente para o desenvolvimento efetivo das ações de vigilância em saúde, visando a qualidade das coletas e análises dos exames laboratoriais (Papa Nicolau), vacinação HPV, e o fortalecimento da promoção, prevenção, rastreamento e a acompanhamento das mulheres alvo do programa de controle do câncer de colo de útero.
48. Prever como penalidade às infrações sanitárias a prática de publicidade com conteúdo educativo em vigilância, com sua devida regulamentação.
49. Que dentro da Política de Vigilância em Saúde Ambiental, sejam estabelecidas normas para destinação de instalação de desmanches, ferros velhos e recolhimento de veículos, não os permitindo em áreas residenciais, e proibindo que tais comércios e/ou atividades

sejam instalados em um raio de 100/150 metros de quaisquer equipamentos de grande concentração de pessoas tais como: Unidades de Saúde, Escolas, Estação de Metrô, Estação de Trem, Terminais Rodoviário, Terminais de ônibus urbanos, entre outros.

50. Estabelecer uma política racional de medicamentos, que garanta o completo tratamento prescrito para o paciente, proporcionando melhor custo, adquirindo somente o necessário e evitando o desperdício englobando inclusive a manufatura e custo das embalagens em geral na regulação da ANVISA tanto nos fracionados ou não.
51. Que sejam garantidos sanitários adequados e em quantidade suficiente e condições dignas de uso, para todos os usuários, em todos os equipamentos com alta circulação de pessoas, tais como: terminais de ônibus, estações de metro, estações de trem, equipamentos de saúde, restaurantes, bares, lanchonetes e comércios em geral, durante todo o período de funcionamento onde o serviço está sendo ofertado.
52. Adequação através de concurso público, do quadro de recursos humanos de todas as categorias profissionais necessárias para Vigilância em saúde na RAS;
53. Garantir a contratação por concurso público com vínculo na administração direta, subordinado administrativamente e tecnicamente a COVISA e a formação destes profissionais para exercerem o papel de Autoridade Sanitária, com plano de carreira própria, com responsabilidade legal, nas ações de vigilância em saúde.
54. Potencializar e implementar a política nacional de RH do SUS, através de concurso públicos parametrizado de acordo com a complexidade do território com formação/capacitação para os profissionais da área, contribuindo assim para o fortalecimento da vigilância em saúde.
55. Ampliar quadro de funcionários por meio de Concurso Público. Capacitação e treinamento dos funcionários e aquisição de equipamentos.

56. Ampliar a TLP [Tabela de Lotação de Pessoal] [tabela de lotação de pessoal] em Vigilância em Saúde para outras categorias (Ex: químico, advogado, engenheiro).
57. Legislação que garanta o quadro funcional necessário para as atividades da Vigilância em Saúde.
58. Construção de estrutura para criação de carreira de técnico de vigilância em saúde.
59. Criação do cargo de autoridade sanitária.
60. Criar a carreira de Vigilância em Saúde no SUS tanto para o nível técnico quanto para o nível superior com curso de formação e qualificação para ingressantes e profissionais já ativos.
61. Formação de carreira específica de Vigilância em Saúde para atuação integrada nos três níveis de gestão no SUS. Garantir que a coordenação de saúde do servidor COGESS implemente no serviço público municipal ações de fiscalização nos ambientes e locais de trabalho com participação em todas as etapas de fiscalização dos representantes da CIPAS e entidades sindicais.
62. Garantir a contratação por concurso público e a formação desses profissionais para exercer o papel de autoridade sanitária com responsabilidade legal nas ações de Vigilância em Saúde. Criar a carreira de autoridade sanitária.
63. Melhorar/ampliar articulação entre assistência e vigilância de modo possibilitar adoção das ações cabíveis frente aos problemas detectados.
64. Incorporar o programa de saúde do trabalhador à COVISA.
65. Estabelecer uma estrutura de laboratório unificada/centralizada.
66. Implantar no SMVS um Sistema de Gestão da Qualidade.
67. Repasse da “Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS)” da ANVISA diretamente para a COVISA, proporcional a ação desenvolvida pelo município.
68. Financiamento próprio, manutenção do bloco para Vigilância em Saúde.

69. Garantir financiamento para as ações em educação permanente, focadas em prevenção e promoção em saúde.
70. Estabelecer parcerias/vínculos/convênios diretos com a academia, ou seja, manter proximidade com universidades e centros de estudos utilizando os processos de trabalho executados na vigilância na produção de conhecimento e práticas científicas.
71. Assegurar a manutenção dos serviços de prevenção e assistência da RME Aids e sua ampliação de acordo com a demanda do território.
72. Participação da Coordenação de DST/Aids na construção do planejamento e orçamento das atividades e ações relacionadas a DST/HIV/Aids no município.
73. Garantir quadro de recursos humanos (TLP MINIMA) para os serviços de prevenção e assistência a DST/HIV/Aids no município de acordo com a demanda do território.
74. Ampliar os serviços prestados à população dentro dos CTA assegurando a oferta de Prep, Pep, Carga Viral, CD4 e outras tecnologias de prevenção.
75. Unificar os sistemas de informação – vigilância para melhorar as ações/atividades dos gestores e do cidadão visando a melhoria de qualidade de vida dos usuários do SUS.
76. Garantir acesso dos serviços de prevenção e assistência em DST/HIV/Aids a política de formação/educação continuada em prevenção e direitos humanos voltado para atendimento a populações mais vulneráveis: gay/HsH; população trans; usuários de drogas; profissionais do sexo; pessoas em privação de liberdade e pessoas em situação de rua.
77. Folhetos elaborados pela SUCEN que tenha nº telefone para entrar em contato.
78. Levar dados e matérias para conferência (A Importância da SUCEN e Prevenções).
79. Análise com Macacos em pró da Febre Amarela.
80. Norma ou projeto de lei de descarte de inseticida a nível municipal, estadual e nacional.
81. Debates nas escolas e associações, sobre doenças endêmicas.

82. Que o governo faça acompanhamento dos trabalhadores infectados com inseticida.
83. Avaliar e estudar um peso que uma trabalhadora da SUCEN pode carrega.
84. Denúncia da falta de EPI nos locais de trabalhos.
85. Avaliar gastos da SUCEM porque prefere fazer nebulização a prevenção.
86. Que seja instalado o controle social em todo o serviço público do estado, inclusive na SUCEM.
87. Que a siga da Secretaria Municipal da Saúde (vacinas) sejam melhor divulgados para a população.
88. Colocar sala de vacinas (Dupla adulta) nos hospitais.
89. Regulamentação de uma política pública de coleta de resíduos químicos provenientes de uso doméstico, de forma que tenham a destinação correta e evitando que sejam descartados no lixo comum.
90. Regulamentar em todas as esferas do governo a política de Logística Reversa de medicamentos inservíveis, abrangendo todos os elos das cadeias produtivas e poder público.
91. Na questão do descarte que tenha uma melhor fiscalização e acompanhamento para conhecimento da população.
92. Garantir a intensificação da vigilância sanitária no município e estado e que seja melhor a divulgação entre os trabalhadores (as).
93. Garantir educação continuada e permanente para todos os trabalhadores (as) da saúde: SUCEM, UBS E HOSPITAIS.
94. Assegurar a efetividade na construção de uma politica nacional de vigilância ambiental que reconheça as diversidades regionais e expresse as semelhanças e as especifidades das 3 esferas de governo e em busca da elaboração de um instrumento integrado da vigilância ambiental para a vigilância da saúde e em consonância com os princípios e as diretrizes do

SUS; PROCONVE- programa nacional de controle veicular; da politica nacional de resíduos sólidos; da politica nacional de saneamento básico e das propostas aprovadas na 1ª conferencia nacional de saúde ambiental e das etapas municipais e estaduais.

Eixo 3 - Saberes, Práticas, Processos de Trabalhos e Tecnologias na Vigilância em Saúde

Propostas Prioritárias	Esfera de Governo
Integrar e padronizar os Bancos de dados e Sistemas de informação em Vigilância em Saúde e destes com os Sistemas de Informação da atenção à saúde Federais, Estaduais e Municipais para melhorar a qualidade da informação, nos moldes do que já vem sendo feito pelo E-SUS, facilitando o acesso para todos os níveis técnicos da vigilância, disponibilizando para a população, dentro do que está previsto na lei de acesso à informação.	Estadual e Federal
Formação continuada em Vigilância em Saúde e Saúde do Trabalhador para todos os profissionais da saúde da rede, para que se possam integrar os saberes e garantir a prevenção e promoção, o uso de ferramentas para interpretação de dados e ações mais efetivas de vigilância.	Estadual e Federal
Estabelecer práticas de gestão e identidade comum que permita a integração entre as vigilâncias (ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador) em todos os níveis de complexidade.	Estadual e Federal

Demais propostas aprovadas:

1. Aprimorar e fortalecer os sistemas de informação em saúde para que trabalhem de forma integrada, considerando o conjunto da Rede de Atenção à Saúde e assegurando

condições técnicas, operacionais e de trabalho adequadas, que permitam a produção de informações consistentes, capazes de orientar efetivamente os processos de tomada de decisão na produção do cuidado à saúde e nas ações de planejamento, prevenção e promoção;

2. Criação de sistema informatizado para transmissão das informações das práticas em campo, com dados de estabelecimentos e compartilhamento entre as unidades da rede, integrados com outros bancos de dados.
3. Integrar os sistemas de notificação (SINAN e demais sistemas) com os laboratórios e prontuário eletrônico (Sistema SIGA no município de São Paulo)
4. Dar acesso aos serviços de imunização privados e Estaduais aos módulos de registro de doses aplicadas de vacina do SIGA, de modo a unificar o sistema de registro de doses aplicadas de vacinas.
5. Melhorar o sistema de informação vigente, siga saúde, e velocidade da internet, bem como garantir equipamentos adequados, para promover o registro de todas as informações do cadastro nas unidades de saúde com possibilidade de relatórios
6. Implantação de um sistema nacional de informação em vigilância sanitária para garantir um canal de comunicação direta com o sistema de vigilância sanitária que contemple as ações integradas de cadastro e inspeções.
7. Implantar e concluir o PEP (prontuário eletrônico) em todas as unidades de saúde do município;
8. No preenchimento do siga saúde passe a ser um campo obrigatorio profissão/função para facilitar o encaminhamento das doenças profissionais e vigilância ao ambiente de trabalho
9. Incluir a doença falciforme na relação de doenças de notificação;
10. Fortalecer e integrar os laboratórios para serem sentinelas de agravos relevantes assim como criar normas para a integração das informações produzidas no serviço privado.

11. Necessidade de fortalecer e ampliar as análises realizadas (aumentar os parâmetros) na rede laboratorial de saúde pública
12. informatizar a biometria e integrar ao histórico de atendimento ao sistema siga
13. Garantir e integrar o sistema de comunicação entre a rede de atenção à saúde (RAS), através da melhoria de rede de informática, telefonia fixa e wifi de acordo com a necessidade de cada unidade
14. Substituir de forma gradual e progressiva o uso dos produtos que tragam agravos aos seres humanos e ao meio ambiente em especial o malathion.
    Ir substituindo o veneno por: controle biológico, ações educativas, publicização dos dados de uso agrotóxicos e incidência de câncer, mal formação fetal e outros; políticas públicas para tratamento de lixo e demais políticas que melhorem as condições socioeconomicos da população.
15. Promover, financiar e garantir as pesquisas sobre as transmissões de agentes infecciosos por diversas razões levando ao nascimento de pessoas com deficiências exemplo: zika, rubéola, citomegalovírus e outros que comprometam o período gestacional levando problemas aos fetos em seu desenvolvimento, com o apoio das universidades públicas, estaduais e federais no Município de São Paulo.
16. Garantir de forma sistemática a coleta e análise do quesito raça/cor nos sistemas de informação da saúde, através da auto declaração.
17. Manter a auto referência para o quesito raça/cor PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (AUDITIVA, VISUAL, FÍSICA, INTELECTUAL, MÚLTIPLA, SENSORIAL, MENTAL) nos sistemas de informação em saúde do SUS.
18. Garantir e ampliar acessibilidade o acesso a informação de vigilância em saúde, de forma acessível e com linguagem de fácil assimilação, assegurando acessibilidade nos recursos

de informação para as pessoas com deficiência tais como: braile, vídeo em libras, entre outros, visando promover na população conhecimento em saúde;

19. Investimento e informação para toda a população em vigilância em saúde utilizando os meios de comunicação já existentes.
20. Inserir o uso das novas tecnologias para informar aos usuários (população) sobre serviços e bens aos quais tem direito, atentando para as especificidades locais.
21. Devolutiva das informações e dos resultados dos serviços realizados no território para fomentar as ações de prevenção e promoção necessárias àquela área.
22. Garantir publicidade voltada as questões de vigilância (Saúde Ambiental,Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador) que ultrapasse os muros da saúde, para esclarecimento e informação de toda a população (comércio,escola,igrejas, rádios, TV, mídias digitais e de imagem)
23. Implantação de sistema de monitoramento de propostas aprovadas em Conferências de Saúde.
24. Realizar ações de disseminação de informações que tenham caráter de prevenção de doenças e em especial as doenças que são negligenciadas
25. Ter serviços de apoio e informações de como auxiliar pessoas com deficiência em tratamento de saúde;
26. Introdução no portal da Vigilância em Saúde da transparência de investimentos, da aplicação, de recursos destinados para Vigilância em Saúde;
27. Garantir que os membros dos Conselhos Gestores das unidades de saúde tenham acesso às informações geradas pela própria equipe como forma de instrumentalizar as ações projetos de saúde no território, atráves de relatórios e indicadores.

28. Reestruturar e fortalecer a área de comunicação e informação em saúde, dentro da vigilância em saúde, com vista a melhoria do acesso a informação e difusão do conhecimento.
29. Capacitação das equipes de vigilância existentes para atender a vasta multiplicidade de fatores incidentes num mesmo local visitado, para otimizar os resultados sociais com o menor custo para o município
30. Garantir novas turmas do curso de Técnico em Vigilância em Saúde pela Escola Municipal de Saúde para os profissionais municipais da administração direta da SMS com nível médio e criação do cargo de TVS após ampla formação dos profissionais.
31. Elaborar política de gestão do conhecimento em Vigilância em Saúde, a fim de que fiquem registrados os saberes na atuação em geral dos profissionais atuantes na área. Esse conhecimento servirá para suporte, referência ou parâmetro para profissionais já atuantes e ingressantes na vigilância;
32. Estabelecer um programa permanente de qualificação dos profissionais de saúde na perspectiva da vigilância.
33. Garantir acesso aos serviços de prevenção e assistência em DST/HIV/Aids a política de formação / educação continuada em prevenção e direitos humanos voltado para atendimento as populações mais vulneráveis: LGBTs, HSH, população de transexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em privação de liberdade, pessoas em situação de rua e pessoas com deficiência.
34. Garantir o processo permanente de aprendizado de vigilância em saúde voltado ao desenvolvimento da criança/adolescente com ou sem deficiência.
35. Promover a integração interna das unidades de vigilância em Saúde, articulando ações conjuntas, como inspeções e estágios dos funcionários nos quatro setores (ambiental,

sanitária, epidemiológica e do trabalhador), além de programa de educação permanente institucionalizado.

36. Disponibilização em plataforma on-line (site da Prefeitura) de Curso de Boas Práticas em Manipulação de Alimentos e todos os cursos exigidos pela vigilância em saúde.
37. Promover requalificação (educação permanente) e empreender atividades que melhorem as relações entre trabalhadores da saúde em seus territórios;
38. Formação de grupos de trabalho com o objetivo de gerar indicadores que sejam capazes de mensurar a qualidade na formação de cidadania em saúde da população atendida na atenção básica de modo a superar o atual modelo que apenas quantifica o atendimento.
39. Implantar a notificação compulsória de desnutrição.
40. Agilizar o registro unificado das informações de Imunização.
41. Ampliar no SMVS [Sistema Municipal de Vigilância em Saúde] um Sistema de Gestão da Qualidade.
42. Aprimorar a interface do Sistema Nacional de Notificação de Agravos em Saúde (SINAN) quanto à busca, acesso e inserção de dados, visando agilizar o registro e melhorar a qualidade das informações;
43. Assessoria jurídica como apoio na vigilância em saúde para respaldo jurídico nas SUVIS;
44. Aumentar a fiscalização do envio de notificações (SINAN) na rede privada;

45. Considerar o princípio da universalidade da saúde e incluir os trabalhadores (as) públicos estatutários em todas as ações de saúde do trabalhador (a), conforme estabelece a Portaria 1823/2012, assim como assegurar os direitos de proteção à saúde no trabalho, estabelecido para os trabalhadores (as) do setor privado.

46. Construir agenda de orientações para entidades que fornecem alimentação na Rua, de forma a prevenir risco de doenças e agravos a saúde para a população em situação de vulnerabilidade.
47. Desburocratização dos processos de trabalho, com otimização de tempo e custo, atraves de evolução tecnologica e melhoria do sistema de informação, visando eficacia e efetividade das ações
48. Desenvolver e implantar indicadores para um programa de monitoramento de risco à saúde publica – identificação e avaliação-, através de sistema de informação para todas as areas de vigilância em saúde – sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador
49. Estabelecer práticas de gestão e identidade comum que permita a integração entre as vigilâncias (ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador) em todos os níveis de complexidade; (M/E)
50. Garantir o cumprimento das legislações sobre notificações e informações em saúde por parte dos serviços particulares através de regulamentação que estabeleça consequências (interdição, multa, etc) no caso de não cumprimento das já referidas normas, bem como estabelecer os responsáveis pela fiscalização e cumprimento das normas;
51. Implementar o SISVAN [Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional] na região e município para entre outras coisas, obter um Diagnóstico de segurança alimentar.
52. Inclusão de servidores em políticas de regulamentação de proteção à saúde do trabalhador disponíveis a celetistas;
53. Instituir uma comissão para revisar a legislação e unificar as legislações de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo.
54. Não ao “PL do veneno” (PL 6299/2002) que prevê diversas mudanças preocupantes na atual lei de agrotóxico (7802/1989)

55. Não ao PL 3200/2015 que revoga a atual lei de agrotóxico e propõe a alteração do nome agrotóxico para “defensivos fitossanitários”
56. Não ao PLC 34/2015 que altera a lei de biossegurança para liberar os produtores de alimento a não informação ao consumidor sobre a presença de componentes transgênicos.
57. Polos químicos para armazenamento, manipulação e higienização dos equipamentos e EPIs
58. Promover a articulação entre a Vigilância em Saúde e as organizações produtoras e/ou que comercializam produtos de interesse a saúde, por meio da elaboração de agenda permanente e contínua de forma a prevenir riscos, doenças e agravos e promover a saúde da população.
59. Que todos os agravos de notificação compulsória ou a grande maioria destes, sejam digitados no local de notificação e que as SUVIS tenham acesso total a esses dados para orientações/correções e relatórios para propostas de ações periódicas. Inicialmente seria realizado um projeto piloto em uma unidade central;
60. Reformular os programas de controle de vetores e animais sinantrópicos, considerando a utilização de novas tecnologias e metodologias de trabalho mais atuais e efetivas.
61. Rever e adequar as Fichas de Investigação Epidemiológica para conter as informações necessárias a cada agravo considerando a história natural da doença, dispensando sistemas paralelos (FormSus e CEVESP)
62. Criação de parâmetros a partir da análise do território (ex: conhecimento da população, perfil dos trabalhadores, contexto do território) para a formação de equipes mínimas de vigilância em todos os níveis de acordo com a necessidade populacional e vulnerabilidade social;
63. A sistematização de dados de afastamento e emissões de CAT [Comunicado de Acidente de Trabalho] nos serviços públicos de modo a estar disponível as instituições de vigilância

e a sociedade e de estabelecer diálogo com os dados produzidos sobre trabalhadores celetistas.

64. Manter núcleos ativos nos equipamentos de saúde voltados a públicos específicos como mulheres, LGBT, população negra, juventude, imigrantes, população em situação de rua, idosos, pessoa com deficiência, pessoas em situação de violência, entre outros que auxiliem no levantamento de informações de vigilância em saúde e que potencialize o acolhimento destes públicos com uma escuta ampliada e de forma qualificada;
65. Promover melhor entendimento sobre as notificações de violência, que é de suma importância para o território, com ações práticas;
66. Apoio aos agentes de endemias no desenvolvimento das atividades de rua.
67. Garantir o direito de proteção à pessoa vítima de violência, relacionadas a questões de saúde do trabalhador, desenvolvendo a integridade física, psíquica e emocional;
68. Garantir a notificação compulsória de acidentes e doenças do trabalho no sistema de informação de agravos de notificação – SINAN pela rede de atenção à saúde – RAS.
69. Criação de um grupo de trabalho por Supervisão Técnica de Saúde, que disponibilize os dados e analise das respectivas vigilâncias, possibilitando a integração com a educação permanente e respectivos conselhos gestores para o controle social, para a melhor fundamentação e planejamento de ações e projetos desenvolvidos nos serviços de saúde do território;
70. Atenção à Saúde do Trabalhador, conforme o risco a que estão submetidos, com exames e avaliação médica periódica;
71. Estabelecimento das atribuições dos trabalhadores de vigilância em saúde e equipes de vigilância na política nacional de vigilância em saúde, bem como de carga horária semanal de reunião de equipe a fim de articulação, planejamento e avaliação do trabalho;

72. Implementar a portaria 3120/1998 que estabelece as diretrizes para a Vigilância em Saúde do trabalhador(a) do SUS e nos territórios, de forma articulada com as demais áreas da Vigilância em Saúde, em especial no tocante às fiscalizações dos ambientes de trabalho e às notificações de agravos e acidentes de trabalho por meio do SINAN/NET.
73. Aumentar o foco das ações na proteção e promoção da saúde. Incluir nas metas e na produtividade as ações de proteção e promoção à saúde e não só de assistência, por meio de indicadores qualitativos e quantitativos.
74. Sem perder de vista a importância da assistência, fortalecer a promoção e a prevenção nas políticas de saúde e na organização dos processos de trabalho como premissas fundamentais para intervir nos determinantes sociais dos processos saúde-doença da população.
75. Nível Estadual - criação de uma fundação em São Paulo, nos moldes da FioCruz no RJ, para promoção de diversos cursos voltados à vigilância em saúde a todos, com diversos temas como saúde do trabalhador, ambiental, sanitária, epidemiologia - cursos de mestrado, especialização etc...
76. Nível Municipal - criação de um grupo específico dentro da COVISA de capacitação técnica permanente para transmitir conhecimentos técnicos para todos os funcionários sobre todas as vigilâncias (ambiental, sanitária, etc). Essa capacitação seria desde a entrada do funcionário e continuamente durante toda a vida de trabalho
77. A vigilância em saúde com toda a rede de atenção integrada ter maior ampliação de ações conjuntas de forma multidisciplinar com outros órgãos;
78. Incentivar, conscientizar promoção educacional, para a vacina HPV e o uso adequado do preservativo para toda a população mais jovem.

79. Regulamentação de uma política pública de coleta de resíduos químicos provenientes de uso doméstico, de forma que tenham a destinação correta e evitando que sejam descartados no lixo comum.
80. Regulamentar a política de Logística Reversa abrangendo todos os elos das cadeias produtivas e poder público.
81. Na questão do descarte que tenha uma melhor fiscalização e acompanhamento para conhecimento da população.
82. Garantir a intensificação da vigilância sanitária no município e estado e que seja melhor a divulgação entre os trabalhadores(as).
83. Garantir educação continuada e permanente para todos os trabalhadores (as) da saúde: SUCEM, UBS E HOSPITAIS.

Eixo 4 - Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde.

Propostas Prioritárias	Esfera de Governo
A Secretaria de Saúde deverá dar publicidade à Análise Situacional de Vigilância em Saúde (ASVS) por meio de comunicação com ampla visibilidade ao público, bem como articular para que estes sejam apresentados e aprovados pelos Conselhos Gestores Locais, das supervisões e posteriormente pelo Conselho Municipal de Saúde, ademais o ASVS deve ser disponibilizado para a população nos termos da lei 12.527 de 12 de novembro de 2012 (LAI) [Lei de Acesso à Informação]. Em caso de revogação nos termos do dispositivo legal vigente que deverá	Municipal

regular o acesso às informações.	
Criação de espaços coordenados pelas equipes de saúde, no âmbito das supervisões e unidades, para incluir a população em geral e os conselhos gestores (supervisão e unidades) na discussão dos principais riscos, doenças e agravos presentes no território. Aproveitando o momento para compreender as dinâmicas sociais, ouvir propostas, demandas, tirar dúvidas, construir ações de educação e pensar intervenções conjuntas, trabalhando para a ampliação da consciência sanitária da população e para contribuir na construção de estratégias de promoção da vigilância em saúde, fortalecendo assim o papel dos conselhos gestores.	Municipal
Construir no território espaços de discussão, articulação e integração com outros setores da administração pública e da sociedade civil e equipes de vigilância em saúde, estabelecendo calendário de encontros e palestras entre associações de bairro, conselhos de participação popular (exemplo: Movimentos sociais, fóruns, conselhos gestores, CONSEG, [Conselho de Segurança] Conselho Participativo, CADES [Conselho Municipal do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável], Saúde), órgãos públicos (Sabesp, CETESB, CRAS, CREAS, Limpeza Urbana, Prefeitura Regional, Defesa Civil) e os representantes das vigilâncias, podendo utilizar como modelo o Comitê da Dengue já instituído nas Prefeituras Regionais;	Municipal
Criar uma plataforma colaborativa e aberta, com acesso aos dados com transparência para vigilância participativa no SUS nas redes sociais, como ferramenta de trabalho (como exemplo Facebook), sendo implantada sucessivamente com escalas municipais, estaduais e federais sob	Estadual e Federal

responsabilidade dos seus respectivos conselhos de saúde para comunicação, interação e visibilidade entre os atores sociais.	
A Vigilância em Saúde (em todos os níveis) deve desenvolver suas ações no território contando sempre com a participação atuante e permanente da prefeitura regional, apoiando e fortalecendo lideranças locais e comunitárias, instituições, sindicatos e associações, conselhos de classe e outros;	Estadual
Garantir, implantar ou fomentar uma educação permanente, bem como incluir na formação de conselheiros de todos os níveis, Vigilância em Saúde, com garantia de alocação de recursos via SUS, como ferramenta de formação dos conselheiros de saúde pautado em: a) Agenda de temas (epidemiologia – DANT [Doenças e Agravos Não Transmissíveis] , violência, obesidade). b) Respeitando a PNPS [Política Nacional de Promoção da Saúde] c) Embasada nos determinantes sociais da saúde (OMS e CNDS). [Organização Mundial de Saúde e Comissão Nacional de Determinantes Sociais] d) Ampliação de regulação na indústria alimentícia e agronegócio. e) Garantia de direitos individuais e coletivos. f) Educação permanente calcada nas atribuições no sistema de vigilância em saúde calcada na política nacional de humanização nos saberes da saúde coletiva das clínicas e da saúde mental e com linguagem mais transparente e menos verticalizada.	Estadual e Federal
Que as três esferas de governo proporcionem capacitações e educação	Federal

permanente em Vigilância em Saúde para formação de uma rede de facilitadores a partir da população local de acordo com as demandas do território;	

Demais propostas aprovadas:

1. Ter ações por meio de conselhos de saúde para esclarecimentos à população e aos serviços de saúde quanto aos serviços que apoiam o controle e vigilância da saúde.
2. Obrigatoriedade da composição e ação de um Conselho Gestor em cada SUVIS de cada território, com participação em suas supervisões à fim de integrar os serviços de vigilância.
3. Implantar a participação popular e controle social nos comitês de gestão e controle do saneamento básico das bacias hidrográficas e mananciais.
4. Participar dos Conselhos já existentes.
5. Construção de uma agenda da COVISA com o Conselho Municipal de Saúde e das SUVIS com os Conselhos Regionais.
6. Prever a publicidade com conteúdo educativo como penalidade possível de imposição para as infrações sanitárias cometidas pelo setor regulado.
7. A Vigilância em Saúde (em todos os níveis) deve interagir com lideranças locais e comunitárias, instituições e associações, conselhos de classe e outros.
8. Garantir a participação da UVIS nos planejamentos ascendentes e projetos locais do distrito de saúde.
9. Educação permanente para o controle social que contemplem as questões de vigilância em saúde.
10. Divulgar a vigilância em saúde.

11. Inserir nos processos de formação dos servidores da área da saúde, assuntos sobre participação e controle social.
12. Desenvolver comunicação com linguagem adequada para a interlocução com a sociedade;
13. Divulgar o papel das Ouvidorias.
14. Fortalecer a integração entre as Ouvidorias.
15. Criar mecanismos e estratégias para participação plena da sociedade por meio dos conselhos para contribuir na construção das estratégias e promoção da vigilância em saúde.
16. Promover a educação continuada a todos os trabalhadores do SUS e Conselheiros visando à identificação e superação das iniquidades e desigualdades.
17. Potencializar e implementar a política nacional de RH do SUS, através de concursos públicos, com formação/capacitação para os Conselheiros e profissionais de áreas, contribuindo assim para o fortalecimento da vigilância em saúde.
18. Promover espaço de discussão e promoção que integrem os vários setores, tais como: saúde, assistência social, educação, segurança, meio ambiente e que garanta também a participação dos movimentos sociais e comunitários para a construção, implementação e planejamento das políticas públicas de vigilância em saúde.
19. Folhetos elaborados pela Sucen que tenha nº telefone para entrar em contato.
20. Levar dados e matérias para conferência;(A Importância da Sucen e Prevenções).
21. Análise com Macacos em pró da Febre Amarela.
22. Norma ou projeto de lei de descarte de inseticida a nível municipal, estadual e nacional.
23. Debates nas escolas e associações, sobre doenças endêmicas.
24. Que o governo faça acompanhamento dos trabalhadores infectados com inseticida.
25. Avaliar e estudar um peso que uma trabalhadora da sucen pode carrega.
26. Denúncia a falta de EPI nos locais de trabalhos.

27. Avaliar gastos da SUCEM porque prefere fazer nebulização do que prevenção.
28. Que seja estalado o controle social em todo o serviço público do estado, inclusive na SUCEM.
29. Que a siga da Secretaria Municipal da Saúde (vacinas) sejam melhor divulgados para a população.
30. Colocar sala de vacinas (Dupla adulta) nos hospitais.
31. Incentivar, conscientizar promoção educacional, para a vacina HPV e o uso adequado do preservativo para toda a população mais jovem.
32. Regulamentação de uma política pública de coleta de resíduos químicos provenientes de uso doméstico, de forma que tenham a destinação correta e evitando que sejam descartados no lixo comum.
33. Regulamentar em todas as esferas do governo a política de Logística Reversa de medicamentos inservíveis, abrangendo todos os elos das cadeias produtivas e poder público.
34. Na questão do descarte que tenha uma melhor fiscalização e acompanhamento para conhecimento da população.
35. Garantir a intensificação da vigilância sanitária no município e estado e que seja melhor a divulgação entre os trabalhadores (as).
36. Garantir educação continuada e permanente para todos os trabalhadores (as) da saúde: SUCEM, UBS E HOSPITAIS.

MOÇÕES APROVADAS

MOÇÃO Nº: 0001
NOME DO PROPONENTE: ANSELMO SILVA
RG DO PROPONENTE: 3.480.106-6

Moção de Repudio

Nos delegadas e delegados A 1º CONFERENCIA MUNICIPAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO DA 1º CONFERENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE, vimos repudiar veementemente a intenção de modo mais que especial (caso ocorra) a efetivação de fechar a unidade de saúde, sejam estas de qualquer natureza, AMA, UBS, UPA, FARMACIA, ou outra qualquer, bem como a paralização das obras dos equipamentos já iniciadas.

Total de Assinaturas: 70 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0002
NOME DO PROPONENTE: Mary A. dos Santos
RG DO PROPONENTE: 58.258.346-9

Moção de Repudio do fechamento da UBS República

Moção de repudiação fechamento da UBS República divulgado pelo secretário da saúde e nós usuários da unidade não aceitamos esta decisão por considerarmos a unidade de fundamental necessidade e importância para a região central.

Total de Assinaturas: 60 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0003
NOME DO PROPONENTE: Patrícia de Freitas
RG DO PROPONENTE: 27.405.09-2

Moção de Repudia a PL 198/2015

A PL 198/2015, e um projeto de lei que torna a transmissão do HIV em crime hediondo.

Se aprovada essa lei, só irá aumentar a descriminação certa os soropositivos. Até mesmo aqueles que se tratam e respeitam seus parceiros.

Tornar o HIV crime hediondo tem impacto negativo na prevenção, só vai reforçar o preconceito e estigma certas pessoas que vivem com HIV.

Não o desmonte do SUS.

Total de Assinaturas: 39 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0004
NOME DO PROPONENTE: Radonir Tomitch
RG DO PROPONENTE: 5412131-0

Moção de Repudio ao PL 280/17

Moção de repudio ao PL280/17 do senador Anastásia PSDB/MG que delega a particulares o serviço público de fiscalização (privatização da vigilância em saúde)

Total de Assinaturas: 45 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0005
NOME DO PROPONENTE: Valdir Pereira Nunes
RG DO PROPONENTE: 22.882.826-0

Moção de Repudio

Nós, delegados e delegadas abaixo assinados manifestamos a nossa insatisfação com a fato de não constar claramente no regulamento da Conferencia o número exato de vagas e critérios claros para a definição das vagas de delegados nos âmbitos Federal e Estadual, o que não apenas evita a perpetuação dos mesmos Delegados, mais amplia a participação democrática de novas lideranças.

Soma se a isso, a necessidade de um banco de dados de todos os participantes das últimas Conferencias, o que pode facilitar a alternância do nome de delegados.

Total de Assinaturas: 46 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0006
NOME DO PROPONENTE: Maria Ortência Souza Rojo
RG DO PROPONENTE: 15335875-0

Moção de apoio

Nós moradores do bairro Chácara Santa Maria, extremo sul da zona sul de São Paulo, solicitamos o apoio desta conferência para a contratação de mais um dentista, pois a população atendia pela UBS Luar do Sertão, cuja população atendida já supera 30.000 habitantes devido a intensa construção de novas unidade habitacionais

Total de Assinaturas: 51 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 07
NOME DO PROPONENTE: Miriam Gloria A. Diaz
RG DO PROPONENTE: 10.443.175-1

Moção de Apoio

Nós moradores da Vila Mariana e região participantes da 1º CONFERENCIA DE VIGILANCIA EM SAUDE, apoiamos o movimento do usuário que solicita melhoria dos cuidados de saúde e a instalação de uma UBS – Unidade Básica de Saúde, tendo em vista a falta deste equipamento e a necessidade de atendimento da população, evidencia o importante vazio assistencial do SUS em nosso território. Considerando ainda que a Organização Mundial de Saúde a cada vinte mil habitantes no território, cita que se faz necessário uma UBS.

Total de Assinaturas: 61 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0008
NOME DO PROPONENTE: Cláudio Aparecido Furlan Leal
RG DO PROPONENTE: 6015859-1

Que seja disponibilizada toda a informação necessária e útil (consolidados propostas e tais) ao bom desenvolvimento das pré conferências municipais com o mínimo (data limite) de 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência ao evento. Para os (as) delegados (as) inscritos possam apresenta-las as suas bases, obtendo-se assim, uma proposta que atenda mais fielmente e próxima aos anseios e necessidades das comunidades, objetivo maior das conferências.

Total de Assinaturas: 39 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0009
NOME DO PROPONENTE: João Cassiano de Oliveira
RG DO PROPONENTE: 55196061-9

Moção de Repudio em defesa da saúde dos povos nativos

Moção de repúdio em defesa da saúde dos povos nativos, Quilombolas e das terras, fatores ocasionam danos desastrosos na saúde física e mental dos povos em referência.

Total de Assinaturas: 41 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0010
NOME DO PROPONENTE: Elionara de Souza Ribeiro
RG DO PROPONENTE: 1381694

Moção de Repudio

Nós delegadas e delegados, presentes na 1º conferência municipal de vigilância em saúde da cidade de São Paulo repudiamos o corte de Verbas no programa de alimentação escolar (merenda) do município de São Paulo, que está priorizando a oferta de alimentos Ultra processados industrializados o que aumenta o risco de doenças como hipertensão diabetes, obesidade entre outras.

Repudiamos também a atual forma de controle de fornecimento da alimentação limitando a quantidade de alimentos ofertados quando nega a repetição o que reflete na autonomia dos alunos na escolha de uma alimentação mais saudável

Total de Assinaturas: 59 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0011
NOME DO PROPONENTE: Neide Duque Silva
RG DO PROPONENTE: 2.767.550-6

Moção

Para Cumprimento da Lei, que o CCIM, faça um processo de Educação Permanente com os Profissionais da Saúde no que se refere ao uso de uniformes e aventais privativos fora do local de trabalho (Hospitais, UBS´S) como medida de prevenção, evitando Infecções Hospitalares.

Total de Assinaturas: 68 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0012
NOME DO PROPONENTE: Nely dos Santos Oliveira
RG DO PROPONENTE: 36.524.805-8

Moção

Nós Delegado (as) da 1º CONFERENCIA MUNICIAPL DE VIGILANCIA EM SAÚDE da cidade de São Paulo, requeremos que seja: AMPLIADO E GARANTIDO o sistema de SANEAMENTO BÁSICO de acordo a legislação vigente; garantido que toda a população receba água de qualidade, esgoto, além da coleta de resíduos sólidos Urbanos (lixo) drenagem fluvial de controle de vetores de doenças. Diminuindo os riscos de disseminação de agentes patológicos. Para promover condições Ambientais necessárias a qualidade de vida e a PROTEÇÃO DA SAÚDE DA PUPULAÇÃO; E RECUPERAR OS MANANCIAIS.

Total de Assinaturas: 34 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0013
NOME DO PROPONENTE: Francisca A Costa
RG DO PROPONENTE: 53.079.133-X

Moção de Apoio

Da Iniciativa da Construção do Hospital de Parelheiros que está parado.

Nós conselheiros da Saúde, estamos na luta para que continue as obras e melhoria da população.

Total de Assinaturas: 41 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0014
NOME DO PROPONENTE: Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira
RG DO PROPONENTE: 60724729

Moção de apoio ao Plebiscito, Moção SP não está à venda

Nós delegados (as) da 1º Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da cidade de São Paulo nos colocamos contrários a forma como o prefeito João Dória está encaminhando a proposta de desestatização, passando via projetos de lei 367/2017 e 404/2017. Transferindo equipamentos, serviços e ativos públicos para iniciativa privada, que são propriedade e responsabilidades do município, essa iniciativa pode ser um cheque em branco para o prefeito privatizar, terceirizar qualquer equipamento e serviços públicos no futuro.

Além do impacto na cidade e nos serviços, é uma medida antidemocrática, porque não consulta população que é a verdadeira dona do patrimônio público.

De um lado Doria congela o orçamento público, de outro entrega ao desfrute da gestão privada, comprometendo a qualidade e acesso da população a rede e serviços públicos municipais, retirando direitos e ampliando a desigualdade.

Dessa forma defendemos a realização do plebiscito já! Dando poderes aos verdadeiros proprietários da cidade.

Total de Assinaturas: 59 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0015
NOME DO PROPONENTE: Alonir Roberto Franco de Lima
RG DO PROPONENTE: 20688094-7

Moção de Repudio

Os trabalhadores (as) ACE do município de São Paulo da condição de delegados (as) presentes na 1º C.M.V.S vem através desta apresentar total repúdio ao prefeito João Dória Jr e o seu secretário de saúde Wilson Pollara que as vésperas da campanha anual de vacinação anti-rábica cães e gatos.

Deixaram de renovar mesmo que por um período mínimo o contrato com uma das três empresas que transportam os ACE que realizam o serviço de vacinação.

Renovando apenas com duas empresas por um período máximo de 90 dias, reduzindo drasticamente o número de carros tanto para atividades de vacinação anti-rabica quanto para as demais atividades rotineiras dos ACE.

Impossibilitando a execução de um serviço de qualidade para toda a população do município de São Paulo

Total de Assinaturas: 38 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0016
NOME DO PROPONENTE: Alonir Roberto Franco de Lima
RG DO PROPONENTE: 20.688.094-7

Moção de Repudio

Os Delegados (as) presentes na 1º C.M.V.S de São Paulo, vem de modo veemente através desta Repudiar o descaço e a falta de Respeito com os profissionais envolvidos na Campanha de Vacinação Anual que cumprem as suas tarefas de maneira louvável. Apesar do total descaso, falta de respeito e má vontade do Sr. Prefeito João Dora Junior de seu Secretário de Saúde do Sr. Wilson Pollara com relação ao ACE. O Sr. Prefeito e seu Secretário de Saúde no dia 27/08/2017 na Praça Charles Muller em frente ao Estádio do Pacaembu inaugurando o SP ANIMAL (Serviço de Proteção do Animal), o que e obviamente correto. Porém na inversão de valores onde o animal tem neste evento dentre outras coisas; Bebedouro, área de descanso, Ambulância para o animal, Kits“ ata-caça etc.

E os trabalhadores não tem, local para refeição, sanitários nem cobertura contra sol e chuva.

Total de Assinaturas: 36 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0017
NOME DO PROPONENTE: Vera Helena Lessa Villela
RG DO PROPONENTE: 49775832

Moção de Repudio

Ao PLS 280/2017 do Senador Anastasia que estabelece diretrizes e requisitos para delegação do Âmbito da Administração Pública Federal, do serviço público de fiscalização administrativa a Particulares.

Total de Assinaturas: 36 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0018
NOME DO PROPONENTE: Auro de Moraes
RG DO PROPONENTE: 14.989.820-4

Moção

No regulamento, artigo 23, onde se lê: "com cinquenta por cento" mais um", Leia-se: "No mínimo cinquenta por cento mais um.

Total de Assinaturas: 35 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0019
NOME DO PROPONENTE: Tatiane Zuza Ferreira
RG DO PROPONENTE: 32.609.778-8

Moção

Incluir indicadores e ações de vigilância em saúde nos contratos de Gestão das Organizações Sociais (OS) as quais realizam a gestão das unidades básicas de Saúde e outros equipamentos no Município. Hoje os indicadores e metas previstas nos contratos estão relacionadas a produtividade e não contemplam a Vigilância em Saúde.

Total de Assinaturas: 40 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0020
NOME DO PROPONENTE: Raquel Plut Fernandes
RG DO PROPONENTE: 51470172

Moção de Apoio

Saúde é vida! Serviços e equipamentos não se fecham, tem que ampliar!

Campo Limpo e M. Boi Mirim estão mobilizados, população junto com os conselhos gestores locais para impedir o desmonte da saúde.

A Conferência Municipal de Vigilância em Saúde apoia esta luta.

Contra o fechamento do pronto atendimento das AMA/UBS Integradas:

Parque Santo Antônio, Jardim Alfredo, PARQUE Figueira Grande e Parque Fernandes e todas da cidade contra o fechamento de UBSs como Jardim Germânia e Parque Maria Helena contra a diminuição do horário de atendimento nas UBSs nenhum direito a menos.

Total de Assinaturas: 58 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0021
NOME DO PROPONENTE: Bergair de O. Valentino
RG DO PROPONENTE: 12.614.716-4

Moção

Considerando que a Unidade de Saúde V. Carioca é fruto de um termo de ajustamento de conduta do Ministério Público, para compensar um grave caso de contaminação Ambiental, produzida pela Shell. Portanto que seja garantido o não fechamento da UBS V. Carioca e ou Unificação com a UBS Joaquim Rossini. Por ser um desrespeito a uma determinação do Ministério Público e com a população moradora da área de abrangência. Somos contra o fechamento e ou Unificação e Sucateamento de toda e qualquer unidade de saúde em todas as esferas de Governo por ser parte do Serviço Essencial na Rede de Atenuação Básica a População.

-----Repudio veemente, a Não aceitação por parte da Coordenação do Eixo I, no PRÉ CONFERENCIA SUDESTE, que negou a inclusão da proposta e tendo orientado a fazer Moção, sendo que nas Prés Conferências não existe Moções!

Somos contra o fechamento e ou unificação de todos os serviços de saúde.

Total de Assinaturas: 48 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0022
NOME DO PROPONENTE: Paulo Santana Soares
RG DO PROPONENTE: 44.460.590-3

Moção de Repudio

Nós delegados e delegadas, repudiamos veemente a postura pela Gestão Doria de "reduzir" a frota de carros, o que inviabiliza o trabalho de Vigilância em Saúde, principalmente as atividades de combate a Endemias e Técnico Sanitário.

Repudiamos também a Proposta de Utilização de Aplicativos que irá expor os trabalhadores e trabalhadoras a maior risco de assaltos e violência, impactando diretamente no serviço prestado a população,

Total de Assinaturas: 60 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0023
NOME DO PROPONENTE: Paulo Santana Soares
RG DO PROPONENTE: 44460590-3

Moção de repudio

Moção em repudio as privatizações propostas pelo presidente Michel Temer e contra a política de concessão, terceirização e privatização na gestão do prefeito João Dória na cidade de São Paulo.

Total de Assinaturas: 34 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0024
NOME DO PROPONENTE: Claudicéia Reis dos Santos
RG DO PROPONENTE: 37352035-9

Moção de repudio

Nós, trabalhadoras e trabalhadores da administração direta, por meio desta moção queremos repudiar a não garantia das horas de participação desta conferência. Pedimos o apoio pois entendemos que a participação dos trabalhadores de vigilância num processo de construção de melhorias nas condições de trabalho para o aperfeiçoamento da prestação dos serviços públicos em vigilância em saúde. Entendemos o processo de construção coletiva traz benefício de forma geral sendo assim consideramos que a participação e uma forma de estar

trabalhando e por isso, deve –se rever a questão da garantia das horas que estamos neste processo de construção, inclusive reconhecer, seus esforços em busca desta melhoria. Portanto devolver estas horas de trabalho.

Total de Assinaturas: 41 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0025
NOME DO PROPONENTE: Maria Rosalina R. Gomes
RG DO PROPONENTE: 8.921.619-2

Moção de Repudio

A Constituição Federal prevê mecanismos de participação popular e controle social que estão, neste momento, ameaçados.

No município de São Paulo, há conselhos que foram extintos, como o de orçamento e participação – CPOP, e outros em que o poder público vem insidiosamente postergando a indicação dos conselheiros do poder público, impedindo, na prática, seu funcionamento regimental. Há ainda casos que não são convocadas eleições para renovação dos conselhos, extinguindo-os extraoficialmente. Cita-se ainda a decisão arbitraria de diminuir o número de conselheiros participantes nas prefeituras regionais. Tal conduta revela-se altamente prejudicial ao exercício da cidadania plena, e enfraquece a democracia partidária, o que culmina em maior vulnerabilidade da população na defesa, em seu território de desmandas do conjunto da sociedade.

Total de Assinaturas: 42 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0026
NOME DO PROPONENTE: Maria Rosalina R. Gomes
RG DO PROPONENTE: 8921619-2

Moção de repudio/reivindicação

Tendo em vista os prejuízos evidentes e riscos conhecidos dos inseticidas defensivos agrícolas e domissanitários a saúde dos trabalhadores à população em geral, repudiamos as condições insalubres e a ausência de EPIs adequados dos funcionários do SUCEN : exigimos investigação isenta por auditoria externa inclusive, a estes e a todos os trabalhadores que , no exercício da função, tenham contato direto com tais substancias. Devem implantar e regulamentar politicas públicas que abordem o controle e necessidade do uso desta substancias, com controle social, amparados por leis trabalhistas e ambientais; Deve-se fazer uso de indicadores quantitativos e qualitativos das técnicas utilizadas para controle de vetores, evitando endemias garantido ainda divulgação adequada a compreensão de todos .

Total de Assinaturas: 48 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0027
NOME DO PROPONENTE: Dilson Antunes Silva
RG DO PROPONENTE: 30.084.923-0

Moção de Repúdio

Nós delegados da 1° Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da cidade de São Paulo, vimos através desta repudiar o corte de verba para o serviço de saúde, em particular de vigilância em saúde como: rescisão de contrato de carros, falta de manutenção de equipamentos da SUVIS, etc., impossibilitando a realização de atividades prioritárias colocando em risco a vida da população

Total de Assinaturas: 76 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0028
NOME DO PROPONENTE: Patricia Freitas

RG DO PROPONENTE: 27405092-4

Moção de repudio ao desmonte dos CTAs.

Atual gestão que não prioriza a saúde na prevenção ISTS/HIV/aids acarretando desmonte de equipamentos, tais como: CTA Santo Amaro e CTA Parque Ipê, deixando a população com dificuldade de acesso aos serviços.

Total de Assinaturas: 35 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0029
NOME DO PROPONENTE: Francesca Edinelda Andrade Gomes
RG DO PROPONENTE: 13.263.635-9

Moção de Repúdio

Nós Delegadas (os) da 1° Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da cidade de São Paulo, considerando a falta de humanidade e constrangimento dos familiares e outros que fazem visitas as pessoas privadas de sua liberdade. Requeremos a garantia da construção e manutenção de banheiros públicos “Gratuitos” com fraldário, que venham atender essa população, bem como em todos os tipos de comércio e locais públicos.

Total de Assinaturas: 45 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0030
NOME DO PROPONENTE: Adelina Vieira da Silva
RG DO PROPONENTE: 39650401-2

Proposta Moção

Acompanhamento das consultas médicas nas UBSs no sentido de dar celeridade a conclusão das mesmas. Isto posto pois, existe uma demora expressiva na realização de exames solicitados pelos médicos das UBSs

Total de Assinaturas: 43 assinaturas.

MOÇÃO Nº: 0031
NOME DO PROPONENTE: Alexandre Espejo
RG DO PROPONENTE: 16.259.160-3

Moção

Criação do Cargo/carreira do técnico em nutrição e dietética no quadro da Prefeitura do município de São Paulo, com vistas a realizar ações de promoção e proteção à saúde da população, visando preceitos sanitários pertinentes à segurança alimentar e qualidade nutricional, garantindo o bem-estar do indivíduo e da coletividade.

Destaque: este profissional atuará nos hospitais municipais, Unidades Básicas de Saúde, escolas e creches do município de São Paulo. Promoveria ações, oficinas, orientações à população por meio de consultas nas UBS ou visitas domiciliares, além de atuarem na área de alimentos como já o fazem autorizados pelo CRN3 SP.

Total de Assinaturas: 33 assinaturas.

A Vigilância em Saúde tem como missão a proteção e a promoção da saúde da população, compreendendo um conjunto de ações e serviços que visam a prevenção e controle de doenças e agravos, identificar, prevenir, eliminar, controlar ou minimizar riscos à saúde.

Por necessidade de avaliar e discutir a política nacional de vigilância em saúde, o Conselho Nacional de Saúde convocou a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

Faz parte desse processo a 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde, cujo objetivo é discutir as peculiaridades do município, fazer propostas para as políticas municipal, estadual e nacional.

EIXOS TEMÁTICOS

QUE SERÃO DISCUTIDOS:

- O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS;
- Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde;
- Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde;
- Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde.

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

SUS

SÃO PAULO

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

saudeprefsp

Mais Informações:
prefeitura.sp.gov.br/saude

1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE **VIGILÂNCIA EM SAÚDE** PROGRAMAÇÃO

26 DE AGOSTO

8h às 12h Credenciamento e entrega de materiais

8h às 9h30 Café de boas vindas

8h30 às 9h30 Abertura oficial, composição da mesa

9h30 às 10h30 Leitura e aprovação do Regulamento

10h30 às 12h Palestra Magna:

"Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro". "Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde"
Cristiane Mota de Faria
Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

12h às 12h30 Apresentação - Coral Vozes da COVISA

12h30 às 14h Almoço

14h às 15h Credenciamento dos suplentes

14h às 18h Grupos de Trabalho:

SUBEIXO I
O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS;
Dr. Stephan Sperling
Rede Nacional de Médicos Populares

SUBEIXO II
Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde;
Dr. Jorge Kayano
Instituto Pólis

SUBEIXO III
Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde;
Dr. José Olímpio Moura de Albuquerque
Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SUBEIXO IV
Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde;
Antônia Conceição dos Santos
Tribunal de Contas do Município de São Paulo

27 DE AGOSTO

8h às 9h30 Café

9h às 15h Plenária Final e Homologação das Propostas

12h30 às 14h Almoço

16h às 18h Eleição dos(as) delegados(as)

18h Encerramento

AJUDE A FORTALECER O SUS NA NOSSA CIDADE

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

REGIMENTO

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. A 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da cidade de São Paulo, etapa municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, convocada pela Portaria nº 593 - SMS.G de 07 de julho de 2017, tem como objetivo propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional, Estadual e Municipal de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e das ações de vigilância em saúde.

CAPÍTULO II

SEÇÃO I - DA REALIZAÇÃO

Art. 2º. A 1ª CMVS terá abrangência municipal, mediante a realização das Pré-Conferências nas 06 (seis) Coordenadorias Regionais de Saúde existentes no Município de São Paulo, assim como Conferências Livres, conforme anexo I:

I. A Etapa Municipal será realizada de 26 a 27 de agosto de 2017 e contará com 600 participantes;

II. As etapas preparatórias à Conferência Municipal, denominadas de Pré-Conferências, serão realizadas nos dias 29 de julho e 05 de agosto de 2017, das 09h00 às 17h00. Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas a partir de julho de 2017 até o dia 13 de agosto de 2017;

III. O REGIMENTO e o cronograma geral da 1ª CMVS serão aprovados por meio de Resolução do Conselho Municipal de Saúde.

§1º. Compõem a etapa preparatória da 1ª CMVS:

a) As Pré-Conferências a serem realizadas nas datas acima e em locais de fácil acesso, nos territórios das Coordenadorias Regionais de Saúde, a saber:

1. Centro
2. Sudeste
3. Leste
4. Oeste
5. Norte
6. Sul

b) As Conferências Livres, Plenárias e Oficinas;

§2º. É condição, para candidatar-se à delegada(o) da 1ª CMVS para as etapas municipal, estadual e nacional, ter participado de uma das Pré- Conferências, de forma ativa, em 100% das atividades, incluindo os grupos por eixos temáticos.

§3º. As entidades que realizarem Conferências Livres, Plenárias e Oficinas deverão informar à Comissão Organizadora Municipal o cronograma de realização dessas atividades;

§4º. As etapas citadas no artigo 2º designam 50% de delegados(as) à etapa municipal, segundo o número de vagas estabelecidas no regulamento, de acordo com a Resolução 453 do CNS, além de ações para mobilização, análise e elaboração de propostas de resoluções que serão discutidas e eleitas na etapa municipal.

§5º. O não cumprimento dos prazos e/ou da realização das etapas previstas neste artigo, não constituirão impedimento para a realização da Etapa Municipal.

SEÇÃO II - DA ETAPA MUNICIPAL

Art. 3º. A Etapa Municipal terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e elaborar propostas para o fortalecimento dos programas e das ações de implementação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e das ações de vigilância em saúde.

Parágrafo único. A comissão de organização e o Conselho Municipal de Saúde são responsáveis pela realização da etapa municipal, emitindo Relatório da Etapa Municipal, juntamente com a lista dos(as) delegados(as) eleitos(as) para as Etapas Estadual e Nacional, considerando-se os prazos previstos no Regimento da Conferência Estadual. Na Conferência Municipal serão eleitos(as), de forma paritária, os delegados e as delegadas que participarão da Conferência Estadual de São Paulo e da Nacional, conforme a Resolução do CNS nº 453/2012.

Art.4º. As inscrições dos(a) delegados(as) da Etapa Municipal eleitos (as) para participarem da 1ª CMVS serão realizadas nas Pré-conferências, com o acompanhamento da Comissão Organizadora da Conferência Municipal e referendadas pela Comissão de Credenciamento e Homologação da Conferência Municipal, que apresentarão as listas de eleitos(as) para a 1ª CNVS, após homologadas;

Art.5º. A 1ª CMVS será realizada nos dias 26 e 27 de agosto de 2017, na Universidade São Judas Tadeu, Campus Mooca, Rua Taquari, 546 - Mooca.

Parágrafo único. A Programação da 1ª CMVS será proposta pela Comissão de Relatoria e aprovada pela Comissão Organizadora da 1ª CMVS e anexada ao Regulamento.

SEÇÃO III - DAS CONFERÊNCIAS LIVRES

Art. 6º. 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, mulheres negras, imigrantes, catadores(as) de materiais recicláveis, empregadas(os) domésticas(os), profissionais de saúde, LGBTT, indígenas, pessoas com deficiência, pessoas vivendo com HIV/AIDS, dentre outros), podendo ser constituídas no âmbito das Coordenadorias Regionais de Saúde, com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos.

Parágrafo único: As conferências livres não elegem delegados(as). O principal objetivo é apresentar sugestões/propostas pelo(s) eixo(s) temático(s) debatido(s) à Comissão Organizadora da Etapa correspondente.

CAPÍTULO III DO TEMÁRIO

Art.7º. 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 em eixo principal e em subeixos;

§1º. O eixo principal da 1ª CMVS será sobre Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento do SUS como Direito de Proteção e Promoção da Saúde do Povo Brasileiro: "Fortalecimento dos Programas e das Ações de Vigilância em Saúde".

Os sub-eixos da 1ª CMVS serão:

Sub-eixo I - O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS;

Sub-eixo II - Responsabilidades dos Governos com a Vigilância em Saúde;

Sub-eixo III - Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde;

Sub-eixo IV - Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde.

§2º. O Documento Orientador da 1ªCMVS, de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão de Relatoria, com aprovação da Comissão Organizadora, com base no eixo principal e nos eixos temáticos da 1ªCMVS e deverá considerar as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde, 18ª Conferência Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde;

§3º. O eixo principal e os eixos temáticos poderão sofrer ajustes, respeitando-se o debate acumulado pelo Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º. A 1ªCMVS será presidida pelo Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, com Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo e Coordenação Geral Adjunta da Comissão Organizadora da Conferência.

Art. 9º. O funcionamento da Etapa Municipal da 1ªCNVS se dará através da constituição de Exposições Orientadoras, Grupos de Trabalho e de uma Plenária Final.

§1º - As apresentações de expositores(as) nas distintas etapas da conferência têm a finalidade de qualificar os debates;

§2º - Após a realização da Etapa Municipal, pelo período de 1 (um) ano, os conselhos gestores e o Conselho Municipal de Saúde desenvolverão atividades de monitoramento e devolutivas das deliberações da 1ªCMVS, a serem encaminhadas para a inclusão no PPA de 2018.

Art. 10º. Os relatórios das Pré-Conferências deverão ser apresentados à Comissão Organizadora Municipal da 1ªCMVS, até o dia 11 de agosto de 2017.

§1º. Os relatórios das Pré-Conferências deverão conter as propostas debatidas regionalmente, propostas a serem acrescentadas ao documento orientador da Etapa Municipal da 1ªCNVS e a relação de delegados(as) eleitos(as) nas regiões;

§2º. Caberá à Comissão de Relatoria elaborar o Relatório Consolidado da Etapa Municipal, a ser publicado e distribuído para subsidiar a Etapa Estadual da 1ªCEVS.

§3º. A Comissão de Relatoria da 1ªCMVS consolidará as propostas do Relatório Municipal, considerando, no máximo, 12 (doze) propostas prioritárias de abrangência nacional, 12 (doze) de abrangência estadual e 12 (doze) de abrangência municipal, sem número mínimo de propostas por subeixos, a serem apresentadas em papel tamanho A4, fonte tipo Arial, tamanho 12 e espaço duplo. Estas propostas serão elencadas na 1ª CMVS.

CAPÍTULO V DAS COMISSÕES

Art. 11. A 1ª CMVS será conduzida pelas seguintes comissões:

a) Comissão Organizadora

b) Comissão de Infraestrutura

c) Comissão de Relatoria

d) Comissão de Comunicação e Mobilização

e) Comissão de Credenciamento e Homologação.

Parágrafo Único - As comissões serão compostas por conselheiros(as) municipais de saúde e convidados(as).

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 12. À Comissão Organizadora compete:

I. Promover, coordenar e supervisionar a realização da 1ªCMVS, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentar as propostas para homologação pelo Conselho Municipal de Saúde;

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

II. Garantir as condições de infraestrutura necessárias para a realização da 1ªCMVS em conjunto com a Comissão de Infraestrutura;

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

V. Prestar contas ao Conselho Municipal de Saúde dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões na participação das etapas preparatórias da Conferência Municipal;

VI. Garantir as condições de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da 1ªCMVS, referentes ao local, ao credenciamento, aos equipamentos e às instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, internet, fax, entre outros), transporte, alimentação, atendendo aos pedidos das demais comissões;

VII. Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 1ªCMVS;

VIII. Propor a lista dos(as) convidados(as) e Delegados(as) referidos(as) acima, obedecendo à paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e após consulta aos segmentos do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 13. À Comissão de Infraestrutura da 1ªCMVS compete:

I. Realizar os esforços necessários ao cumprimento das condições de acessibilidade e de infraestrutura para a realização da 1ªCMVS, referentes ao local, ao credenciamento, aos equipamentos e às instalações audiovisuais, audiodescrição, braile, leitura ampliada, intérprete de libras e guia-intérpretes, reprografia, comunicação (telefone, internet, fax, entre outros), transporte, alimentação, atendendo aos pedidos das demais comissões;

II. Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, asseguradas as condições para suas efetivas participações, nos termos do manual de acessibilidade da CISPD/CNS e Lei Brasileira de Inclusão e Acessibilidade, Lei nº 146 de 06 de junho de 2015.

Art. 14. À Comissão de Relatoria compete:

I. Elaborar e propor o método para consolidação dos Relatórios das Etapas Preparatórias e da Plenária Final da Etapa Municipal;

II. Consolidar os Relatórios das Etapas Preparatórias;

III. Sistematizar a produtividade dos Grupos de Trabalho;

IV. Propor nomes para compor a equipe de relatores da Plenária Final;

V. Elaborar o Relatório Final da 1ªCMVS;

VI. Propor metodologia para a etapa final da 1ªCMVS;

VII. Propor, encaminhar e coordenar a publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a 1ªCMVS, aprovados pela Comissão Organizadora da 1ª CMVS;

Parágrafo único - A Comissão de Relatoria trabalhará articulada com a Comissão de Comunicação e Mobilização da 1ª CMVS e Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde na produção dos textos de apoio para a 1ªCMVS.

Art. 15. À Comissão de Comunicação e Mobilização compete:

I. definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 1ª CMVS, incluindo imprensa, internet e outras mídias;

II. promover a divulgação do Regimento e do Regulamento da 1ª CMVS;

III. orientar as atividades de comunicação social da 1ª CMVS;

IV. apresentar relatórios periódicos das ações de comunicação e divulgação, incluindo recursos na mídia;

V. divulgar a produção de materiais, da programação e do Relatório Final da 1ª CMVS;

VI. mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes, nas etapas da 1ª CMVS;

VII. estimular a realização de atividades para discussão do Documento Orientador.

Parágrafo único - A Comissão de Comunicação e Mobilização trabalhará articulada com a Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde no desenvolvimento das ações da 1ª CMVS.

Art. 16. Compete à Comissão de Credenciamento e Homologação:

I. Elaborar a ficha de inscrição nas etapas preparatórias e na municipal da 1ª CMVS;

II. Promover e monitorar o preenchimento das inscrições em todas as etapas preparatórias e na Conferência Municipal;

III. Acompanhar e emitir relatórios de todos os processos do credenciamento;

IV. Organizar e estruturar o processo de credenciamento de delegados(as), obedecendo aos horários estabelecidos no regulamento;

V. Após os prazos estabelecidos, homologar e apresentar à Comissão Organizadora para ratificação do número de delegados(as) cadastrados(as) com direito a voto e apresentar o número de delegados(as) ausentes;

VI. Organizar e estruturar o processo de credenciamento de convidadas(os), obedecendo aos horários estabelecidos;

VII. Organizar e estruturar o processo de credenciamento de observadoras(es), obedecendo aos horários estabelecidos;

VIII. Apresentar à Comissão de Relatoria a lista de delegados(as) eleitos(as) para as etapas estadual e nacional da 1ª CNVS.

CAPÍTULO VII DOS PARTICIPANTES

Art. 17. A 1ª CMVS contará com os seguintes participantes, cujos nomes serão publicados em resolução posterior:

a) 244 delegadas(os) eleitas(os) pelas Pré-Conferências, com direito a voz e voto;

b) 244 delegados(as) eleitos(as) pelas Plenárias Específicas por Segmento, com supervisão do Conselho Municipal de Saúde, com direito a voz e voto;

c) 36 Convidadas(os), com direito a voz;

d) 20 Observadoras(es),

e) 56 delegados(as) natos(as), sendo obrigatória a participação em pelo menos uma Pré-Conferência.

§1º. Delegados(as) eleitos(as) nas Pré-Conferências e nas Plenárias dos segmentos devem ser paritários, sendo preferencialmente 50% de cada gênero.

§2º. No processo eleitoral para a escolha de Delegados(as), serão eleitos(as) Delegados(as) suplentes, no total de 10% (dez por cento) das vagas de cada segmento,

devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do(a) Delegado(a) suplente, assim caracterizado no conjunto dos(as) delegados(as) inscritos(as), à Comissão Organizadora da 1ª CMVS;

§3. Serão convidados(as) para a 1ª CMVS representantes de entidades, instituições nacionais e internacionais, personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância em Vigilância em Saúde, num percentual máximo de até 10% (dez por cento) do total de delegados (as) eleitos(as), que serão indicados(as) pela Comissão de Relatoria, em conjunto com a Comissão Organizadora. Com referência aos (às) expositores(as) e eventuais remanescentes, serão partilhados(as), paritariamente, com os segmentos que compõem o CMS;

Art. 18. A comunicação dos(as) delegados(as) suplentes eleitos(as) em substituição aos(às) delegados(as) titulares eleitos(as), respeitando-se os respectivos segmentos, poderá ser realizada até 05 (cinco) dias antes da data de realização da Etapa Municipal; as demais ausências de delegados(as) serão substituídos(as) conforme cronograma da Comissão de Credenciamento e Homologação.

Art. 19. Participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 1ª CMVS, para que sejam providenciadas as condições necessárias às suas participações.

CAPÍTULO VIII DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 20. As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Municipal da 1ª CMVS caberão à dotação orçamentária consignada na Secretaria Municipal de Saúde.

§1º. A Secretaria Municipal da Saúde arcará com as despesas referentes à alimentação de todos (as) delegados(as), convidados(as) e observadores(as).

§2º. As despesas com o deslocamento de delegados(as) de regiões de origem até o local da etapa municipal serão de responsabilidade das respectivas unidades regionais, incluindo o transporte acessível.

§3º. As despesas com a Conferência Municipal poderão ser custeadas pelo Fundo Municipal de Saúde, com a aprovação do Pleno do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 21. São instâncias de decisão na Etapa Municipal da 1ª CMVS:

I - Os grupos de trabalho

II - Plenária Final.

§1º. O regimento da Etapa Municipal, sistematizado pela Comissão Organizadora, será apreciado e aprovado em Reunião do Pleno do CMS, anterior a realização das Pré-Conferências.

§2º. 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, proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§3º. Os grupos de trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos do Relatório Municipal consolidado.

§4º. A Plenária Final tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas, eleger as prioritárias provenientes do relatório consolidado dos grupos de trabalho, bem como as moções de âmbito municipal, estadual, nacional e internacional.

§5º. A Plenária Final homologará delegados(as) para a Conferência Estadual e Nacional, eleitos(as) pelos respectivos segmentos, de acordo com a Resolução n 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 22. O Relatório Final da Conferência conterá as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho e as propostas e moções aprovadas na Plenária Final da Etapa Municipal, devendo conter diretrizes municipais, estaduais e nacionais para o fortalecimento dos programas e das ações de implementação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde.

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

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23. O Regimento da Conferência Municipal terá como referência os Regimentos das Etapas Estadual e Nacional.

Art. 24. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 1ª CMVS.

Resolução nº 12, do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo – Publicada em DOC em 19/08/2017.

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

REGULAMENTO

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º. A 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, deliberada pelo Pleno do Conselho Municipal de Saúde para os dias 26 e 27 de agosto de 2017, e convocada pelo Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo no dia 07 de julho de 2017 pela Portaria nº 593/2017 - SMS.G.

Tem por objetivo propor diretrizes para a Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde.

CAPÍTULO II DA REALIZAÇÃO

Art. 2º. A 1ªCMVS terá abrangência municipal, mediante a realização das Pré-Conferências nas 06 (seis) Coordenadorias Regionais de Saúde existentes no Município de São Paulo, assim como Conferências Livres, conforme abaixo:

I. A Etapa Municipal será realizada de 26 a 27 de Agosto de 2017 e contará com 600 participantes, na Universidade São Judas Tadeu - Campus Mooca, Rua Taquari, 546, das 8h às 18h;

II. As etapas preparatórias à Conferência Municipal, denominadas Pré-Conferências, foram realizadas nos dias 29 de Julho e 05 de Agosto de 2017, das 9h às 17h; Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras realizadas a partir de julho de 2017 até o dia 13 de agosto de 2017;

III. O cronograma geral da 1ª CMVS foi aprovado por meio da Resolução 12/2017do Conselho Municipal de Saúde, publicada no DOC no dia 19 de agosto de 2017.

§1º. Compõem a etapa preparatória da 1ª CMVS:

a) As Pré-Conferências realizadas nas datas acima nos territórios das Coordenadorias Regionais de Saúde;

b) As Conferências Livres, Plenárias e Oficinas;

SEÇÃO II - DA ETAPA MUNICIPAL

Art. 3º. A Etapa Municipal terá por objetivo analisar e aprovar propostas oriundas das etapas preparatórias, elencar as prioridades para o fortalecimento dos programas e ações de

Implementação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora e o Conselho Municipal de Saúde são responsáveis pela realização da etapa municipal emitindo Relatório da Etapa Municipal, anexando a lista dos (as) Delegados (as) eleitos (as) para as Etapas Estadual e Nacional, considerando-se os prazos previstos no Regimento da Conferência Estadual. Na Conferência Municipal serão eleitas, de forma paritária, os delegados e as delegadas que participarão da Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de São Paulo e da Nacional, conforme a resolução CNS nº453/2012.

Art.4º. As inscrições dos (as) delegados (as) da Etapa Municipal eleitos (as) para participarem da 1ª CEVS serão realizadas pela Comissão de Credenciamento e Homologação da Conferência Municipal, que homologará a lista de eleitos (as) para a 1ªCNVS.

CAPÍTULO III DO TEMÁRIO

Art.5º. 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 em eixo principal e em subeixos.

§1º. O eixo principal da 1ª CMVS será Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento do SUS como Direito de Proteção e Promoção da Saúde do Povo Brasileiro. "Fortalecimento dos Programas e Ações de Vigilância em Saúde".

Os sub-eixos da 1ª CMVS serão:

Sub-eixo I - O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS;

Sub-eixo II - Responsabilidades do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde;

Sub-eixo III - Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde;

Sub-eixo IV - Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde.

§2º. O Documento Orientador da 1ªCMVS, de caráter propositivo, elaborado por representantes da Comissão de Relatoria, com aprovação da Comissão Organizadora, com base no eixo principal e eixos temáticos da 1ªCMVS, considera as deliberações da 15º Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde, 18ª Conferência Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde.

§3º. O eixo principal e os eixos temáticos poderão sofrer ajustes, respeitando o debate acumulado pelo Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º. O funcionamento da Etapa Municipal da 1ªCNVS se dará através da constituição de Abertura, Palestra Magna, Exposições Orientadoras, Grupos de Trabalho e de uma Plenária Final.

§1º - As apresentações de expositores (as) nas distintas etapas da conferência têm a finalidade de qualificar os debates.

§2º - Após a realização da Etapa Municipal, por um período de 1 (um) ano, os

Conselhos Gestores e o Conselho Municipal de Saúde desenvolverão atividades de monitoramento e devolutivas das deliberações da 1ªCMVS, e encaminhando para a inclusão no PPA de 2018.

Art. 7º. Caberá à Comissão de Relatoria elaborar o Relatório Consolidado da Etapa Municipal, e, após aprovação do Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, será publicado e distribuído para subsidiar a Etapa Estadual da 1ªCNVS.

Parágrafo único. A Comissão de Relatoria da 1ª CMVS consolidará as propostas do Relatório Municipal, considerando no máximo, 12 (doze) propostas prioritárias de abrangência nacional, desde que contemplados todos os eixos; 12 (doze) propostas prioritárias de abrangência estadual e 12 (doze) propostas de abrangência municipal. Essas propostas serão votadas e aprovadas na plenária final da 1ª CMVS. As demais propostas aprovadas constarão do relatório final.

CAPÍTULO V DAS COMISSÕES

Art. 8º. A 1ª CMVS será conduzida pelas seguintes comissões:

a) Comissão Organizadora;

b) Comissão de Comunicação e Mobilização;

c) Comissão de Relatoria;

d) Comissão de Infraestrutura e

e) Comissão de Credenciamento e Homologação.

Parágrafo Único – As comissões serão compostas por conselheiros(as) municipais de saúde e convidados(as).

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 9º. À Comissão Organizadora compete:

I. Promover, coordenar e supervisionar a realização da 1ªCMVS, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentando as propostas para homologação do Conselho Municipal de Saúde;

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

III. Garantir as condições de infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CMVS, em conjunto com a Comissão de Infraestrutura;

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

V. Prestar contas ao Conselho Municipal de Saúde dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões na participação das etapas preparatórias e Conferência Municipal;

VI. Garantir as condições de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CMVS, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, internet, entre outros), transporte, alimentação e outras, atendendo aos pedidos das demais comissões;

VII. Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 1ª CMVS; e

VIII. Propor a lista dos (as) convidados (as) e Delegados (as) referidos acima, obedecendo à paridade prevista na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e após consulta aos segmentos do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 10. À Comissão de Infraestrutura da 1ªCMVS compete:

I. Realizar os esforços necessários ao cumprimento das condições de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da 1ªCMVS, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, áudio descrição, libras e guias-intérpretes; reprografia, comunicação (telefone, internet, entre outros), transporte, alimentação e outras atendendo aos pedidos das demais comissões;

II. Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, asseguradas as condições para sua efetiva participação nos termos do Manual de Acessibilidade da CISPD/CNS e Lei Brasileira de Inclusão e Acessibilidade, Lei nº 146 de 06 de junho de 2015.

Art. 11. À Comissão de Relatoria compete:

I. Elaborar e propor o método para consolidação dos Relatórios das Etapas Preparatórias e da Plenária Final da Etapa Municipal;

II. Consolidar os Relatórios das Etapas Preparatórias;

III. Sistematizar a produção dos Grupos de Trabalho;

IV. Propor nomes para compor a equipe de relatores da Plenária Final;

V. Elaborar o Relatório Final da 1ªCMVS,

VI. Propor metodologia para a etapa final da 1ªCMVS;

VII. Propor, encaminhar e coordenar a publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a 1ªCMVS.

Parágrafo único - A Comissão de Relatoria trabalhará articulada com a Comissão de Comunicação e Mobilização na produção dos textos para a 1ªCMVS.

Art.12. À Comissão de Comunicação e Mobilização compete:

I. Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 1ª CMVS, incluindo imprensa, internet e outras mídias;

II. Promover a divulgação do Regimento e do Regulamento da 1ª CMVS;

III. Orientar as atividades de comunicação social da 1ª CMVS;

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 CMVS;

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

VII. Estimular a realização de atividades para discussão do Documento Orientador.

Parágrafo único - A Comissão de Comunicação e Mobilização trabalhará articulada com a Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde no desenvolvimento das ações da 1ª CMVS.

Art. 13. Compete à Comissão de Credenciamento e Homologação:

I. Elaborar a ficha de inscrição nas etapas preparatórias e na Conferência Municipal da 1ª CNVS;

II. Promover e monitorar o preenchimento das inscrições em todas as etapas preparatórias e na Conferência Municipal;

III. Acompanhar e emitir relatórios de todos os processos do credenciamento;

IV. Organizar e estruturar o processo de credenciamento dos(as) delegados(as) obedecendo aos horários estabelecidos no regulamento;

V. Homologar, após os prazos estabelecidos, e apresentar à Comissão Organizadora para ratificação do número de delegados(as) cadastrados(as) com direito a voto, e apresentar o número de delegados(as) ausentes;

VI. Organizar e estruturar o processo de credenciamento dos convidados(as) obedecendo os horários estabelecidos;

VII. Organizar e estruturar o processo de credenciamento das observadores(as) obedecendo os horários estabelecidos;

VIII. Apresentar à Comissão de Relatoria a lista dos delegados(as) eleitos(as) para as etapas estadual e nacional da 1ª CNVS.

CAPÍTULO VII DOS PARTICIPANTES

Art. 14. A 1ª CMVS contará com 600 participantes. O conjunto dos(as) delegados(as) obedecerá o princípio da paridade e terá a seguinte representação, nos termos da Lei:

50% usuários (as)	244 delegados(as)
25% trabalhadores (as)	122 delegados(as)
25% gestores (as)/prestadores (as)	122 delegados(as)
Delegados (as) natos (as)	56 delegados(as)

a) 244 delegados (as) eleitos (as) pelas Pré-Conferências, com direito a voz e voto;

b) 244 delegados (as) eleitos (as) pelas Plenárias por Segmento supervisionadas pelo Conselho Municipal de Saúde, com direito a voz e voto;

c) 56 delegados (as) natos (as), conselheiros (as) municipais de saúde;

d) 28 Convidados (as), com direito a voz;

e) 28 Observadores (as).

§1º . Todos (as) os (as) delegados (as), para serem eleitos (as) deverão, obrigatoriamente, ter participado de pelo menos uma pré-conferência.

§2º. Todos (as) os (as) delegados (as), observadores (as) e convidados (as), regularmente inscritos (as), terão direito a participar das sessões plenárias e discussão nos grupos por eixos temáticos, assim como de todos os trabalhos programados para a 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo.

§3º. Os (as) delegados (as) eleitos (as) nas Pré-Conferências e nas Plenárias dos segmentos devem ser 50% preferencialmente mulheres.

§4º. No processo eleitoral para a escolha de delegados (as), deverão ser eleitos (as) delegados (as) suplentes, no total de 10% (dez por cento) das vagas de cada segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do (a) delegado (a) suplente à Comissão Organizadora da 1ª CMVS.

Art. 15. A comunicação dos (as) delegados (as) suplentes eleitos (as) em substituição aos (às) delegados (as) titulares eleitos (as) poderá ser realizada até 05 (cinco) dias antes da data de realização da Etapa Municipal; as demais ausências de delegados (as) serão substituídas conforme cronograma da Comissão de Credenciamento e Homologação.

Art. 16. Os participantes com deficiência e/ou patologias deverão registrar suas necessidades especiais no campo adequado da ficha de inscrição da 1ª CMVS, para que sejam providenciadas com antecedência as condições necessárias à sua participação.

CAPÍTULO VIII DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 17. As despesas com a organização geral da 1ª CMVS caberão à dotação orçamentária consignada na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

§1º. A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo arcará com as despesas referentes à alimentação de todos (as) os (as) participantes da 1ªCMVS.

§2º. As despesas com deslocamento dos (as) participantes das regiões de origem até local da 1ªCMVS serão de responsabilidade da SMS.G, incluindo transporte acessível para as pessoas com deficiência.

§3º. As despesas com a Conferência Municipal poderão ser custeadas pelo Fundo Municipal de Saúde, com a aprovação do Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

CAPÍTULO IX DA PROGRAMAÇÃO

Art. 18. A 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde se desenvolverá de acordo com a programação a seguir:

Sábado – 26 de agosto de 2017

8:00h às 12:00h – Credenciamento e entrega de materiais

8:00h às 09:30h – Café de boas vindas

8:30h às 9:30h – Abertura oficial, composição da mesa

9:30 às 10h30 - Leitura e aprovação do Regulamento

10:30 às 12h – Palestra Magna: Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento do SUS como Direito de Proteção e Promoção da Saúde do Povo Brasileiro. "Fortalecimento dos Programas e Ações de Vigilância em Saúde".

12h às 12h30 – Apresentação cultural

12h30 às 14h – Almoço

14h às 15h – Credenciamento dos(as) suplentes

14h às 18h – Grupos de Trabalho

Domingo – 27 de agosto 2017

8h às 9h – Café

9h às 15h – Plenária Final e Homologação das Propostas

12h30 às 14h – Almoço

16h às 18h – Eleição dos (as) delegados (as)

18h - Encerramento

CAPÍTULO X FUNCIONAMENTO DOS GRUPOS DE TRABALHO POR EIXOS TEMÁTICOS

Art. 19. As plenárias por eixos temáticos serão regidas pelas seguintes normas:

§1º. Os grupos de trabalho serão compostos paritariamente por delegados e delegadas nos termos da Resolução CNS nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com participação de convidados e de convidadas, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§2º. Os grupos de trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos do Relatório Municipal consolidado.

Art. 20. As plenárias por eixos temáticos serão regidas pelas seguintes normas:

§1º. A instalação das plenárias por eixos temáticos nos grupos de trabalho seguirá, após as inscrições dos (as) participantes e delegados (as) credenciados (as), com paridade, de acordo com a opção de interesse por eixo temático no ato de sua inscrição.

§2º. A Comissão Organizadora da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da1ªConferência Nacional de Vigilância em Saúde de São Paulo/indicará 01 (um) coordenador e 01 (um) relator para dirigir os trabalhos em cada plenária temática. O grupo deverá escolher entre os participantes, 01 (um) coordenador adjunto e 01 (um) relator adjunto, sendo que um deles deverá ser do segmento usuário.

§3º. Em cada plenária temática, o coordenador do grupo deverá iniciar os trabalhos, com a leitura das propostas do relatório consolidado, iniciando pelo eixo principal e por eixo temático correspondente. Após exposição e leitura das propostas, haverá a votação das mesmas.

§4º. Os (as) participantes delegados (as) e convidados (as) poderão fazer seus destaques no momento da leitura das propostas.

§5º. As inscrições para intervenções dos (as) delegados (as) deverão ser feitas junto à coordenadora do grupo, com apresentação do crachá, devendo o uso da palavra se restringir a 3 minutos.

§6º. Serão incorporadas ao relatório e remetidas à Plenária Final para leitura as emendas e/ou propostas de resolução que obtiverem mais de 70% de votação nas Plenárias Temáticas. As propostas que obtiverem entre 50% e 69% serão levadas para votação na plenária final e as propostas que obtiverem menos de 50% serão rejeitadas.

§7º. Os pedidos de reinscrição passarão a ser atendidos depois dos pronunciamentos iniciais.

§8º. Esgotado o tempo destinado aos debates, os (as) inscritos (as) não contemplados poderão formular seu pronunciamento por escrito, o qual será encaminhado para conhecimento e apreciação da Relatoria Geral.

§9º. A Questão de Ordem é direito ligado ao cumprimento dos dispositivos regimentais e legais, com uso da palavra de dois minutos, sendo competência dos Coordenadores de Mesa, a decisão da pertinência do pedido. Durante o regime de votação é vetado o uso da questão de ordem.

§10º. Cada grupo de trabalho, por eixo temático, deverá elencar até doze propostas prioritárias para as Conferências Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde, perfazendo um total de doze propostas para cada uma das Conferências.

CAPÍTULO XI DA PARTICIPAÇÃO E MOÇÕES

Art. 21. Todos (as) os (as) Delegados (as), desde que regularmente inscritos (as), terão direito às Sessões Plenárias, Mesas Temáticas e Grupos de Trabalho, programados para 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

§1º – Aplica-se aos (às) convidados (as) o disposto neste artigo, exceto os direitos de voto e de pleitear inscrição para a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde e 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

§2º - As Moções deverão ser encaminhadas, em formulário próprio, à Comissão de Relatoria até as 12h do dia 27/08, por escrito, com no máximo 15 (quinze) linhas, com identificação do (a) proponente e no mínimo com 10% de assinaturas de adesão dos (os) delegados (as) credenciados (as).

§3º - As Moções que não preencherem os requisitos do parágrafo anterior, não serão apreciadas, devendo ser devolvidas aos proponentes.

CAPÍTULO XII DA PLENÁRIA FINAL

Art. 22. São instâncias de decisão na Etapa Municipal da 1ª CMVS:

I - Os grupos de Trabalho; e

II - Plenária Final.

Parágrafo Único - A Plenária Final tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas, bem como eleger as propostas prioritárias provenientes do relatório consolidado dos grupos de trabalho, e também as moções de âmbito municipal, estadual, nacional e internacional. Não poderão ser apresentadas propostas novas.

Art. 23. O quórum de instalação da Plenária Final será dado com cinquenta por cento mais um dos delegados credenciados presentes.

I – O relatório consolidado da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde será lido e votado;

II – As propostas constantes no relatório consolidado disponibilizadas aos (às) delegados (as)que não forem alteradas nos grupos de trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde;

III – As propostas que obtiveram 70% (setenta por cento) ou mais dos votos nos grupos, farão parte do Relatório da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde;

IV – Para apreciação na Plenária Final, as propostas destacadas nos grupos de trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um dos grupos de trabalho para compor o Relatório Final;

V – Na Etapa Final não serão acatadas propostas novas;

VI – As propostas e diretrizes constantes do Relatório Consolidado, destacadas dos Grupos de Trabalho, serão aprovadas por maioria simples dos (as) Delegados (as) presentes na votação da Plenária Final;

VII - As moções serão lidas uma a uma. Lida a moção e não tendo o plenário a necessidade de esclarecimento, a mesma será colocada em votação;

VIII – Lida a moção e tendo o plenário a necessidade de esclarecimento, o proponente será chamado a defendê-la, no tempo máximo de 2 minutos e depois será colocada para votação;

IX – Havendo dúvida com relação à votação, o coordenador determina a contagem dos votos na seguinte ordem: a favor – contra – abstenção.

CAPÍTULO XIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. O Relatório Final da Conferência conterá as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho e as propostas e Moções aprovadas na Plenária Final da Etapa Municipal, devendo conter diretrizes municipais, estaduais e nacionais para o fortalecimento dos

programas e ações de Implementação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde.

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

Art. 25. O Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde será encaminhado pelo Conselho Municipal de Saúde: à Câmara Municipal de São Paulo, ao Ministério Público, ao Conselho Estadual de Saúde, à Comissão de Saúde da Câmara Municipal de São Paulo e ao Secretário Municipal da Saúde de São Paulo para publicação em Diário Oficial da Cidade de São Paulo, após homologação do Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

Art. 26. Os casos omissos ocorridos no decorrer da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo/Etapa Municipal da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde ou neste regulamento serão avaliados pela Comissão Organizadora.

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

SUS

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO PAULO

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo

DOCUMENTO ORIENTADOR

EIXO PRINCIPAL:

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

O texto síntese de referência foi elaborado, para esta plenária, incluindo parte do conteúdo do Documento Orientador do Conselho Nacional de Saúde para a 1ª CNVS.

CONTEXTO HISTÓRICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Vigilância em Saúde tem como missão a proteção e a promoção da saúde da população. Essa área de atuação compreende um conjunto de ações e serviços que visam prevenir e controlar doenças e agravos e identificar, prevenir, eliminar, controlar ou minimizar riscos à saúde. Fundada no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, a Vigilância em Saúde depende da participação ampla e solidária da sociedade e do trabalho integrado e articulado com os diversos órgãos que atuam ou se relacionam com a saúde, visto que muitos dos fatores determinantes e condicionantes da saúde estão relacionados à qualidade de vida das pessoas e são influenciados por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, dentre outros.

No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as ações de vigilância epidemiológica, restritas ao controle de doenças transmissíveis, eram conduzidas pelo Ministério da Saúde. Apenas os estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975 (Lei 6.529, 1976), e cabia-lhes executar as ações definidas pela União. Situação semelhante ocorria no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Nessa época, as ações de vigilância ambiental eram praticamente inexistentes no âmbito do sistema público de saúde.

No município de São Paulo, a estruturação da Vigilância em Saúde ocorre no início da primeira década deste século, com a publicação de diversos atos normativos, objetivando a estruturação do sistema de Vigilância em Saúde. O Decreto Municipal nº 42.740/02 de 20 de dezembro de 2002 dispõe que Vigilância em Saúde, no município de São Paulo, é integrada pelas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde Ambiental e compreendem os instrumentos de normatização, vigilância, controle, fiscalização, pesquisa, análises de laboratório e educação em saúde pública.

De acordo com a Portaria nº2.031/03, de 08 de maio de 2003, da Secretaria Municipal de Saúde, as ações de Vigilância em Saúde no município de São Paulo deveriam ser gerenciadas por áreas temáticas, sendo: controle de doenças e agravos (tuberculose, doenças cardiovasculares, hepatites, dengue, acidentes de trânsito e violências, etc), produtos (alimentos, medicamentos, cosméticos, etc) e serviços de interesse da saúde (hospitais, clínicas, unidades de saúde, salões de beleza, creches, tatuagens e piercings, etc), vigilância em saúde ambiental (zoonoses, água para consumo humano, áreas contaminadas, etc) e saúde do trabalhador (acidentes e doenças do trabalho, etc), informação sobre Vigilância em Saúde e desenvolvimento dos profissionais de Vigilância em Saúde.

O Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS), nos dias de hoje, é composto pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA, suas gerências e núcleos técnicos; 06 Divisões Regionais de Vigilância em Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde; 26 Unidades de Vigilância em Saúde - UVIS dos Distritos de Saúde e Núcleos de Vigilância em Saúde do Trabalhador dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Portaria 861 de 2016).

SITUAÇÃO ATUAL

A cidade de São Paulo é uma metrópole de quase 12 milhões de habitantes, além de cerca de 800 mil pessoas que diariamente circulam na capital, em função de suas características econômicas, culturais e políticas. Esta população é considerada integralmente SUS dependente no que diz respeito à Vigilância em Saúde.

Nas últimas três décadas o município tem atravessado uma clara mudança em seu perfil econômico: de uma cidade com forte caráter industrial tem cada vez mais assumido um papel de cidade terciária, pólo de serviços e negócios para o país. Preponderam os setores econômicos de Serviços e do Comércio em número de estabelecimentos (50,6%, 38,5%) e de trabalhadores (56,8%, 24,1%), respectivamente.

São Paulo apresenta um perfil epidemiológico típico de metrópoles de países em desenvolvimento, decorrente da forma como se urbanizou. Ainda ocorrem as doenças infecciosas, ao lado da violência, em especial homicídios e acidentes de trânsito, doenças relacionadas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas e doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, diabetes, entre outras), além das decorrentes de exposição aos riscos ambientais, incluídos neste o do trabalho.

Com relação aos ambientes de trabalho, a distribuição de acidentes notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN é de 31% no setor de Serviços, 15,5% no setor do Comércio e 11,4% no setor da Indústria. Os acidentes graves (graves, fatais e envolvendo jovens com menos de 18 anos) se distribuem em 24,7% no setor de Serviços, 19,8% no setor do Comércio e 11,3% no setor da Indústria. As doenças do trabalho ocorrem devido às abordagens e/ou métodos organizacionais adotados, que não respeitam os limites psicofisiológicos dos trabalhadores, impondo: rotinas estressantes, com jornadas de trabalho extensas, com estabelecimento de metas inatingíveis e intangíveis, restrição de pausas, inclusive para necessidades fisiológicas, estímulo à competitividade; estresse cognitivo intenso; transporte/carregamento e sustentação de cargas excessivas e/ou acima das capacidades para o gênero e idade; repetitividade de tarefas; posturas estáticas prolongadas em pé ou sentada; realização de tarefas e ou atividades proibidas por trabalhadores com menos de 18 anos; mobiliário, equipamentos, instrumentos e máquinas inadequadas e sem as devidas proteções; sobrecarga e/ou desconforto térmico, luminoso e acústico e outros riscos à saúde dos trabalhadores, característicos de cada empresa/setor ou posto de trabalho.

São exemplos de doenças relacionadas ao trabalho as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/ DORT e os Transtornos mentais.

Para os jovens, a inserção precoce e indevida no trabalho traz prejuízos no seu desenvolvimento, dificulta o aproveitamento escolar e a integração social, as relações com grupos e família, impõe limitação de tempo para as atividades de lazer, com consequente evasão escolar, o que diminui as chances de formação e qualificação para os que trabalham.

O início da vida dos trabalhadores nos relatos colhidos por diversos autores é, de forma geral, uma recordação traumática e com conteúdo pedagógico de desconstrução da personalidade dos indivíduos. A naturalização do trabalho juvenil proibido é uma banalização do direito dos jovens e interrupção das possibilidades de expressão de suas capacidades individuais, principalmente nas classes menos favorecidas.

Para garantir a atenção integral à saúde é preciso também que os serviços de saúde e a população compreendam que muitos agravos e doenças são decorrentes de condições sanitárias irregulares dos produtos e serviços utilizados pela população. O processo de esterilização

inadequado em clínicas médicas e odontológicas, a falta de acessórios de proteção contra quedas em instituições de idosos, a manipulação inadequada de alimentos em restaurantes são exemplos de situações que expõem os consumidores ao risco sanitário. A integração entre as ações da assistência e vigilância em saúde nestes casos é fundamental para garantir a detecção precoce de riscos à saúde e a intervenção da autoridade sanitária nos estabelecimentos que apresentam problemas sanitários, visando prevenir a ocorrência de agravos à saúde. Além das inspeções aos estabelecimentos do setor regulado (comércio e indústria de alimentos, medicamentos, cosméticos, serviços de saúde e outros) e das atividades de educação sanitária, o município possui um laboratório próprio de controle de qualidade, que realiza análises de amostras de água e alimentos coletadas pelas autoridades sanitárias. Além das ações junto aos estabelecimentos, é papel da vigilância em saúde atuar no controle da qualidade e segurança dos produtos, desde as etapas de fabricação, transporte, armazenamento, comercialização até o consumo.

A poluição gerada pelos processos de produção e consumo desenfreados resulta em enorme impacto no meio ambiente e na vida das pessoas. A região metropolitana de São Paulo viveu recentemente a pior escassez de água dos últimos 80 anos. A crise decorre de décadas de mau uso da água e do solo. A redução das áreas verdes, com o uso desordenado do espaço urbano, especialmente em áreas de risco tais como encostas, várzeas e solos contaminados é um fenômeno observado no município e responsável por danos à vida e à saúde. A poluição, o desperdício da água tratada e os eventos climáticos extremos potencializaram a crise hídrica, afetando a qualidade de vida da população.

O modelo escolhido de desenvolvimento é gerador de significativos impactos socioambientais nos territórios por eles influenciados. Estes impactos são sentidos ao longo do tempo. O número de áreas contaminadas vem crescendo ano a ano. Segundo dados da CETESB em 2011, 2015 e 2016, há registros, respectivamente, de 1329, 1950 e 2050 áreas contaminadas no município. A atuação integrada das equipes da assistência e da vigilância nestes territórios é fundamental para uma avaliação adequada do risco à saúde da população exposta aos contaminantes e a identificação precoce de agravos à saúde, tratamento e monitoramento dos moradores da região. Regiões como a Vila Carioca (contaminação pela Shell), Jardim Keralux, a área contaminada pela Bayer na região do Jurubatuba, a área contaminada de Sylvania/Jetirana, os aterros sanitários de Vila Albertina e Lauzane Paulista, a COHAB Nossa Senhora da Penha – Vila Nova Cachoeirinha são alguns exemplos da cidade que demandam um acompanhamento contínuo por parte das unidades de saúde para minimizar os efeitos de tal exposição.

Ainda, 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 a dengue, agora, concomitantemente à dengue, zika e chikungunya, incide sobre a saúde de milhões de pessoas.

Estas epidemias recorrentes revelam também a não efetividade dos programas e ações de controle de vetores que são centrados na dispersão de agrotóxicos no interior e no entorno das residências e também na ênfase dada à responsabilização dos indivíduos. Situação que pode se agravar com a Lei nº 13.301/2016 de 27 de junho de 2016 que possibilita a dispersão de agrotóxicos por aviões nas áreas urbanas visando o controle de mosquitos transmissores de doenças.

O impacto das combinações da contaminação ambiental e da exposição de trabalhadores na agricultura urbana e de seus familiares deve ser considerado, assim como implementado as medidas necessárias para o controle da exposição a estes contaminantes.

O Centro de Controle de Zoonoses - CCZ é a área da COVISA especializada em executar atividades de vigilância e controle de zoonoses, visando a saúde da população humana, ou seja, a prevenção e controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores (raiva, leptospirose, febre maculosa, zika e outras) de animais sinantrópicos (ratos, baratas, vespas, mosquitos, pombas) e acidentes com animais peçonhentos e venenosos de relevância para a Saúde Pública (aranhas, escorpiões, outros). As atividades de proteção, saúde e bem estar animal não fazem parte das atribuições do SUS, conforme estabelecido na legislação, em especial o disposto na

Portaria nº 1.138/GM/MS e no Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: Normas Técnicas e Operacionais, 2016 que vincula as Unidades de Vigilância de Zoonoses às ações de vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. O CCZ possui dois laboratórios, o LABZOO, que realiza exames para identificação de zoonoses e doenças transmitidas por vetores e o LABFAUNA, que realiza a identificação e pesquisa em fauna sinantrópica.

A ampliação 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. Ao lado disso, o sedentarismo, condicionado pelas dificuldades de mobilidade urbana, falta de segurança, de áreas verdes e substituição do lazer e esportes ao ar livre pela televisão, celular e computador levam ao surgimento e/ou agravamento de patologias como desnutrição, dislipidemias, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis. Estudos realizados na cidade de São Paulo (DURAN 2013) demonstram desigualdades regionais no acesso a alimentos protetores com relação a essas doenças, como frutas e hortaliças.

Apesar dos recentes avanços na superação da fome e miséria por meio de políticas públicas voltadas à Segurança Alimentar e Nutricional e acesso à renda, ainda persistem em nossa sociedade a desigualdade social, miséria e o flagelo da fome. Em São Paulo, os espaços onde persiste a vulnerabilidade social, expressa nas condições de habitação, renda, escolaridade estão localizados nos extremos das periferias sul e leste, embora no centro também se encontrem populações vulneráveis, entre elas os milhares de moradores de rua.

A complexidade da realidade brasileira e paulistana 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 atuação da Vigilância em Saúde deve ser intersetorial e 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 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.

Os subeixos a serem debatidos são:

Subeixo 01 - O lugar da vigilância no SUS

Subeixo 02 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde

Subeixo 03 - Saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na vigilância em saúde

Subeixo 04 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde.

SUBEIXO 1:

O LUGAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS

As ações de Vigilância em Sade devem ser coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos no Sistema Único de Saúde para garantir a integralidade da atenção à saúde da população com equidade e transparência. Para tal, devem ser construídas práticas de gestão e processos de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde.

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, ambulatórios, 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.

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.

O modelo de atenção à saúde, atualmente hegemônico, não prioriza promoção e proteção à saúde, componentes estratégicos da natureza da atuação da Vigilância em Saúde. Essa situação se reflete também na fragmentação da Vigilância que muitas vezes atua de forma compartimentalizada e verticalizada. A busca por modelos alternativos que superem os anteriores e conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado, 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.

Conforme disposto na Portaria Federal nº 2135/13 o planejamento no âmbito do SUS deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

É essencial que esse planejamento seja realizado de modo integrado entre as várias áreas técnicas que compõem o sistema de saúde, nos diferentes níveis de atenção e contemple uma análise conjunta da situação de saúde da população, considerando a realidade e especificidades do território, para definir as prioridades e estratégias de intervenção. Para tal, é preciso constituir espaços de discussão e construção compartilhada de ações, metas e indicadores de monitoramento, bem como avaliação da eficácia das ações propostas na melhoria das condições de vida da população e os reflexos/impactos na situação de saúde daquela comunidade sob intervenção.

É necessário que cada componente do sistema de saúde compreenda que tem um papel fundamental na detecção precoce e na intervenção oportuna no controle de doenças de importância em saúde pública e no reconhecimento dos riscos à saúde a que estão expostas as pessoas num determinado território.

Na avaliação de desempenho dos serviços de saúde, ainda se observa uma tendência de privilegiar indicadores de produtividade, em detrimento a indicadores de processo e resultado

que permitam analisar os impactos dos programas e ações desenvolvidos na redução dos problemas de saúde que afetam a população. É preciso incorporar como metas de desempenho dos serviços de assistência à saúde os resultados relativos às ações de promoção e proteção da saúde pertinentes ao seu âmbito de atuação. Cabe avaliar os resultados dos serviços de saúde quanto à cobertura vacinal, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de doenças transmissíveis, a notificação oportuna de agravos e doenças de relevância para a saúde pública, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção, comunicação e educação em saúde.

É preciso incorporar nos instrumentos de planejamento e contratação de serviços, metas e indicadores de monitoramento que reflitam a qualidade da assistência prestada, incorporando a vigilância em saúde como parte integrante de seus processos de trabalho.

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.

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, incluindo outros setores da sociedade e da administração pública.

Vale ressaltar ainda que além das ações de promoção e proteção da saúde desenvolvidas pelos serviços de assistência à saúde, há várias atividades que são pertinentes às unidades de vigilância em saúde e que dependem de profissionais em número suficiente e com expertise nesse campo do conhecimento para sua execução. É o caso das atividades de inspeção sanitária de produtos e serviços de interesse da saúde pública, bem como de ambientes de trabalho, investigações epidemiológicas, planejamento e distribuição de insumos e equipamentos estratégicos relacionados às ações de vigilância em saúde, bloqueios e nebulização para controle de vetores, vistorias zoosanitárias, coleta e análise da qualidade da água e alimentos, alimentação de sistemas de informação de vigilância em saúde e análise de dados, elaboração de normas técnicas e legislações sanitárias, monitoramento das doenças e agravos de relevância para a saúde pública e articulação com as demais áreas de interface, além de outras atividades relacionadas a este campo de atuação.

Perguntas:

1. Quais obstáculos/dificuldades são percebidos para atuação da vigilância em saúde integrada às demais práticas do cuidado em saúde?
2. Que estratégias/práticas podem ser desenvolvidas no território para efetivar a ação da vigilância em saúde como parte integrante do cuidado em saúde?
3. Como promover de forma eficaz a integração da vigilância e assistência na prática?

Referências:

Brasil. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

Brasil. Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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 e dá outras providências.

SUBEIXO 2:

RESPONSABILIDADES DO ESTADO E DOS GOVERNOS COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O foco do debate e proposições desse grupo se pauta nas responsabilidades dos entes federados (nacional, estadual, municipal) pelo financiamento, gestão e execução das ações de vigilância, de forma compartilhada e integrada com as redes de atenção a saúde (RAS). Inclui-se ainda nesse conjunto as responsabilidades pelas atualizações, capacitações e educação permanente dos técnicos, não só da Vigilância, mas de toda a rede, com objetivo de propiciar qualidade e resolutividade das ações.

Deve-se destacar também que a eficácia e efetividade do financiamento, gestão e execução das ações de vigilância dependem da cooperação entre municípios de regiões metropolitanas e das regiões de saúde, tendo em vista superar as diferenças e desigualdades na estrutura dos Sistemas de Saúde implementados. Para o sucesso dessas pactuações é fundamental o fortalecimento das instâncias de participação e controle social instituídos pelos SUS, bem como a atuação transparente das atividades e resoluções de Comissões Gestoras Bipartites e Comissões Intergestoras Regionais.

A constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado e que ainda, a responsabilidade sanitária com o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde é um pressuposto básico para todos os entes federados e inerente à missão de garantia dos direitos à saúde da população como ação de Estado, conforme explicitado na Constituição Federal – artigo 200, incisos I a VIII:

> "Art.200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
>
> I. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
>
> II. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
>
> II. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
>
> IV. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
>
> V. incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação, em sua área (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015);
>
> VI. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
>
> VII. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos;
>
> VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho."

Além da Lei Federal nº 8080/90 que estabelece, dentre outras, as competências das três esferas de governo em relação às ações de vigilância, deve-se citar também a Portaria 1378/GM/MS de 09 de julho de 2013 que regulamenta as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela união, estados, municípios e distrito federal.

O financiamento das ações de vigilância em saúde deve ser garantido de forma tripartite, contínua, assegurando os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão, bem como deve contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de suas ações. As responsabilidades, os requisitos, as prerrogativas, bem como os critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para os estados, municípios e distrito federal estão definidos pela normativa vigente do SUS. Apesar dos esforços institucionais para assegurar os recursos financeiros e criar estruturas técnico-administrativas locais, constata-se que a descentralização da vigilância em saúde ainda não alcançou a integração das práticas e ações de atenção individual e coletiva necessária para o exercício da integralidade na saúde.

O SUS apresenta em sua estrutura espaços institucionais e participativos de planejamento e acompanhamento que devem ser ocupados pela sociedade civil organizada e pelos trabalhadores da saúde. Esse é um objetivo a ser perseguido e explicitado nos documentos que norteiam processos de desenvolvimento regionais, no sentido da sustentabilidade ambiental, social e especialmente a busca da sustentabilidade sanitária. Dentre os documentos norteadores podemos citar Planos Plurianuais, Planos de Ação e Relatórios de Gestão.

A análise da situação de saúde das áreas de abrangência dos equipamentos de saúde permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. As gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas do governo devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais (como meio ambiente, educação, urbanismo, etc) que possam contribuir para a promoção de melhores condições de vida e de saúde da população.

Na cidade de São Paulo o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS) é composto pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA, suas gerências e núcleos técnicos; 06 Divisões Regionais de Vigilância em Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde; 26 Unidades de Vigilância em Saúde - UVIS dos Distritos de Saúde e 06 Núcleos de Vigilância em Saúde do Trabalhador dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, todos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde - SMS. A estrutura organizacional, as áreas de abrangência, atribuições e os responsáveis estão definidos atualmente na Portaria Municipal 861/16 e no Decreto Nº 57.538/16. Também fazem parte do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde todos os serviços de saúde do município que executam ações de vigilância de forma direta ou indireta, como os Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios Gerais ou Especializados, Unidades do Programa de Saúde da Família, Centros de Referência, dentre outros.

Faz-se necessária uma estrutura nova e efetiva para o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS), aparelhando-o para cumprir os fins para os quais foi instituído. Também, o modelo de organização dos componentes do SMVS e sua articulação com os programas verticalizados (DST/AIDS, Saúde do trabalhador, Violência, Infecção Hospitalar, entre outros) devem ser revistos. As políticas intra e intersetoriais atuais 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 resultem em assumir tais questões em sua dimensão de problemas sanitários.

Outro aspecto que deve ser considerado nesta revisão é a articulação da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO) com os componentes do SMVS, possibilitando o fortalecimento da Governança Regional, por meio de gestão das informações, considerando as diferentes complexidade e tecnologias. A construção dos processos de informação precisa traduzir os dados das situações de riscos à saúde e os impactos sociais e ambientais, de forma que os agentes de saúde e população possam intervir e modificar os condicionantes de saúde.

Para enfrentar os desafios postos, o debate deve confluir para a "construção de uma política Nacional de Vigilância que reconheça as diversidades regionais e expresse as semelhanças e as especificidades das três esferas do governo (BRASIL, 2013. p.13). Essa política terá um papel estratégico e pedagógico importante, na medida em que se configurar como instrumento integrador da vigilância em saúde como campo da saúde pública, devendo ser trabalhada em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Perguntas:

1. Como está estruturada e é financiada a vigilância em saúde em seu território?
2. Os aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos são considerados para o planejamento e execução de ações no território?

Referências:

Brasil. Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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 e dá outras providências.

Brasil.Portaria nº 1378/GM/MS de 09 de julho de 2013. Regulamenta as diretrizes pra a execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela união , estados, municípios e distrito federal na área de vigilância em saúde e vigilância sanitária.

SUBEIXO 3:

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

O campo de conhecimento e de práticas da Vigilância em Saúde é atravessado por um complexo conjunto de elementos interdependentes: informações e registros de manifestações biológicas, físicas e psicológicas do adoecimento; expressões clínicas agudas ou crônicas e suas possíveis interações com agentes patogênicos externos; diversos fatores de riscos e sua distribuição na população, suas associações e seus determinantes sociais.

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".

A missão da Vigilância em Saúde é promover e proteger a saúde da população, prevenir e controlar riscos, doenças e agravos, desenvolvida por meio de saberes, práticas e tecnologias que foram incorporados ao longo do tempo pelas áreas que a constitui (epidemiológica, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária). A construção da vigilância em saúde requer a compreensão de como as práticas e tecnologias das vertentes que lhe constituíram podem ser articuladas para que esses saberes possam potencializarem-se reciprocamente: a) produzir informações para tomada de decisão oportunas 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.

As práticas, saberes e tecnologias que constituem a vigilância em saúde podem ser agrupadas nos seguintes componentes:

- vigilância de eventos e estados relacionados à saúde;
- regulação da produção, comércio de produtos e serviços de interesse da saúde;
- mapeamento e análise do risco sanitário;
- intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde;
- implementação de ações e programas de controle de doenças, agravos e riscos;
- informação, incorporação de novas tecnologias;
- comunicação de risco à população e aos componentes do SMVS;
- educação em saúde.

Um objeto comum às áreas é o risco, que se desdobra em:

- risco como probabilidade de ocorrência de acidentes e doenças;
- risco como possibilidade de ocorrência de eventos;
- risco potencial associado aos produtos, serviços, ambientes e processos de trabalho.

A gestão do risco, objetivo comum às áreas da vigilância em saúde, pressupõe o conhecimento de como o risco está distribuído e seus fatores determinantes para que seja possível estabelecer a estratégia de controle mais efetiva. As estratégias de conhecimento já estão consolidadas nos campos da vigilância epidemiológica. A saúde do trabalhador já opera com os dois conceitos de risco, aquele resultante da vigilância de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e do conhecimento obtido nas inspeções realizadas nos ambientes de trabalho e a análise de riscos inerentes à distribuição das atividades no território. A vigilância em saúde ambiental acrescenta o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, natural e antrópico, que interferem na saúde. A vigilância sanitária ainda carece de métodos e práticas bem estabelecidas que permitam conhecer e mapear riscos nos diversos segmentos do setor regulado e como estes riscos se distribuem no território de maneira a permitir estratégias de gestão do risco mais efetivas.

Interfaces entre os componentes da vigilância em saúde apontam para possibilidades de integração. Alguns exemplos que ilustram tais potencialidades:

- vigilância e controle dos acidentes e doenças associadas ao trabalho;
- vigilância e controle das doenças de transmissão alimentar;
- vigilância e controle das infecções em serviços de saúde;
- vigilância e controle das arboviroses;
- controle de fatores de risco para doenças crônicas por meio da regulação da produção de alimentos;
- vigilância de doenças como disparador da ação de controle sanitário;
- farmacovigilância (vigilância de agravos) para a vigilância pós mercado de medicamentos.

Ante o exposto e, considerando saberes, práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde faz-se necessária a reflexão, no mínimo, sobre os pontos abaixo elencados:

- Acessibilidade: 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. As dimensões operacionais que norteiam o acesso aos bens e serviços de saúde são disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.
- Necessidade de avançar na concepção do modelo de atenção à saúde: o modelo de atenção à saúde hegemônico não prioriza a promoção e proteção à saúde, componentes estratégicos da natureza da atuação da vigilância. Essa situação se reflete também na fragmentação da vigilância em saúde, que muitas vezes atua de forma compartimentalizada e verticalizada.

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:

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...".

- A governança regional para o acesso e a integração da vigilância em saúde entre os seus componentes e entre os demais níveis de atenção à saúde são desafios que se apresentam para superação da fragmentação da vigilância em saúde.
- A Educação Profissional em Vigilância em Saúde como instrumento da superação da fragmentação institucional.

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 o controle de vetores e seus agravos?
4. Que alternativas sustentáveis são viáveis para superação do atual modelo nutricional inadequado?

SUBEIXO 4:

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA PARA ENFRENTAMENTO DAS INIQÜIDADES SOCIAIS 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, entre o conhecimento técnico-cientifico e político-institucional frente aos saberes e práticas populares. Essas limitações dificultam a construção de soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde.

Um amplo processo de reflexão, que contemple efetivamente a intersetorialidade (e não apenas a multisetorialidade), deve ser implementado, com vistas a se estabelecer prioridades para os projetos de intervenção. Essa prática tem o potencial de ampliar o olhar para além da doença, para além da recuperação, para além da ideologia da medicalização. É também uma oportunidade ímpar de se incrementar a autonomia dos participantes, aspecto imprescindível de qualquer planejamento estratégico que se formule.

A Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe o Conselho de Saúde como um órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Os conselheiros precisam ser capacitados para exercerem de forma consciente seu papel.

A participação na execução de uma estratégia para enfrentar os problemas do território tende a reforçar a representatividade dos segmentos do Conselho, já que a prática exige a participação de todos e não apenas dos membros eleitos. A estes últimos cabe o papel de mobilizadores dos que representam no Conselho. A educação permanente facilita a compreensão da pluralidade dos interesses, propondo formas para o encaminhamento do processo na direção do bem comum, diminuindo o impacto dos grupos mais poderosos, pelo exercício do diálogo e pela força do melhor argumento.

Para o sucesso dessa proposta, é preciso superar a prática de elaborar programas com a participação exclusiva de técnicos para depois apresentá-los à população. A partilha do poder é em si mesma uma forma de romper com a prática clientelista estabelecida entre Estado e sociedade. Implica 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.

É necessário que se reflita sobre a parcela de responsabilidade pessoal na manutenção da saúde ou no advento da doença, tanto quanto sobre a parcela que cabe à sociedade, em decorrência de sua forma de organização. O empoderamento do cidadão não tira, obrigatoriamente, fatias do poder do Estado; ao contrário, cidadãos empoderados reforçam o papel precípuo do Estado.

Um segundo plano é o empoderamento grupal, com ênfase nos pequenos grupos, isto é, aqueles agrupamentos de viventes do território que se reúnem, rotineiramente, sob os mais diversos pretextos, como, por exemplo, a prática de certos esportes, rituais religiosos, etc.

E, por último, estimular o empoderamento comunitário. Não é demais lembrar a imensa riqueza de recursos disponíveis na comunidade à espera de mobilização. São parcos os canais para a manifestação desses recursos, imperando, na maioria das vezes, o imediatismo e o individualismo. No campo da saúde, raramente o sistema se propõe a ouvir os cidadãos, raramente valoriza a sabedoria acumulada por décadas, quase nunca permite que os cidadãos do território participem da elaboração compartilhada de estratégias. Com a rápida e inexorável progressão dos agravos e doenças não transmissíveis, se o sistema de saúde não mudar radicalmente sua postura, ele será atropelado, com poucas chances de recuperação. O empoderamento comunitário é, com certeza, um dos melhores antídotos para conter essa avalanche que se avoluma de forma alarmante.

São louváveis as propostas de organização do sistema, como a constituição de Redes Regionais de Atenção e expansão da Estratégia Saúde da Família. No entanto, a história tem demonstrado que, por si só, elas não têm alterado efetivamente o padrão de saúde, no que tange à qualidade de vida, a despeito da alteração do padrão epidemiológico.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde deve estimular a promoção de práticas que envolvam a população para que conheçam e assim atuem para modificar as situações de riscos e agravos a que estão expostas. Também deve incorporar a consulta à população, como parte das responsabilidades dos trabalhadores e gestores do SUS em suas ações cotidianas, através de mecanismos como audiências e consultas públicas, ouvidorias, práticas educativas, mobilização social, criação de espaços de gestão participativa e atualização e fomento de mecanismos de informação e comunicação.

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.

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

Perguntas:

1. Quais alterações seriam necessárias nos modelos de atenção ou de intervenção em saúde para identificar e superar as desigualdades/iniquidades?
2. Como e onde assegurar a participação da comunidade e do controle social nas ações e serviços da vigilância em saúde?
3. Como os processos de educação permanente para o controle social podem contemplar a temática da vigilância em saúde e promover a participação popular?
4. Como promover a mobilização social visando ampliar o comprometimento da população com a eliminação ou redução de riscos à saúde?

Referências:

O texto síntese de referência foi elaborado, para esta plenária, incluindo parte do conteúdo do Documento Orientador do Conselho Nacional de Saúde para a 1ª CNVS e do texto "Participação Social e Saúde: Uma contribuição para o debate", de Nelson Bedin.