

RELATÓRIO FINAL



**1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO**





**CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE DE SÃO PAULO**





FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde.
1º Conferência Estadual de Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo. / organizado por Belfari Garcia Guiral – São Paulo: SES/SP, 2017.
63 p. : il.

1. Sistema Único de Saúde 2. Conferência de Saúde 3.
Participação Social 4. Vigilância em Saúde.

SES/CCD/CD 52/17

WA670



“Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto.

A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar

e humilde o bastante para aprender.”

Clarice Lispector



REALIZAÇÃO

Secretário de Estado da Saúde

David Everson Uip

Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Eduardo Ribeiro Adriano

Chefe de Gabinete

Nilson Ferraz Paschoa

Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde

Belfari Garcia Guiral

Comissão Organizadora da 1ª CEVS

Padre João Inácio Mildner – Coordenador

Benedito Alves de Souza – Coordenador Adjunto

Relator

Belfari Garcia Guiral

Representantes do Segmento Usuário

Benedito Alves de Souza

João Cassiano de Oliveira

João Inácio Mildner

Luiz José de Souza

Representantes do Segmento Trabalhador

Maria Isabel Cristina Martins Boniolo

Suely Stringari de Souza

Representantes do Segmento Gestor

Lidia Tobias Soares

Marcelo Luis Gratão

Representantes da Área Técnica

Eliana de Fatima Paulo

Ricardo Kerti Mangabeira Albanez

Representantes da Secretaria Executiva

Belfari Garcia Guiral

Cássia Marinho Tubone


Equipe de Relatoria na Etapa Estadual

Belfari Garcia Guiral

Cássia Marinho Tubone

Claudia Carnevalle

Edimarcia Munhos Correa Coelho



Eliana de Fátima Paulo
Elizeu Diniz
Fernanda Lemos Soares
Flavia Kimura Okamoto
Irony Therezinha Pires
Jean Carlos de Oliveira Dantas
João Henrique Tavares A. da Silva
Lan Hee Suh
Marise Borges dos Santos Barbosa
Shirley Geni Hioni
Silvia Simões Teixeira Nicolau
Solange Aparecida de Camargo Gomes
Solange Aparecida Martins
Vinicius Vinci
Wilmar dos Santos

Palestrantes Convidados

Adilson Soares
Ana Maria Figueiredo
Aurea Maria Zollner Ianni
Brigina Kemp
Clelia Maria Samento de Souza Aranda
Eliana de Fátima Paulo
Fernadno Casquel Monte
Florise Malvezzi
Márcia Cristina Fernandes Prado Reina
Marco Akeman
Mascos Buolos
Maria Cristina da Costa Marques
Ricardo Kerti Mangabeira Albanez
Ronald Ferreira dos Santos

Secretaria Executiva

Equipe Técnica

Belfari Garcia Guiral
Cássia Marinho Tubone
Irony Therezinha Pires
Shirley Geni Hioni
Solange Aparecida de Camargo Gomes
Equipe Administrativa
Eleonora Aparecida Ferraz
Mara Rosana do Nascimento Oliveira
Maria Palmira Moura Martins
Ohana Renata Bernardes Souza
Rosa Cristina Floreste
Silvia Maria Tropardi Ferreira

Fotos

Ohana Renata Bernardes Souza
Vinicius Vinci



Conselheiros Estaduais Titulares

David Everson Uip (Presidente do Conselho)

Ana Lúcia de Mattos Flores

Aparecida Jacinto dos Santos

Benedito Alves de Souza

Carmino Antônio de Souza

Claudia Sofia Indalecio Pereira

Douglas Nogueira Alves

Exedito Pedro do Nascimento

Flávio José Dantas

Gustavo Pereira Fraga

Idreno de Almeida

Ivonildes Ferreira da Silva

João Inácio Mildner

José Augusto Queiroz

José Carlos Souza Trindade Filho

Lázaro Cesar da Silva

Leônides Gregório da Silva

Ligia Rosa da Costa Pereira

Luis Fernando Nogueira Tofani

Luiz José de Souza

Marcelo Luis Gratão

Maria Aparecida Novaes

Maria Lucia Zarvos Varellis

Marília Cristina Prado Louvison

Mauri Bezerra dos Santos Filho

Meire Cristina Nunes Vieira Rosa Ghilarducci

Neide Aparecida Sales Biscuola

Roseli Sinkivicio M.B. Rezende

Rosilânia Correia Lima

Sheila Ventura Pereira

Conselheiros Estaduais Suplentes

Adriana Martins de Paula

Affonso Viviani Jr

Arnaldo Marcolino da Silva Filho

Carlos Botazzo

Carlos José Xavier Tomanini

Claudio Toledo Soares Pereira

Cleonice Caetano

Erica Beatriz Lemes Pimentel

Francisco de Assis Gonçalves Valério

Gerson Sobrinho Salvador de Oliveira

Glória de Almeida Saraiva Massoni

Ismael Gianeri

João Cassiano de Oliveira

Joffre Setterval Moraes

Laura Magrini Luiz Alonso

Luis Augusto Passeri

Luiz Carlos Medeiros de Paula

Mara Christiane de Vasconcelos Liberato

Maria Alessandra da Silva

Maria Cristina Silveira Prado Martins (Iyá Cristina D'osun)

Maria Dalva Amim dos Santos

Maria Isabel Cristina Martins

Maria José Majô Jandreice

Oldimar Sergio Alves dos Santos

Omar Braga Mendonça

Rosane Victória da Silva

Silke Anna Theresa Weber

Silvany Lemes Cruvinel Portas

Suely Stringari de Souza

ÍNDICE

1.	Apresentação	11
2.	Introdução	12
3.	Desenvolvimento	13
3.1	Construção das Propostas	14
4.	Etapas Regionais	15
5.	Etapa Estadual	33
5.1	Palestra Magna	36
5.2	Programação	41
5.3	Propostas Priorizadas	46
5.3.1	Âmbito Estadual	46
5.3.2	Âmbito Nacional	48
6.	Moções	50
7.	Referências	51
8.	Anexos	53
9.	Glossário	54



1. APRESENTAÇÃO

A realização da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de São Paulo (1ª CEVS) representa um marco histórico da participação popular na avaliação e discussão da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

Convocada pelo Governo do Estado de São Paulo, através do Decreto nº 62.433, de 20 de janeiro de 2017, a 1ª CEVS corresponde à Etapa Estadual da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.017, de 11 de maio de 2016.

Durante três dias, representantes dos segmentos usuário, trabalhador e gestor/prestador dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) puderam apresentar e discutir propostas fundamentadas em questões advindas de todas as regiões do Estado, na perspectiva do fortalecimento da Política Nacional de Vigilância em Saúde no Estado de São Paulo.

Este encontro aconteceu entre os dias 12 a 14 de setembro do presente ano, no município de Águas de Lindóia, no Estado de São Paulo. Participaram 324 delegados eleitos durante as 18 Etapas Regionais que contemplaram todo o Estado no período de junho a agosto, antecedendo a 1ª CEVS.

A publicação deste relatório cumpre o objetivo de registrar o resultado final das extensas e ricas discussões a cerca da temática, Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público de qualidade, além de direcionar todos os participantes da Conferência a visualizarem e contribuir para identificar os caminhos que o Estado de São Paulo deseja traçar para a Vigilância em Saúde.

O Conselho Estadual de Saúde, bem como a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, desejam que este documento seja objeto de consulta frequente dos atores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde e na construção de uma Política de Estado para a Vigilância em Saúde, objetivando um Sistema Público de Saúde de qualidade.

David Everson Uip

2. INTRODUÇÃO

A 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de São Paulo foi precedida por 18 Etapas Regionais, realizadas entre os meses de junho e agosto de 2017, nas regiões de abrangência de cada um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado, e pela densidade populacional, no município de São Paulo aconteceu uma etapa individual. Para dar cumprimento a todas as atividades, foram percorridos 7.964 km pelo Estado de São Paulo ao final das 18 Etapas Regionais e da 1ª CEVS.

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população que vive em determinado território, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. Está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde da população e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças, integrando diversas áreas de conhecimento, abordando temas como política, planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, promoção da saúde, condições de vida e situação de saúde da população, ambiente e saúde e processo de trabalho.

Responsável pelas informações que articuladas e integradas subsidiam ações e intervenções de controle e redução de riscos, prevenindo doenças e promovendo a saúde nos territórios, articulando-se às Redes de Atenção à Saúde, as ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública constituem a Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual, organizadas sob a forma de consultas e procedimentos, buscando contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.

A articulação e integração entre as vigilâncias e a intersetorialidade devem ser incorporadas na construção da Vigilância em Saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local, municipal, estadual e federal.

A Vigilância em Saúde é uma construção política mundial, que no Brasil é orientada de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, de forma universal, integrada, participativa e territorial, tendo como protagonistas a representação de todos os segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, profissionais/trabalhadores da saúde e gestores/prestadores de serviços, inseridos no sistema. Conta ainda, com a participação da sociedade civil como um todo.

De acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a participação e o controle social no SUS se dão através dos conselhos de saúde e conferências de saúde, sensibilizando o cidadão para que de maneira clara e coerente possam exercer seus papéis, além de estimular a participação dos cidadãos na formulação e avaliação dos serviços de saúde e das políticas de saúde.

O Estado de São Paulo, apesar do momento de renovação política em grande parte dos seus municípios, considerou importante a construção conjunta deste trabalho, não somente pelo desenvolvimento técnico devido à complexidade do tema abordado, mas também para contar com a participação dos três segmentos da sociedade civil. Para isso, o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES-SP) se dedicou em identificar, conforme o regimento interno da conferência, delegações regionais em cada uma de suas 18 etapas, com a decisão de ter seus 645 municípios representados na 1ª CEVS.

Nesse sentido, a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde está baseada nos valores da democracia, justiça e solidariedade, reunindo os representantes de todos os segmentos da sociedade civil e 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, integral, equânime, público e de qualidade.

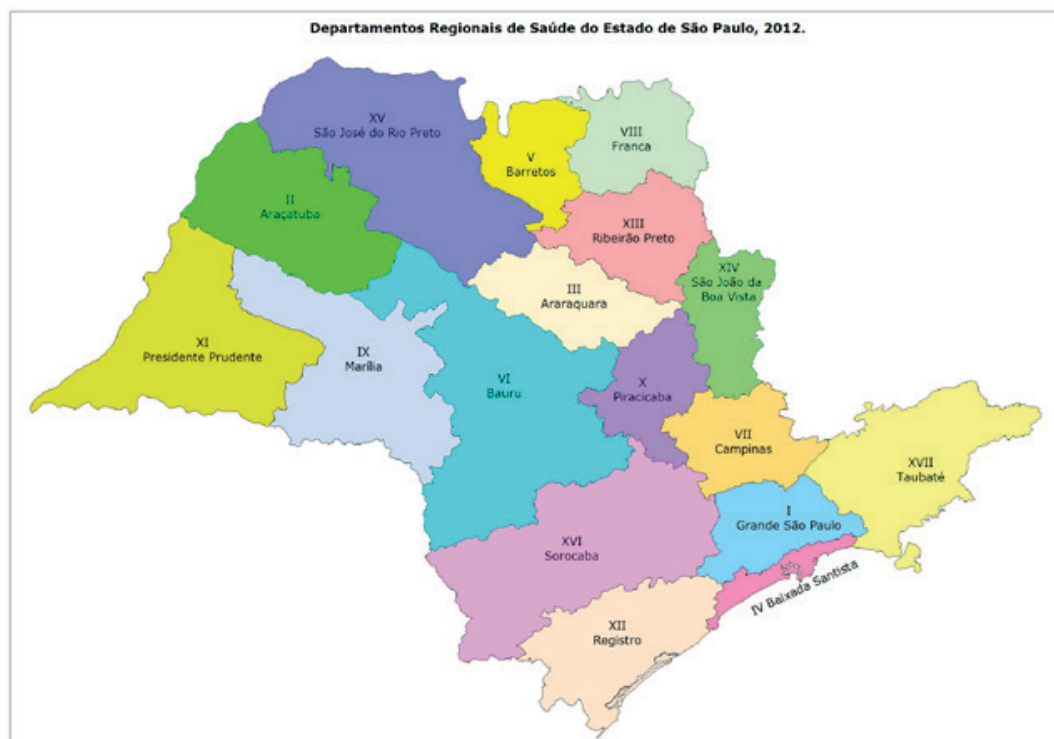
3. DESENVOLVIMENTO

Em maio de 2016, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Portaria nº 1.017 de 11 de maio de 2016, convocou a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ªCNVS), com o tema central “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade”, considerando a necessidade de avaliar e discutir a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

A 1ª CNVS foi precedida por Etapas Estaduais e Regionais, as quais ocorreram entre os meses de junho e outubro de 2017. Para tanto, o Governo do Estado de São Paulo publicou o Decreto nº 62.433 de 20 de janeiro de 2017, convocando a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo (1ª CEVS).

As Etapas Regionais da 1ª CEVS abrangeram todo o Estado, utilizando a divisão geopolítica de regiões, conforme abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde (Figura 1) e considerando o número total de municípios e sua população, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde a coordenação e organização para realização das mesmas.

Figura 1. Mapa do Estado de São Paulo dividido por Departamentos Regionais de Saúde. São Paulo, 2017.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Para a realização da 1ª CEVS, a Comissão Organizadora reuniu-se diversas vezes para a elaboração do Regimento Interno, o qual permaneceu em Consulta Pública por 30 dias para aprovação. Dentre suas atribuições, no § 2º estava previsto o total de delegados eleitos em cada Etapa Regional, cujo critério para a distribuição das vagas foi de no mínimo 1 (um) representante por Comissão Intergestores Regional (CIR), além do critério de proporcionalidade populacional de cada DRS.

A partir do Regimento Interno da 1ª CEVS, a Comissão Organizadora de cada Etapa Regional definiu o Regulamento de suas respectivas Conferências.

3.1 CONSTRUÇÃO DAS PROPOSTAS

De acordo com a previsão regimental, as propostas foram formuladas nas Conferências Municipais, Plenárias Municipais, Conferências Intermunicipais, Conferências Livres, de entidades e outras instituições que pudessem contribuir no processo de construção de propostas que discutissem a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Nos termos do Regimento Interno da 1ª CEVS, com exceção das Conferências Municipais que indicavam propostas e delegados, as outras formas de debates não poderiam indicar ou eleger delegados, somente propostas.

Nas Etapas Regionais, as propostas provenientes dos municípios ou Plenárias Livres foram discutidas em salas divididas nos 8 (oito) subeixos propostos. Somente neste momento, houve a possibilidade de criação, alteração, modificação ou exclusão de propostas, garantindo amplo discernimento do grupo para refletir com fidelidade a imagem de cada região.

Cada grupo de discussão teve a responsabilidade de priorizar até 3 (três) propostas de cada subeixo, as quais foram levadas ao painel de votação, elencando as 12 (doze) propostas que foram homologadas na Plenária Final, totalizando 216 (duzentos e dezesseis) propostas encaminhadas para o debate na Etapa Estadual da Conferência.

O produto proveniente das Etapas Regionais foi novamente discutido nas 8 (oito) salas que representavam cada subeixo do tema central da 1ª CEVS. Dessa discussão priorizaram-se novamente 3 (três) propostas por subeixo, totalizando 24 (vinte e quatro) propostas de âmbito Estadual e 24 (vinte e quatro) propostas de âmbito Nacional, as quais foram encaminhadas para o painel de votação que elegeu as 12 (doze) propostas finais de âmbito Estadual e as 12 (doze) propostas finais de âmbito Nacional, homologadas na plenária final e encaminhadas para a 1ª CNVS.

Por fim, todo o conjunto das propostas oriundas das Etapas Regionais e Estadual está apresentado neste relatório final.



4. ETAPAS REGIONAIS

As Etapas Regionais tiveram como principal objetivo apresentar e elaborar propostas para a discussão da Política Nacional de Vigilância em Saúde, considerando as discussões prévias realizadas nos municípios e a situação de saúde de cada região.

Etapa Regional de São João da Boa Vista

As Etapas Regionais da 1ª CEVS iniciaram-se no dia 20 de junho de 2017, quando foi realizada a primeira delas, no município de São João da Boa Vista, no Auditório do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista (DRS XIV), representando 20 municípios. Estiveram presentes 88 pessoas, entre delegados dos segmentos gestor/prestador, trabalhador, usuário e convidados.



Etapa Regional de Piracicaba

A Etapa Regional de Piracicaba da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo ocorreu no dia 22 de junho de 2017, na Faculdade Anhanguera, em Rio Claro/SP. Correspondente ao DRS X, possui 26 municípios em sua área de abrangência. Estiveram presentes 139 pessoas, entre delegados dos segmentos gestor/prestador, trabalhador, usuário, convidados, comissão organizadora e profissionais técnicos apoiadores.



Etapa Regional de Grande São Paulo

A Etapa Regional da Grande São Paulo, pertencente ao DRS I, com 38 municípios correspondentes, aconteceu no município de Barueri, no Centro de Aperfeiçoamento aos Professores. Nesta etapa, estiveram presentes 203 pessoas, sendo 114 delegados distribuídos entre os segmentos gestor/prestador, trabalhador e usuário, além de convidados e comissão organizadora.



Etapa Regional de Barretos

A Etapa Regional de Barretos, correspondente à DRS V, englobando 18 municípios em sua área, aconteceu na Faculdade Barretos no dia 04 de julho de 2017 e contou com a participação de 91 participantes, além de 35 convidados participantes.



Etapa Regional de Franca

A Etapa Regional de Franca, correspondente ao DRS VIII, com 22 municípios, foi realizada no dia 06 de julho de 2017, no Auditório do Centro Universitário de Franca - UNIFACEF e contou com participantes dos segmentos gestor/prestador, trabalhador e usuário, além da comissão organizadora e convidados.



Etapa Regional de Bauru

A Etapa Regional da 1ª Conferência Regional de Vigilância em Saúde – DRS VI Bauru, a qual possui em seu território 68 municípios, realizou-se em 11 de julho de 2017, no Obeid Plaza Hotel em Bauru - SP e contou com a participação de 162 representantes dos três segmentos (usuário, trabalhador e gestor/prestador).



Etapa Regional de Sorocaba

No dia 13 de julho de 2017 aconteceu a Etapa Regional do DRS XVI, com 48 municípios correspondentes, na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica – Campus de Sorocaba. O evento contou com 104 participantes entre os segmentos usuário, trabalhador, gestor/prestador, comissão organizadora, comissão de relatoria e convidados.



Etapa Regional de Ribeirão Preto

A Etapa Regional de Ribeirão Preto foi realizada no dia 18 de julho de 2017 nas dependências do Centro Universitário Barão de Mauá, na cidade de Ribeirão Preto, correspondendo à oitava Etapa Regional da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde do DRS XIII, abrange 26 municípios.



Etapa Regional de Araraquara

Em Araraquara, no dia 20 de julho de 2017, aconteceu a 9ª Etapa Regional do DRS III, com 24 municípios, nas dependências do Centro Formador de Pessoal para a Saúde (CEFOR – Araraquara) e contou com 141 participantes dos três segmentos, além de convidados e comissão organizadora local.



Etapa Regional de Campinas

No município de Campinas, pertencente ao DRS VII, composto por 42 municípios, durante o dia 25 de julho de 2017 realizou-se a conferência da Etapa Regional de Campinas, na Faculdade Anhanguera Educacional, com 120 presentes entre delegados representantes dos três segmentos e convidados.



Etapa Regional de Taubaté

A Etapa Regional de Taubaté da 1ª CEVS, pertencente ao DRS XVII, o qual abrange 39 municípios, ocorreu no dia 27 de julho de 2017 na FATEC de Taubaté. Além dos representantes do Conselho Estadual de Saúde, compareceram 140 participantes entre convidados; representantes dos segmentos: usuários, gestores/prestadores, trabalhadores; apoiadores e membros da comissão organizadora.



Etapa Regional de Araçatuba

No dia 08 de agosto de 2017 realizou-se a conferência da Etapa Regional do DRS II, com 40 municípios pertencentes, no Auditório do Unisalesiano – Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Estiveram presentes 120 pessoas, entre delegados dos segmentos gestor/prestador, trabalhador, usuários; e pessoas ligadas ao Conselho Estadual de Saúde – CES, comissão organizadora de apoio e convidados.



Etapa Regional de São José do Rio Preto

No dia 10 de agosto de 2017, iniciou-se a Etapa Regional do DRS XV correspondente a São José do Rio Preto, o qual fazem parte 102 municípios, na Universidade Paulista – UNIP. Estiveram presentes 193 pessoas, sendo delegados do segmento usuário, do segmento trabalhador, do segmento gestor/prestador e participantes de apoio e convidados.



Etapa Regional de Presidente Prudente

A 14ª Etapa Regional da 1ª CEVS foi realizada no município de Presidente Prudente, o qual corresponde ao DRS XI, com 45 municípios, no dia 15 de agosto de 2017, na Faculdade Presidente Prudente (FAPEPE).



Etapa Regional de Marília

No município de Marília aconteceu a 15ª Etapa Regional do DRS IX, correspondente à 62 municípios, da 1ª CEVS, no Auditório da UNIMAR (Universidade de Marília), no dia 22 de agosto de 2017. Estiveram presentes representantes dos segmentos gestor/prestador, trabalhador e usuário, além de convidados dos 62 municípios de abrangência do DRS IX Marília.



Etapa Regional de Registro

A Etapa Regional do Vale do Ribeira da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo, pertencente à DRS XII com 15 municípios, ocorreu no dia 29 de agosto de 2017, nas dependências do Estoril Palace Hotel no município de Registro – SP. Estiveram presentes 90 pessoas, entre delegados dos segmentos gestor/prestador, trabalhador, usuário e convidados.



Etapa Regional da Baixada Santista

A Etapa Regional da Baixada Santista (DRS IV), correspondente à 9 municípios, ocorreu no dia 31 de agosto de 2017, na UNISANTA – Universidade Santa Cecília, no município de Santos.



Etapa do município de São Paulo

A Etapa Regional do Município de São Paulo aconteceu nos dias 26 e 27 de agosto de 2017 na Universidade São Judas Tadeu, na Mooca, em São Paulo. A Etapa Municipal de São Paulo foi antecedida por cinco pré-conferências realizadas em diversos locais do município.



5. ETAPA ESTADUAL

A 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde (1ª CEVS) do Estado de São Paulo, realizada no período de 12 a 14 de setembro de 2017, apresentou o tema central “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade”, o eixo principal “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro”, além de 8 (oito) subeixos temáticos para discussão, sendo eles:

I – Papel higiênico da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;

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

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

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

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

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

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

VIII – A participação social no fortalecimento da Vigilância em Saúde.

O evento contou com a participação de 324 delegados, sendo 163 representantes do segmento usuário, 80 representantes do segmento trabalhador e 81 representantes do segmento gestor/prestador), além de 44 participantes entre convidados, comissão organizadora e equipe de relatoria, as quais se reuniram e debateram as propostas durante os três dias da Conferência, visando diretrizes para o fortalecimento da Política Nacional de Vigilância em Saúde e dos programas e ações de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado de São Paulo, na perspectiva da consolidação do Sistema Único de Saúde.

A 1ª CEVS foi o resultado das discussões das 18 Conferências Regionais, além de Conferências e Plenárias Livres que aconteceram em todo o Estado de São Paulo durante três meses. Foram homologados ainda os 180 delegados eleitos nas Etapas Regionais para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada no período de 28 de novembro a 1º de dezembro de 2017 em Brasília-DF.

O Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, representando o Excelentíssimo Secretário de Estado da Saúde Dr. David Everson Uip, na solenidade de abertura, transmitiu a Presidência da 1ª CEVS ao Coordenador da Comissão Organizadora, Padre João Inácio Mildner, que assumiu os trabalhos.

Solenidade de abertura



Da esquerda para a direita: Ivonildes Ferreira da Silva – Representante do segmento trabalhador; Dra. Raquel Zacainer - Representante COSEMS; Ronald Ferreira dos Santos - Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Belfari Garcia Guiral - Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, representando o Secretário Estadual de Saúde Dr. David Everson Uip; Pe. João Inácio Mildner - Coordenador da Comissão Organizadora da 1ª CEVS e neste ato Presidente da 1ª CEVS; Benedito Alves de Souza - Coordenador Adjunto da Comissão Organizadora da 1ª CEVS e representante do segmento usuário; Maria Tereza de Ávila Ferraz - Secretária de Saúde do Município de Águas de Lindóia.





5.1 PALESTRA MAGNA



Professora Dra. Áurea Maria Zollner Ianni.

“Vigilância em Saúde: direito, conquista e defesa de um SUS público de qualidade”

Aurea Maria Zöllner Ianni

Profa. Associada da Faculdade de Saúde Pública USP

O momento atual é extremamente delicado e complexo em vista dos retrocessos que vêm sendo impostos ao Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e aos pressupostos da Reforma Sanitária, que inspiraram o ideário da saúde como direito universal, com equidade e integralidade a todos e todas da população brasileira.

Um momento, porém, que, diante do retrocesso imposto, possibilita verificar as enormes e importantes conquistas alcançadas, na busca e efetivação do direito à saúde. Pode-se, inclusive, afirmar que as atuais ameaças a esse projeto advêm exatamente dos êxitos que ele alcançou.

Permanece, entretanto, a extrema dificuldade do momento, quando tudo parece caminhar para o retrocesso quanto à consolidação da agenda das políticas sociais no país e, nela, a política de saúde. Dificuldade esta que põe em causa o papel das instituições sociais, atores e protagonistas, todos, Estado, governos, sociedade civil, profissionais, técnicos, etc.

O que fazer? Tem sido a pergunta, manifesta ou calada, que permeia o campo da Saúde Pública/Coletiva no Brasil. Neste caso, em específico, o que fazer com/em Vigilâncias, considerando-se que este talvez seja o segmento, no contexto da política pública de saúde, que mais expressa o desafio da responsabilidade sanitária com relação à proteção da saúde, da vida.

O principal eixo da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, intitulado “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à proteção e promoção da saúde do povo brasileiro”, abre a possibilidade de discutir duas questões que, do meu ponto de vista, articulam-se às condições

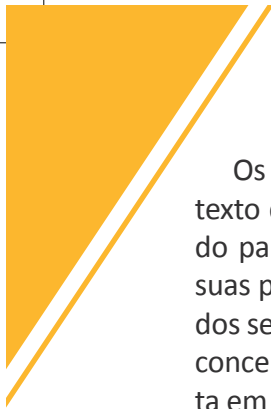
objetivas de produção social da saúde e à proteção da saúde das populações: a participação social e o seu papel na conformação das políticas públicas de saúde, e a produção social dos riscos na sociedade contemporânea e o desafio da proteção à saúde.

No que diz respeito à participação social, o palco das Conferências de saúde tem sido catalisado por diferentes segmentos sociais que, crescentemente, disputam SUS. Pode-se identificar, sinteticamente, segmentos agrupados em torno de três grandes eixos de reivindicação: os serviços - atenção primária, serviços especializados e atenção hospitalar; as estratégias programáticas, as mais diversas, e as ações e políticas setoriais do campo; e os recursos financeiros - tanto no que tange o conjunto do orçamento dos governos, quanto à disputa interna ao setor saúde. Essa tendência tem distanciado as Conferências (e também Conselhos de Saúde) do cenário mais geral da dimensão da política de saúde. De certa forma, as instâncias de participação social vêm se consistindo em espaços de proliferação das agendas de reivindicações, ampliando-as e tornando-as mais complexas, sem dúvidas, porém segmentando-as, fragmentando-as, secundarizando, nesse sentido, a dimensão da formulação e/ou crítica da política de saúde em grande angular (Durán e Gerschman, 2014; Calderia, Ianni e Dallari, 2013). Ainda que se mantenha firme o discurso do direito à saúde, traduzido nas máximas do acesso universal e gratuito e da integralidade da atenção, Conferências e Conselhos têm, de fato, priorizado pautas específicas num desdobramento dos três eixos de reivindicações, produzindo, desta forma, segmentações e fragmentações do princípio da universalidade do direito à saúde. Esse fenômeno não é tipicamente brasileiro, e reflete várias e complexas questões sócio-políticas, econômicas e culturais do mundo contemporâneo, como o esgotamento das formas político-institucionais estabelecidas, a diversificação do tecido social e da agenda de direitos sociais e humanos, o alargamento da autonomia e da individualização dos sujeitos, o desenvolvimento e proliferação da ciência e da técnica, etc. Tais questões, porém, não serão objeto de discussão neste momento. O foco será na dimensão da participação social na saúde, sua constituição histórica, seu desenvolvimento e impasses atuais, pois acredita-se que esse resgate oferece elementos importantes para uma reflexão crítica dessa dimensão do SUS.

Estudos sobre a participação social na saúde têm demonstrado um frágil protagonismo dos segmentos da população na dimensão mais propriamente política. Predomina a agenda da reivindicação de questões específicas (acesso a medicamentos, tratamentos, recursos, serviços, etc.), o uso da representação para a conquista ou o favorecimento de algum segmento (pessoas portadoras de doenças específicas, rapidez ou facilitação no acesso aos serviços, gestão política para a atendimento da demanda de um determinado segmento de população de uma área específica do município, etc.), defesa de agendas e pautas setorializadas (do corpo de trabalhadores e funcionários, por exemplo), etc. Ou seja, o ideário do direito universal se fragmenta e perde força política totalizante, espalhando-se em pautas mais específicas, segmentadas, particularizadas, diversas. A reivindicação ao acesso, à implementação e garantia de uma política ou ação setorializada e ao recurso financeiro têm expressado, de forma sintética, a dinâmica das instâncias de participação. Em decorrência, a política tem sido pautada por tais questões.

No que diz respeito aos Conselhos locais de saúde, por exemplo, os estudos empíricos da área mostram que eles vêm desempenhando muito mais o papel de 'braços estendidos da gestão' do que se configurado como espaços de formulação, avaliação e proposição da política de saúde local. E, inclusive, mostram os estudos, tem havido uma certa colonização dos setores da população pelos saberes técnico-administrativos e biomédico ((Durán e Gerschman, 2014; Calderia, Ianni e Dallari, 2013).

Remetendo-se a 1986, à VIII Conferência, que demarcou uma nova perspectiva para a participação social na saúde, é imperioso sinalizar a diferença de contexto sócio histórico, com relação aos dias de hoje. À época não havia um sistema único, o acesso aos serviços de saúde era significativamente muito mais restrito e o protagonismo dos setores sociais, especificamente os populares, era de outra natureza. Aquele contexto sócio histórico envolvia aspectos socioeconômicos e políticos próprios, e dele emergiu a formulação de um pensamento crítico sobre a questão social no país, decorrendo disso a crítica sobre as políticas sociais de então, e nelas a da saúde.



Os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais, abordados de forma breve, envolviam: um contexto da ditadura civil-militar e a existência de movimentos sociais e políticos pela redemocratização do país (setores partidários, sociedade civil organizada, importantes segmentos da igreja católica e suas pastorais, os movimentos sindical, estudantil, de intelectuais, artistas, etc.); uma pauta unificada dos setores democráticos pelo resgate da dívida social acumulada no período ditatorial através da alta concentração de renda que resultou no aprofundamento da desigualdade social. Em síntese, uma pauta em torno da democratização política e da justiça social. Nesse contexto, setores da saúde inscreveram-se, de forma militante e muito comprometida, que se expressou no que veio se denominar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, movimento este que influenciou de forma marcante na Constituinte de 1988 e na inscrição do direito universal à saúde na Constituição brasileira de então. Os anos de 1990 foram os da estruturação do sistema e dos desafios iniciais da sua gestão. No âmbito da participação social houve um deslocamento da luta para a busca do consenso no interior dos organismos estatais da gestão da política de saúde, produzindo-se um acerta ‘seletividade estrutural’ das pautas, das agendas e das políticas setoriais, por dentro do aparelho do Estado.

Importante mencionar, também, que a proposição da participação social pelo Movimento da Reforma Sanitária envolveu uma análise crítica sobre a formação social brasileira e o cenário político-social de então, que reconhecia na saúde movimentos de reivindicação social policlassistas e com perfil político para além das fronteiras partidárias, tais como: o movimento contra a carestia, o pela melhoria do transporte, o dos mutirões nas periferias, etc.. Movimentos esses que tinham por objeto os bens de consumo coletivos - moradia, saúde, creches, água, transporte, etc. -, em geral providos pelo Estado, ente responsável e capaz de articular e atender às demandas sociais coletivas (Teixeira, 1995; Oliveira, 1987).

É nesse contexto que se propôs a participação social na saúde, como forma orgânica da ação política e/ou da institucionalização democrática do espaço político ampliado, fruto de um processo de constituição coletiva. Houve a preocupação em imprimir na estrutura do Estado uma arena importante para a disputa de projetos político-sociais, crivada de contradições que, sob pressão, porém, poderia significar a ampliação do espaço democrático, cenário de embate por mais justiça social. Apostou-se, à época, na dimensão de um Estado ampliado, e a participação social –através dos Conselhos, das Conferências, etc. – como um dos espaços centrais.

Muito dessas formulações, como foi dito, perdeu-se ao longo desses quase trinta anos de existência dos SUS. Sua implantação exigiu muito dos atores sociais e políticos. Também a sociedade brasileira se transformou radicalmente, e o contexto sócio-histórico mudou. A pauta da Conferência, entretanto, sinaliza o compromisso com essa agenda e a necessidade de atualizá-la, mantendo o compromisso com os princípios fundantes.

Para discutir a produção dos riscos na sociedade contemporânea e o desafio da proteção à saúde, parte-se de Paul Singer et al, no livro *Prevenir e Curar. O Controle Social através dos Serviços de Saúde* (1978, p. 12) que diz o seguinte:

“Se os SS [serviços de saúde] visam ‘produzir’ saúde, ou seja, fazer com que a saúde da população seja preservada pela eliminação da morbidade, o montante da atividade (dos SS) tende a ser um indicador inverso do grau em que este objeto está sendo atingido. Quanto mais saudável for a população, isto é, quanto menor sua morbidade, tanto menor sua necessidade de recorrer aos SS”.

A clareza do argumento revela a importância das ações de promoção e prevenção, atribuição primaz das vigilâncias, que têm por finalidade evitar que a população recorra aos serviços de assistência à saúde. Mai promoção e prevenção dever produzir menos, e menos, procura aos serviços. As vigilâncias são, nesse sentido, a esfera do SUS na qual a preservação da saúde deve ser a estratégia mais evidente, comparativamente às dimensões clínico-terapêuticas oferecidas na esfera assistencial.

Como proteger, então, a população, e a sua saúde, num contexto em que parecem aumentar e multiplicar os danos, os males, os riscos à saúde? Como estar protegido no contexto da “sociedade de risco”?

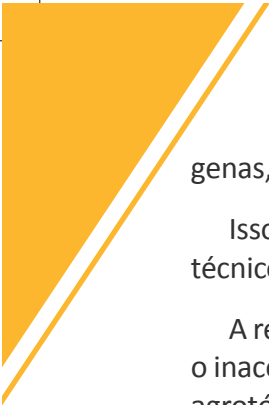
O risco tem sido, cada vez mais, categoria estruturante da política de saúde, em especial as políticas setoriais dos sistemas de vigilâncias – a epidemiológica, a sanitária, a ambiental, a do trabalhador, etc. –, sempre na busca da prevenção, do controle e da fiscalização de bens, produtos, serviços, seres vivos, órgãos, fluidos, etc.. Por isso, problematizar o conceito de risco, e a discussão sobre sociedade de risco, parece pertinente.

Vive-se hoje numa sociedade de risco (Beck, 1998). Isso quer dizer que, para além do conceito de risco presente nos cálculos de risco epidemiológico, sanitário, tecnológico, financeiro, econômico, dos desastres naturais, etc., subjaz uma forma social de produção de riscos. Essa forma social denomina-se sociedade de risco, e é aquela em que o progresso técnico-científico produzido pelas ciências naturais e sociais, que ajudou a humanidade a enfrentar os problemas das ameaças da natureza (desastres, epidemias, secas, etc.), produziu, simultaneamente, vulnerabilidades, fragilização e desproteção da vida. A sociedade de risco é aquela em que o desenvolvimento (científico, econômico, tecnológico, etc.) produz, paradoxalmente, o seu contrário. A forma social é a da auto-destruição socialmente produzida. Um exemplo bastante esclarecedor são as mudanças climáticas decorrentes do desenvolvimento das sociedades industriais, que provocam o aquecimento global e a poluição atmosférica.

Risco é a forma que o mundo moderno estabeleceu para prever e controlar as consequências futuras das ameaças do mundo natural e da ação humana. Nesse desenvolvimento a sociedade produziu artefatos técnicos para sua proteção, que consistem, simultaneamente, em artefatos de produção de riscos. A sociedade de risco é, portanto, a sociedade atual, que busca prever e controlar as consequências indesejadas – agora não só as provocadas pela natureza mas as provocadas também pela ação humana. Por isso se diz que se vive, hoje, na sociedade de risco, pois todos os aspectos e ações da vida humana têm o sentido de prever e evitar consequências indesejadas, cada vez mais produzidas pela própria sociedade. Ameaças não mais advindas apenas do mundo ‘natural’ mas também do mundo ‘social’, por isso auto-produzidas.

Nesse contexto, a saúde ocupa um lugar central. Se a dimensão do risco possibilitou o enfrentamento e a crença na erradicação das doenças, na sua eliminação e cura total, sabe-se, entretanto, hoje, que não só não se conseguiu/consegue eliminar muitos dos males da saúde, como emergem inúmeras outras ameaças advindas da própria sociedade industrial, desenvolvida, ameaças decorrentes dos avanços técnicos, dos produtos, serviços, objetos e artefatos por ela produzidos.

A sociedade de risco é, nesse sentido, uma sociedade de oportunidades e perigos. Ela busca, descobre e oferece formas de enfrentamento dos riscos e, nesse processo, os (re)produz. Esse lado oculto do risco, embutido na ideia da sua calculabilidade, previsibilidade, etc. se transformam nos efeitos colaterais, adversos, as consequências indesejadas auto-produzidas. Daí o termo Modernização Reflexiva (Beck, Giddens e Lash, 1997), que significa que se vive, hoje, sob a égide do conhecimento, que produz soluções e, simultaneamente, riscos; o conhecimento gerando mais conhecimento, e a vida humana conduzida por essa dinâmica, de conhecimento e mais conhecimento, com riscos. Bom exemplo é o hábito da alimentação. Já não se debruça sobre um prato de comida sem refletir sobre a quantidade de açúcar, de sal, de proteínas, de colesterol, de gorduras, de agrotóxicos, de corantes, de hormônios, etc., aí presentes; e assim, sucessivamente, na vida. Esta é, para expressar de uma forma muito simples, a expressão da modernização reflexiva e da sociedade de risco. Viver nesse contexto é ter presente a perspectiva da proteção do calculável e do incalculável, das certezas e incertezas imprevisíveis, fabricadas. Todos que atuam na saúde sabem que muitas das previsibilidades de risco são, ou podem ser, conhecidas, e muitas são, e poderão ser, desconhecidas. Berlinguer (1978), médico protagonista da Reforma Sanitária Italiana, disse, ainda nos anos de 1970, que se vive na era das doenças antropó-



genas, aquelas criadas pelo próprio homem.

Isso remete ao desafio de uma nova concepção de proteção à vida. Desafio não apenas científico, técnico, econômico, social, cultural, mas sobretudo político.

A realidade é ambivalente: como se traça os limites entre os danos? Qual o limite entre o aceitável e o inaceitável? Qual a capacidade das populações suportarem as ameaças auto-produzidas? O caso dos agrotóxicos e das mudanças climáticas são exemplares. Os riscos não parecem mais como um problema exterior, da ciência, da técnica, da natureza, mas como problemas das pessoas e, portanto, vinculados às políticas, à proteção saúde. Ainda que a ciência informe sobre os riscos eles são (e serão), cada vez mais, objeto de constante e crescente jogo de definições - o que é e o que não é de risco; o quanto é e o quanto não é de risco; qual o limite do risco; como estabelecer uma avaliação segura de um novo produto e o 'seu' risco; qual o risco que um produto ou substância realiza 'segura' realiza no ambiente ou nos corpos dos indivíduos e populações.; e assim por diante... Essas relações (e incertezas) sobre a definição dos riscos serão, cada vez mais, reais, previsíveis, imprevisas, incalculáveis, etc.. E serão elas, as relações de risco, que nortearão cada vez mais também o mundo do conhecimento, das práticas e ações de saúde, das políticas.

Articulando as duas questões aqui propostas, formula-se a pergunta: o que isso tem a ver com a participação social na saúde? O que tem a ver com a “política nacional de vigilância em saúde e o fortalecimento do SUS como direito à proteção e promoção da saúde do povo brasileiro”?

Muito. O papel da esfera da participação social é o da arena política dos conflitos, das tensões sociais, da pactuação em torno da saúde como direito e proteção à vida. Não se pode fugir à pergunta sobre o que é estar protegido hoje e qual o papel do Estado, e suas várias formas institucionais, de realizar isso. Se na época da formulação do projeto do SUS os desafios da dimensão democrática eram imperiosos, hoje, mais do nunca, a questão democrática se coloca, tendo em vista a urgência em aprofundar o debate público sobre a proteção da vida, cerne técnico-político de ação das vigilâncias.

A questão democrática se impõe, portanto, pela sua dimensão sócio-política ampliada, a da arena da vocalização dos diferentes segmentos da sociedade civil sobre a pactuação dos riscos, na perspectiva da proteção da vida como direito humano, social.

5.2 PROGRAMAÇÃO

12 de Setembro de 2017

14h00 às 19h00: Credenciamento dos (as) Delegados (as) Titulares

18h00 às 20h00: Jantar

19h00 às 19h45: Solenidade de Abertura (Composição da Mesa): Belfari Garcia Guiral – Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, representando o Secretário Estadual de Saúde, Dr. David Everson Uip; Ronald Ferreira dos Santos – Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Padre João Inácio Mildner – Coordenador da Comissão Organizadora da 1ª CEVS; Benedito Alves de Souza – Coordenador Adjunto da Comissão Organizadora da 1ª CEVS e representante do segmento usuário; Dra. Raquel Zaicaner – Representante COSEMS; Dra. Maria Tereza de Ávila Ferraz – Secretária de Saúde do Município de Águas de Lindóia.

20h00 às 21h00: Palestra Magna – Profª Dra. Áurea Maria Zollner Ianni

13 de Setembro de 2017

8h00 às 10h30: Credenciamento dos (as) Delegados (as) Titulares

11h00 às 13h00: Credenciamento dos (as) Delegados (as) Suplentes para Delegados (as) Titulares

9h00 às 12h00: Mesa Redonda sobre o tema principal da Conferência e seus subeixos. Convidados: Dra. Brigina Kemp; Dr. Marcos Boulos; Prof. Dr. Marco Akerman; Profª Dra. Maria Cristina da Costa Marques; Florise Marcia Reina, com debates sobre a exposição do tema principal da Conferência e seus subeixos, com perguntas e respostas

12h00 às 13h00: Almoço

13h30 às 18h30: Oito grupos de discussão dos subeixos e escolha das propostas prioritárias para votação – Estadual

19h00 às 20h00: Jantar

20h00: Música ao vivo

14 de Setembro de 2017

9h00 às 12h00: Oito grupos de discussão dos subeixos e escolha das propostas prioritárias para votação – Nacional

12h00 às 13h30: Almoço

13h30 às 14h30: Plenária: Homologação das Propostas Priorizadas para Estadual e Nacional e Leitura das Moções

14h30 às 16h30: Plenária: Homologação dos (as) Delegados (as) eleitos para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

17h00: Encerramento da 1ª CEVS

Mesa Redonda



Da esquerda para a direita: Florise Marcia Reina; Dr. Marcos Boulos; Eliana de Fátima Paulo (mediadora); Prof. Dr. Marco Akerman; Dra. Brigina Kemp e Profª Dra. Maria Cristina da Costa Marques.



Grupos de Discussão



Plenária Final





5.3 PROPOSTAS PRIORIZADAS

Após votação, foram priorizadas 12 (doze) propostas para o âmbito Estadual e 12 (doze) propostas para o âmbito Nacional. Esta priorização aconteceu na forma de painel de votação e todas as propostas foram homologadas pela Plenária Final.

5.3.1 ÂMBITO ESTADUAL

Subeixo I – O Papel Da Vigilância em Saúde na Integralidade do Cuidado Individual e Coletivo em toda Rede de Atenção à Saúde.

Garantir o financiamento das ações de Vigilância em Saúde, a partir de menor pagamento de juros da dívida pública, assegurando a estrutura para execução de suas atividades de promoção, prevenção, e proteção da saúde, assim como contratação de equipe mínima proporcional ao número de habitantes, via concurso público, com planos de carreira, cargos e salários, com mecanismos de valorização dos profissionais já existentes, visando à integralidade do cuidado individual e coletivo na RAS (Rede de Atenção à Saúde).

Subeixo II – Acesso e Integração das Práticas e Processos de Trabalho das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e do Trabalhador e dos Laboratórios de Saúde Pública.

Estabelecer no Plano Diretor de Vigilância em Saúde em elaboração pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, parâmetros de qualificação e número de profissionais das equipes municipais e regionais de Vigilância em Saúde, admitidos por meio de concurso público específico para a área, considerando o tamanho da população o perfil epidemiológico e estrutura sanitária dos Municípios e Regiões, privilegiando a criação de Plano de cargos e carreiras para Vigilância em Saúde.

Subeixo III – Acesso e Integração dos Saberes e Tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de Saúde Pública.

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.

Estabelecer e fortalecer programa de educação permanente e continuada de todas equipes envolvidas na vigilância em saúde (VE,VS,VA e ST) e para profissionais públicos , privados e controle social. Permitindo espaços para discussão (fóruns e sala de apoio) aperfeiçoamento dos processos de avaliar e monitorar, garantindo fluxo de informação e geração de indicadores relacionados com cronogramas fixos de treinamento principalmente das endemias.(não agir somente em surtos).

Subeixo IV – Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde.

Construir estrutura organizacional e instituir uma política de Recursos Humanos para Vigilância em Saúde, considerando número suficiente e qualificação adequada para a complexidade das ações, garantir 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 de profissionais da Vigilância em Saúde; de acordo com as necessidades e características dos territórios, assegurar equipes multidisciplinares, bem como preservar as especificidades de cada categoria profissional; garantir o processo de educação permanente, visando o cumprimento da responsabilidade

sanitária no território e ampliação das ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, de forma a evitar a descontinuidade dos serviços públicos e a precarização do trabalho, sem qualquer tipo ou forma de terceirização das Ações de Vigilância em Saúde.

Criar mecanismos que impeçam, explicitamente, a terceirização, quarteirização, privatização e transferências de comando dos eixos de vigilância em saúde (Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Saúde do Trabalhador e outras áreas que a compõem incluindo Laboratório de Saúde Pública) por se tratar de função privativa do Estado. Reafirmar que vigilância em saúde é política de Estado, parte integrante e indissociável do SUS, devendo permanecer no escopo dos entes federados.

Estabelecer Políticas de financiamento pelas três esferas de governo, para as Ações de Vigilância em Saúde (proteção, prevenção, promoção e controle) com definição específica para o uso, de acordo com os planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Promover o reajuste progressivo dos recursos de acordo com a complexidade das ações desenvolvidas em cada área da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Saúde do Trabalhador e outras áreas que a compõem incluindo Laboratório de Saúde Pública).

Subeixo V – Gestão de Riscos de Estratégias para a Identificação, Planejamento, Intervenção, Regulação, Ações Intersetoriais, Comunicação e Monitoramento de Riscos, Doenças e Agravos à População.

Criar um plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) para compor e dimensionar equipe multi-profissional mínima com requisitos, formação e conhecimentos específicos, a fim de garantir a qualidade e a continuidade das ações para atuar em vigilância em saúde.

Subeixo VI – Monitoramento de Vetores e de Agentes Causadores de Doenças e Agravos, inclusive as Negligenciadas.

Tornar obrigatório a criação do Centro de Controle de Zoonoses nos municípios, bem como a disposição de recursos para o investimento de infraestrutura, recursos humanos e controle populacional canino e felino na esfera estadual, fortalecendo o controle de zoonoses.

Ampliar e destinar recursos financeiros específicos para aquisição de equipamentos para as ações do controle de endemias (ACS e ACE), aquisição de novas tecnologias para mapeamento de risco, monitoramento e controle, fiscalização sanitária, implantação e adequação da estrutura física e de equipamentos da rede de frio municipal, como também para as demais ações de vigilância em saúde.

Subeixo VII – Implementação de Políticas Intersetoriais para Promoção da Saúde e Redução de Doenças e Agravos, inclusive as Negligenciadas.

Articular, formalizar, inserir e integrar junto às secretarias de saúde, educação e assistência a implantação e desenvolvimento de ações educativas e preventivas nos agravos de maior incidência e prevalência, integrando a abordagem da sexualidade e prevenção das IST/HIV, tuberculose, hanseníase, doenças negligenciadas, doenças ocupacionais, de forma continuada em todos os níveis educacionais, mobilizando e capacitando os agentes públicos/privados e docentes para conscientização junto aos diversos segmentos da sociedade.

Subeixo VIII – A Participação Social no Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Estabelecer estratégias que estimulem a participação social em conjunto com os CMS, unidades de saúde e demais segmentos do SUS, democratizando a gestão e garantindo a efetiva participação popular, por meio da criação de conselhos locais, considerando a realidade dos territórios, objetivando o acesso às ações de vigilância em saúde.

5.3.2 ÂMBITO NACIONAL

Subeixo I – O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS

Fortalecer espaços coletivos de discussão, incluindo os Conselhos de Saúde, integrando efetivamente a Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Saúde Mental e demais pontos de atenção da RAS (Rede de Atenção à Saúde), a partir da articulação entre a PNVS (Política Nacional de Vigilância em Saúde), PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) e da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), assim como a recuperação e aprimoramento da ESF (Estratégia de Saúde da Família), segundo seus princípios de integralidade, cobertura populacional, territorial e promoção da saúde.

Garantir o financiamento das ações de Vigilância em Saúde, a partir de menor pagamento de juros da dívida pública, assegurando a estrutura para execução de suas atividades de promoção, prevenção, e proteção da saúde, assim como contratação de equipe mínima proporcional ao número de habitantes, via concurso público, com planos de carreira, cargos e salários, com mecanismos de valorização dos profissionais já existentes, visando à integralidade do cuidado individual e coletivo na RAS (Rede de Atenção à Saúde).

Subeixo II – Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde.

Estruturar a Política Nacional de Vigilância em Saúde considerando que esta é parte integrante e indissociável do SUS, devendo permanecer no escopo dos entes federados, com atenção especial às vulnerabilidades sociais de cada território. Criar mecanismos que impeçam explicitamente a terceirização, quarteirização, privatização e transferências nos comandos dos eixos de Vigilância em Saúde.

Estabelecer Políticas de financiamento pelas três esferas de governo, para as Ações de Vigilância em Saúde (proteção, prevenção, promoção e controle) com definição específica para o uso, de acordo com os planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Promover o reajuste progressivo dos recursos de acordo com a complexidade das ações desenvolvidas em cada área da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Saúde do Trabalhador e outras áreas que a compõem incluindo Laboratório de Saúde Pública).

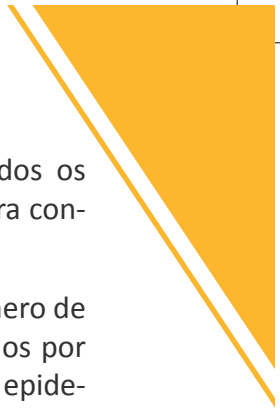
Subeixo III - Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde.

Manter o bloco de financiamento de Vigilância em Saúde, ampliando e destinando os recursos financeiros específicos para aquisição de equipamentos para as ações do controle de endemias (ACS e ACE), aquisição de novas tecnologias para mapeamento de risco, monitoramento e controle, fiscalização sanitária, implantação e adequação da estrutura física e de equipamentos da rede de frio municipal, como também para as demais ações de vigilância em saúde.

Tornar obrigatória a criação de Centro de Controle de Zoonoses-CCZ (Unidade de Vigilância de Zoonoses) nos municípios, bem como a disposição de recursos para custeio das ações e controle populacional canino e felino nas três esferas de governo, fortalecendo o controle de zoonoses.

Promover educação permanente e continuada de Vigilância em saúde para suas áreas de atuação, entendidas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Controle de Endemias e Vetores, Laboratórios de Saúde Pública e toda a rede de atenção à saúde, integrando os saberes e qualificando o domínio de ferramentas para ações efetivas de vigilância em saúde.

Articular, formalizar, inserir e integrar junto às secretarias de saúde, educação e assistência a implantação e desenvolvimento de ações educativas e preventivas nos agravos de maior incidência e prevalência, integrando a abordagem da sexualidade e prevenção das IST/HIV, tuberculose,



hanseníase, doenças negligenciadas, doenças ocupacionais, de forma continuada em todos os níveis educacionais, mobilizando e capacitando os agentes públicos/privados e docentes para conscientização junto aos diversos segmentos da sociedade.

Estabelecer na Política Nacional de Vigilância em Saúde parâmetros de qualificação e número de profissionais das equipes estaduais, regionais e municipais de vigilância em Saúde, admitidos por meio de concurso público específico da área, considerando o tamanho da população, perfil epidemiológico e a estrutura demográfica e sanitária de estados, regiões e municípios, privilegiando a criação de cargos e carreiras de vigilância em saúde em todos os níveis.

Criar um sistema de informação de vigilância em saúde no e-SUS, de abrangência local, regional, estadual e nacional, permitindo uma completa vigilância em saúde em toda a rede de saúde, fortalecendo o processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias, ações e instrumentos de gestão, que subsidie a reorientação das práticas do nível local até o nacional.

Estabelecer parcerias com universidades públicas com garantia de investimentos das agências de fomento a pesquisa para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão voltados para a geração de conhecimento e monitoramento de fatores relacionados à vigilância em saúde.

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

Reconhecer e fomentar a criação dos Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde, como estratégia de participação social, com diversos temas e debates, priorizando a vigilância em saúde, promovendo plenárias anuais articuladas pela CIR (NEPER), com o objetivo de formular e divulgar ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde, visando a criação de Conselhos Regionais de Saúde como braços do Conselho Estadual de Saúde.

6. MOÇÕES

Em todas as Conferências, nas Etapas Regionais, assim como na Etapa Estadual, puderam ser apresentadas moções, as quais fazem parte dos anexos (Anexos 13 e 14).

As Comissões Organizadoras Regionais optaram por seguir o Regimento Interno da 1ª CEVS, cuja definição dos critérios de assinatura foi através da maioria simples, ou seja, o quantitativo de cinquenta por cento mais um dos participantes. Quando as moções atingiram o quantitativo solicitado, as mesmas foram lidas e homologadas nas Plenárias Finais, considerando que o quantitativo de assinaturas já correspondia ao desejo da maioria simples. Na Etapa Estadual, não houveram moções que atingiram o quantitativo mínimo solicitado, portanto, nenhuma moção foi homologada pela plenária.

7. REFERÊNCIAS

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In GIDDENS A.; BECK U.; LASH S. (orgs.). Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora UNESP, 1997, p. 11-71.

BECK, U. La Sociedad del Riesgo: Hacia una Nueva Modernidad. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 1998.

BERLINGUER, G. Medicina e Política. São Paulo: Hucitec, 1978.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 535, de 19 de agosto de 2016, que aprova o Regimento Interno da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Imprensa Oficial, DOU nº 217, Brasília, DF, 11 de novembro de 2016. Seção 1, p. 61, 62 e 63.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 547, de 09 de junho de 2017, que aprova as regras para a realização das Conferências Livres para a Etapa Nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Imprensa Oficial, DOU nº 119, Brasília, DF, 23 de junho de 2016. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 539, de 09 de dezembro de 2016, que Aprova o Cronograma da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS. Imprensa Oficial, DOU nº 9, Brasília, DF, 12 de janeiro de 2017. Seção 1, p. 27 e 28.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: Direitos, conquistas e defesa de um SUS público de qualidade. Brasília, DF. Editora do MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.017, de 11 de maio de 2016, que convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Imprensa Oficial DOU nº 91, Brasília, DF, 13 de maio de 2016. Seção 1, p. 81.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Reunião ordinária súmula de deliberação 263ª, nº 03 que aprova o Regimento Interno da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde. São Paulo, SP. 12 de maio de 2017.

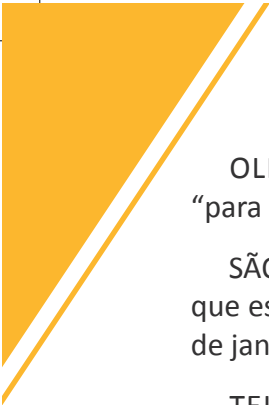
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comunicado que define a composição da Comissão Organizadora da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde. Imprensa Oficial, DOE nº 96, São Paulo, SP, 25 de maio de 2017.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comunicado com a abertura da consulta pública sobre o regulamento da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde. Imprensa Oficial, DOE nº 127, São Paulo, SP, 08 de julho de 2017. Seção 1, p.47.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comunicado com o Regimento Interno da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde. Imprensa Oficial, DOE nº 149, São Paulo, SP, 08 de agosto de 2017. Seção 1, p.33.

DURÁN, P. R. F. and GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. Saude soc., Set 2014, vol.23, no.3, p.884-896. ISSN 0104-1290

OLIVEIRA, A. M. C., IANNI, A. M. Z. and Dallari, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. Ciênc. saúde coletiva, Ago 2013, vol.18, no.8, p.2329-2338. ISSN 1413-8123



OLIVEIRA, J. A. A. 1987. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). Cadernos de Saúde Pública, 3(4), 360-387.

SÃO PAULO. Decreto nº 62.433, de 20 de janeiro de 2017, que convoca as Conferências Estaduais que especifica e dá providências correlatas. Imprensa Oficial, DOE: Vol. 127 nº 15, São Paulo, SP, 21 de janeiro de 2017.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In TEIXEIRA, S. F. (org) Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora-ABRASCO, 1995, p. 17- 46.

8. ANEXOS

- Anexo 1 - Portaria do Ministério da Saúde nº 1.017, de 11 de maio de 2016 que convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.
- Anexo 2 – Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 535, de 19 de agosto de 2016 que aprova o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.
- Anexo 3 – Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 547, de 09 de junho de 2017 que aprova a realização das Conferências Livres da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.
- Anexo 4 – Resolução nº 539 do Conselho Nacional de Saúde, de 09 de dezembro de 2016 que aprova o Cronograma da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.
- Anexo 5 – Decreto Estadual nº 62.433, de 20 de janeiro de 2017 que convoca as Conferências Estaduais.
- Anexo 6 – Súmula de deliberação da 264ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, de 12 de maio de 2017 que aprova o Regimento Interno da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.
- Anexo 7 – Comunicado que define a composição da Comissão Organizadora da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de 25 de maio de 2017.
- Anexo 8 – Regimento Interno da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde, de 06 de abril de 2017.
- Anexo 9 – Abertura de consulta pública para aprovação do Regulamento da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.
- Anexo 10 – Comunicado nº149 que torna público o Regulamento da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde e o Regulamento da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.
- Anexo 11 – Documento orientador da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.
- Anexo 12 – Propostas originais por Regional.
- Anexo 13 – Moções das Etapas Regionais.
- Anexo 14 – Moções da Etapa Estadual.

9. GLOSSÁRIO

ACE: Agente de Controle de Endemias

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CCZ: Centro de Controle de Zoonoses

CDQ: Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS

CES: Conselho Estadual de Saúde

CEVS: Conferência Estadual de Vigilância em Saúde

CIR: Comissão Intergestores Regional

CMS: Conselho Municipal de Saúde

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CNVS: Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

DOE: Diário Oficial do Estado

DOU: Diário Oficial da União

DRS: Departamento Regional de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HIV/AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

NEPER: Núcleo de Educação Permanente Regional

PCCS: Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PNVS: Política Nacional de Vigilância em Saúde

RAS: Rede de Atenção à Saúde

ST: Saúde do Trabalhador

SUS: Sistema Único de Saúde

VA: Vigilância Ambiental

VE: Vigilância Epidemiológica

VS: Vigilância Sanitária





**1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

