



**1ª CONFERÊNCIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE**
UBERLÂNDIA-MG

VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Uberlândia MG
25 de junho 2017

RELATÓRIO FINAL

Sumário

| | |
|--|----|
| CERIMONIAL DE ABERTURA..... | 6 |
| EIXOS TEMÁTICOS | 9 |
| Eixo 1: O papel da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde..... | 12 |
| Eixo 2: Acesso e Integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, saúde ambiental (zoonoses etc.), do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública | 15 |
| Eixo 3: Acesso e Integração dos saberes e tecnologias das Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, Saúde Ambiental (zoonoses etc.), do Trabalhador e dos laboratórios de saúde pública..... | 17 |
| Eixo 4: As responsabilidades da União, do Estado e dos Municípios com a Vigilância em Saúde, em especial o seu financiamento..... | 19 |
| Eixo 5: Gestão de risco de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população | 22 |
| Eixo 6: Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas | 25 |

| | |
|---|----|
| Eixo 7: Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas..... | 27 |
| Eixo 8: A participação social no fortalecimento da Vigilância em Saúde..... | 29 |
| PROPOSTAS..... | 32 |
| Propostas de Abrangência Nacional..... | 32 |
| Propostas de abrangência Estaduais..... | 33 |
| Propostas de abrangência Municipal..... | 35 |
| CRONOGRAMA..... | 44 |
| ANEXOS..... | 46 |
| REGULAMENTO INTERNO DA 1ª CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE VIGILÂNCIA EM SAÚDE UBERLÂNDIA..... | 46 |
| CAPÍTULO I: DA NATUREZA E FINALIDADE..... | 48 |
| CAPÍTULO II: DA REALIZAÇÃO..... | 49 |
| CAPÍTULO III: DA ETAPA MUNICIPAL..... | 50 |
| CAPÍTULO IV: DO TEMÁRIO..... | 51 |
| CAPÍTULO V: DA ORGANIZAÇÃO..... | 53 |
| CAPITULO VI: DAS COMISSÕES..... | 56 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO VII: DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES..... | 57 |
| CAPÍTULO VIII: DOS PARTICIPANTES..... | 60 |
| CAPITULO IX: DOS RECURSOS FINANCEIROS..... | 62 |
| CAPÍTULO X: DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS | 63 |
| CAPÍTULO XI: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS | 71 |
| MOÇÕES APROVADAS | 73 |
| CARTAZ E CONVITE | 74 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 76 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA..... | 78 |

CERIMONIAL DE ABERTURA

Mais do que o cumprimento de uma condicionalidade garantida Lei, foi o anseio da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia em realizar da 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de Uberlândia. O auditório Cicero Diniz, no Centro Administrativo, foi o cenário para o evento que aconteceu no dia 25 de junho de 2017 com o tema: **“Política Estadual de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento do SUS como direito de proteção e prevenção da saúde do povo brasileiro: fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde”**

Mais de 130 pessoas entre usuários, trabalhadores e gestores discutiram o tema com objetivo de contribuir para a construção das políticas públicas de Vigilância em Saúde.

Para a consolidação deste momento realizou-se uma mesa dialogada onde os todos os coordenares municipais das vigilâncias em saúde tiveram a oportunidade de apresentar a importância destas dentro das ações de proteção, promoção e prevenção na busca de qualidade de vida. A mesa dialogada foi composta por:

Elaize – Coordenadora da Vigilância em Saúde de Uberlândia

Adalberto Albuquerque Pajuaba Neto – Coordenador do Centro de Controle de Zoonoses

José Humberto Arruda – Coordenador

Claudia J. Oliveira – Coordenadora do Programa de Imunização

Gilda Alves Correia – Coordenadora da Vigilância Sanitária

Claudia Maria Bulgarelli Spirandeli – Coordenadora do Programa Municipal de IST/Aids e Hepatites vivais

Júlio Guilherme Azevedo de Oliveira – Coordenador do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Lourival Miro de Souza – Coordenador da Vigilância Ambiental em Saúde.

O presente documento foi construído com base nas propostas votadas e aprovadas nos grupos de trabalho e na plenária final, resultado das discussões sobre os temas orientados em cada eixo.

Ao final do evento a representatividade foi expressa no coletivo de delegados eleitos à etapa estadual, 16 representantes de vários segmentos e movimentos sociais.

EIXOS TEMÁTICOS¹

Os debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde, em virtude de diversas agendas de saúde¹ e sobre os resultados da 15^a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram a necessidade da realização da 1^a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo central de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

O Plenário do CNS, em sua 284^a Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, por meio da Resolução n. 535, aprovou o Regimento da 1^a CNVS, que define as etapas municipal, estadual e nacional e o temário da CNVS, entre outras deliberações.

¹ Texto baseado no Documento Orientador do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE para 1^a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

O tema principal da 1ª CMVS-UDI será “POLÍTICA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO SUS COMO DIREITO DE PROTEÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DO POVO BRASILEIRO: FORTALECIMENTO DOS PROGRAMAS E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE”.

Cabe à Vigilância em Saúde examinar as condições de vida e saúde das populações para organizar intervenções nos seus respectivos territórios. A ação da Vigilância em Saúde deve incidir sobre diversos planos:

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

A complexidade da realidade brasileira impõe que a Vigilância em Saúde se oriente de forma universal, integrada, participativa e territorial, tendo como

protagonistas a sociedade e os trabalhadores da vigilância.

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

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

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

Eixo 1: O papel da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) requer, por parte dos entes federativos, a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. A integralidade da atenção à saúde se efetiva na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

Para entendermos a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde é importante atentar para as três dimensões que a constituem: a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população.

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.

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.

Eixo 2: Acesso e Integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, saúde ambiental (zoonoses etc.), do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública

Para a vigilância em saúde o acesso da população aos bens e serviços de saúde é uma condição essencial para o bem-estar e qualidade de vida. Importante, desde logo, esclarecer as dimensões operacionais que norteiam o acesso aos bens e serviços de saúde. Resumidamente o acesso a saúde compreende quatro dimensões interdependentes: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade está diretamente relacionada a capacidade instalada da rede de atenção, se abrange os três níveis de

complexidade da atenção – atenção básica, média e alta complexidade – e se sua composição expressa equidade ou desigualdade no acesso à saúde, levando-se em conta o modelo de produção e as condições de vida da população. A aceitabilidade diz respeito a natureza dos serviços que são ofertados e o modo como são percebidos pelos usuários ou pela comunidade. A capacidade de pagamento refere-se às diferentes modalidades de financiamento do sistema de saúde e, por fim, a informação, elemento chave do campo de prática da vigilância, pois é por meio dela que se estabelece o processo de comunicação do sistema de saúde com o usuário no território e é também por onde são gerados os dados da situação de saúde e das condições de acesso para a tomada de decisão.

O acesso pode ser incrementado, quantitativa e qualitativamente, pela integração das práticas e processos de trabalho dos componentes da vigilância em saúde entre si e pela integração da vigilância em saúde com os níveis de atenção à saúde no SUS, sendo fundamental a articulação com atenção básica e os

demais níveis de atenção. A vigilância em saúde opera de forma descentralizada, matricial e transversal nos diferentes níveis de atenção do SUS, conforme o arcabouço normativo que a embasa, portarias 1172/2004 e a 3252/2009.

Eixo 3: Acesso e Integração dos saberes e tecnologias das Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, Saúde Ambiental (zoonoses etc.), do Trabalhador e dos laboratórios de saúde pública

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

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

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

Na composição da rede de atenção os laboratórios de saúde pública são transversais aos três níveis de atenção e podem constituir sítios sentinelas para o monitoramento de alguns agravos de relevância em saúde pública.

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

para validação e incorporação de tecnologias inovadoras na área de diagnóstico.

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

Eixo 4: As responsabilidades da União, do Estado e dos Municípios com a Vigilância em Saúde, em especial o seu financiamento

A responsabilidade sanitária com o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde é um pressuposto básico para todos entes federados e inerente à missão de

garantia dos direitos à saúde da população como ação de Estado.

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

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

O desafio permanente da implementação de territórios saudáveis depende da radicalização da integração das ações de vigilância em saúde ao superar a sua concepção como somatório das vigilâncias,

epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, com a instituição de uma ação integrada entre si, interna entre as instâncias de vigilância em saúde com a rede de assistência, moldada com a participação social e pelos problemas definidos no território de sua abrangência de ação. A partir da organização de uma prática de informação para ação definidora de processos de intervenções interativos com ações intersetoriais acompanhadas por mecanismos de gestão e governança integrados.

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

Eixo 5: Gestão de risco de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população

Parece não haver consenso sobre marco conceitual suficientemente abrangente que dê conta do conjunto dos objetos e práticas da vigilância em saúde. Esse campo de conhecimento e de práticas é atravessado por um complexo conjunto de elementos interdependentes entre si, que vai das informações e registros de manifestações biológicas, físicas e psicológicas do adoecimento, suas expressões clínicas agudas ou crônicas, suas possíveis interações com agentes patogênicos externos e diversos fatores de riscos e sua distribuição na população, bem como de possíveis associações e seus determinantes sociais.

Mas de modo geral e para operacionalização das ações, entende-se o campo de prática da vigilância em saúde como síntese de quatro vertentes evolutivas do conhecimento sobre o processo saúde-doença:

- a) vertente da vigilância epidemiológica em sua concepção mais ampla da distribuição da morbimortalidade na população;
- b) a vertente da vigilância sanitária;
- c) vertente da vigilância ambiental;
- d) a vertente que se dedica a compreensão da relação entre saúde e trabalho.

Essas quatro vertentes têm em comum:

- a) produzir informações para tomada de decisão 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.

A definição clássica de vigilância como campo de prática destinado a coleção sistemática de dados e informações sobre morbidade e mortalidade, com vista a analisar as

tendências, magnitude e transcendência dos agravos na população, não é mais suficiente para dar conta do conjunto de objetos do que vem sendo denominado de “sistema de vigilância em saúde”. Por isso, considera-se necessário redefinir as práticas sanitárias, com a revisão dos “sujeitos, dos objetos, meios de trabalho e das formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

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

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

Eixo 6: Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas

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

É imperativo que os agravos mentais, reconhecidos hoje enquanto o maior desafio global da saúde no Século XXI, passem a ser objeto central de atenção e ação da vigilância em saúde, vis a vis ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial, no contexto da Política Nacional de Saúde Mental.

A transição nutricional é um grande desafio à saúde pública contemporânea. A má nutrição, antes fortemente marcada pela desnutrição, revela-se hoje predominantemente pela epidemia de obesidade infanto-juvenil a qual está associada a diversos fatores de risco e de co-morbidades que necessitam de redobrada atenção

e no desencadeamento de ações de vigilância voltadas à prevenção.

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

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

Eixo 7: Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas

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.

Pensar cidades saudáveis – ou mesmo territórios saudáveis e sustentáveis – é uma agenda que deve ser levada em conta quando da construção de uma política nacional de Vigilância em Saúde. Este debate ganhou envergadura por ocasião da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental promovida em 2009². Estas agendas ajudam a pensar o papel da VS para além dos muros do SUS. Implicam ainda debater uma nova concepção de gestão governamental, que

² 1ª CNSA promovida pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional das Cidades, Conselho Nacional do Meio Ambiente, Brasília/DF, 2009.

“inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades [e áreas rurais³] onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais” (Westphal, 1997; Malik, 1997, Keinert, 1997; Ferraz, 1999; RADIS, 2000 Apud PAIM, J.).

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 brasileira.

³ Inclusão da relatoria da 1ª CNVS.

Eixo 8: A participação social no fortalecimento da Vigilância em Saúde

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

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

Promover equidade em saúde requer compromisso com o imperativo ético político de superação das desigualdades e das injustiças sociais, dimensões intrínsecas ao respeito às diferenças e às diversidades de pessoas e grupos sociais, como fundamentam as políticas de equidade⁴ no SUS. Em outras palavras, respeito e cumprimento aos direitos humanos, à justiça social e à superação das desigualdades sociais.

As soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde devem ser pensadas para além dos muros do setor saúde. Estas vem sendo engendradas na sociedade a partir de experiências de sociais, e envolvem indivíduos, grupos e movimentos sociais⁵ que buscam superar o histórico de exclusão e de estigmas sociais. Desde o final da década de 1980 que esses movimentos se inspiraram

⁴ Políticas de Equidade do SUS tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. No âmbito do SUS, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. O princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. www.pensesus.fiocruz.br/equidade

⁵ No Brasil existem políticas e programas de saúde em acordo com a pluralidade da população: trabalhador e trabalhadora, indígenas, mulheres, idosos, negros, do campo das florestas e das águas, LGBT, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência e com patologias, dentre outros.

na radicalização da democracia, propuseram mudanças que passam pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, sobremaneira, na reorganização das práticas de saúde. As experiências de enfrentamento à epidemia da AIDS, da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e dos Comitês de Mortalidade Materna representam importantes marcos político-institucionais do que deve vir a ser uma vigilância de base comunitária, democrática e participativa para enfrentamento das iniquidades.

PROPOSTAS

Propostas de Abrangência Nacional

1. Aumentar o subsídio da vigilância em saúde dos municípios para melhoria das infraestruturas dos programas de vigilância e aumentar investimento para equipar e melhorar a capacidade de produção dos laboratórios para imunobiológico e soro. 42 votos
2. Elaborar plataforma única de acesso à dados e links relacionados à vigilância em saúde. 13 votos
3. Que a União e Estado, aumentem a capacidade de produção do laboratório, de forma que não falte imunobiológico, sendo estes (Vacinas, imunoglobulina e soros). 11 votos

Propostas de abrangência Estaduais

1. Investir e disponibilizar para todas as unidades teste rápido de sífilis e HIV para gestantes.
2. Disponibilizar verbas específicas para equipar as salas de vacina dos municípios com câmara refrigerada e ar condicionado, com obrigatoriedade de câmaras frias ~~em todas as salas de vacina~~
3. Maiores investimento em estrutura física das vigilâncias:
 - a. - salas de vacinas;
 - b. - centrais de vacinas;
 - c. - almoxarifados;
 - d. - laboratórios;
 - e. - canil;
 - f. - locais de treinamento. Estadual.
4. Fortalecimento dos laboratórios macros regionais aumentando e ampliando a realização dos exames

de vigilância e saúde. E melhorar a capacidade de produção para imunobiológico e soro.

5. Ampliar, viabilizar e investir em programas de educação permanente dos profissionais com temática de vigilância em saúde com objetivo de qualificar os servidores e o serviço.
6. Melhoria da resolução estadual para monitoramento das verbas destinadas a Vigilância em Saúde nos municípios.
7. Descentralizar o CRIE para município onde um médico dentro do programa nacional de imunização poderá avaliar e deferir sobre os imunobiológicos especiais, receitados para grupos prioritários.
8. Aumento do subsidio do estado para os municípios referentes ao programa de fortalecimento da vigilância em saúde.

Propostas de abrangência Municipal

1. Proibir a instalações de abrigos para pontos de ônibus que são acumuladores de água e geradores de focos do mosquito *Aedes Aegypti*, vetor de várias doenças. Substituir os atuais abrigos de modo, que estes não acumulem água.
2. Garantir a integralidade na atenção à saúde dos trabalhadores, em todas as instâncias da Rede de Atenção à Saúde do SUS (atenção primária em saúde, atenção especializada, CEREST, urgência e emergência, atenção hospitalar, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica e vigilância em saúde), e nas políticas públicas de saúde transversais à saúde do trabalhador, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, respondendo às necessidades de cada território e fortalecendo a estrutura da RENAST.

3. Estabelecer uma área específica para prática de comércio, como ferro velho e depósito de areia, conforme as normas estabelecidas pela vigilância.
4. Liberar alvará de funcionamento apenas para as borracharias que armazenam pneus em locais adequados.
5. Desenvolver ações de educação permanente em vigilância em saúde, com a participação dos trabalhadores e população, para melhor conhecimento do que venha a ser Vigilância em Saúde.
6. Captar-recursos e incentivo para estudo e pesquisa das plantas medicinais para o combate ao *Aedes*, assim como, para investir em capacitação permanente aos ACE e ACS sobre as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.
7. Construir ou destinar salas das escolas estadual para uso específico dos agentes de controle de zoonoses e agente de saúde escolar.

8. Intensificar e coordenar as ações intersectorializadas através do comitê executivo intersectorial.
9. Capacitar as equipes para a realização de teste rápido de sífilis, HIV, e hepatites virais nas unidades de saúde.
10. Desenvolver sala de espera com maior frequência com temas fora de campanhas utilizando os televisores da recepção das unidades de saúde.
11. Qualificar os meios de notificação e informação de dados referentes a violência sofrida por grupos vulneráveis com destaque a população feminina e LGBT.
12. Elaborar campanha de incentivo a participação popular no exercício da cidadania com ênfase na corresponsabilidade da sociedade civil.
13. Fortalecer ações de apoio institucional, financeiro, tecnológico e apoio da secretaria municipal de saúde, no planejamento estratégico e adequado

por parte das equipes de vigilância em saúde e transparência acerca dos indicadores que monitoram as ações.

14. Aumentar investimento financeiro em estruturas físicas das vigilâncias (sala de vacina e laboratório).
15. Implementar políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador da área da saúde.
16. Fiscalizar e monitorar os laboratórios de análise clínicas do município de Uberlândia com ênfase no controle de qualidade e segurança dos resultados.
17. Terminar a reforma e ampliação das edificações situadas na avenida Benjamin Magalhaes, 895, no bairro Tibery, com vistas a instalação dos diversos setores componentes da vigilância em saúde.
18. Otimizar a divulgação dos dados relacionados à vigilância epidemiológica em saúde bucal nos diversos espaços de saúde, possibilitando um maior conhecimento acerca dos agravos mais

prevalentes com a finalidade de otimizar medidas preventivas educativas acerca dos mesmos.

19. Criar resolução estadual para monitoramento das verbas destinadas a vigilância em saúde nos municípios.
20. Garantir com recursos financeiros e humanos (fiscais) que se atenda ao código de postura do município que a vigilância sanitária realize fiscalização e captação espontânea de comércios não fiscalizados pela VISA independente de denúncias, coibir e inibir o comércio ambulante em especial de alimentos.
21. Disponibilizar materiais, equipamentos (mobiliários) e insumos necessários para que o CREDESH consiga se alocar na nova sede (Bairro Jd. Brasília I)
22. Ampliar o horário da saúde do trabalhador em todas as unidades de saúde que tiverem disponibilidade e condições.

23. Sensibilizar toda a rede de saúde e comunidade para redução das IST, com ênfase na sífilis congênitas.
24. Efetivar fiscalização quanto ao comércio de ambulante nas calçadas e vagas de estacionamento na porta de todas as UAIS, atendendo as regras do comércio local, com parceria da Postura, SETRAN e Vigilância Sanitária além de autonomia dos vigilantes para inibir essa prática, as calçadas são públicas, porém de responsabilidade da Unidade pela sua manutenção e livre acesso, respeitando as condições de acessibilidade e mobilidade.
25. Praticar atividade física com pessoas com deficiência nas Unidades de Saúde para prevenção e promoção de saúde. Sendo no espaço de saúde ou comunidade.
26. Criar lei para viabilizar a entrada no domicílio resistente que já fora comprovada a observação de risco. A lei contemplar multas e mesmo a retirada

do alvará de funcionamento das empresas que o pátio acumule água construindo cobertura e a revisão do formato das mercadorias que acumulem água. Acrescentar ações educativas nas diferentes instituições sociais sobretudo escolas, sala de espera em saúde inclusive pronto atendimento. Manter a atuação do ACS nas propostas de controle do Aedes.

27. Ampliar os estudos em saúde do trabalhador na saúde pois temos um trabalhador doente que presta serviço. A humanização ser ofertada requer um trabalhador com profissional que hoje estão focados em metas e sob stress. Atualmente não temos sequer estatísticas.

28. Garantir ações de auto cuidado para crianças e adolescentes, dentro do programa de saúde escolar.

29. Intensificar a educação em IST nos serviços de atenção em saúde bucal, com ênfase nos adolescentes

30. Eliminar criadouros do *Aedes aegypti* com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde, por meio de ações a eles pertinentes, conforme a definição do Ministério da Saúde e com maior apoio do Agente de Controle de Zoonoses.
31. Promover ações junto a comunidade para empoderar o auto cuidado.
32. Realizar ações intersetoriais de promoção, prevenção e proteção buscando a redução dos acidentes de transito e violência no município, por consequência diminuir morbimortalidade por estas causas.
33. Estimular as ações proativas da sociedade civil na educação e controle em saúde.
34. Implantar contra referência ao usuário notificante quanto as ações realizadas pela Zoonose e Atenção Básica.

35. Intersetorialidade entre as vigilâncias e a APS no sentido de apropriação da APS com as vigilâncias incluídas nas ações de saúde de cada território.
36. Realizar ações coletivas em educação em saúde junto à comunidade, enfatizando: escovação, alimentação saudável, práticas corporais, atividades físicas, promoção da Saúde do Trabalhador, importância do tratamento da Sífilis na gestação, prevenção da Violência e promoção da cultura da Paz.
37. Disponibilizar pessoal para o trabalho junto às escolas, reforçando as ações de prevenção e promoção a saúde, estimulando ação exitosa.
- 

CRONOGRAMA

Dia 25 de Junho

08:00 – Boas Vindas Credenciamento, distribuição das pastas, lista de presença

08:30 – Abertura Oficial

- ✓ Composição de Mesa
- ✓ Hino Nacional
- ✓ Apresentação Cultural

09:30 – Leitura e Aprovação do Regulamento Interno da 8ª Conferência

10:00 – Mesa dialogada:

- I. Vigilância em Saúde: Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade
- II. O papel da vigilância em saúde na integralidade do cuidado e gestão de risco na Rede de Atenção à Saúde;
- III. Práticas, processos de trabalho e tecnologias das vigilâncias em saúde

10:40 – Orientação para os Grupos de Trabalho

11:00: – Grupos de Trabalho

12:00 às 13:30 – Intervalo para almoço

13:30 – Retorno aos Grupos de Trabalho

14:30 – Intervalo

15:00 – Plenária Final

16:00 – Eleição e apresentação das (os) delegadas (os)
para a 2ª Conferência Estadual de Vigilância em
Saúde

18:00 Encerramento



ANEXOS

REGULAMENTO INTERNO DA 1ª CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE VIGILÂNCIA EM SAÚDE UBERLÂNDIA

DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DA 1ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE UBERLÂNDIA

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia em sua Reunião Ordinária, realizada em 29/04/17, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo a Lei Municipal nº 8.836 de 29 de

setembro de 2004, Lei Municipal nº 10.715 de 21 de março de 2011, Código Municipal de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1017 de 11 de maio de 2016, que convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em Brasília, Distrito Federal, com o tema: "Vigilância em Saúde: Direito e Conquistas e Defesa do SUS Público e de Qualidade", a ser realizada nos dias 21 a 24 e novembro de 2017

Considerando a Resolução CNS nº 535, de 19 de setembro de 2016, que aprova o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e dá outras providências;

Considerando a Resolução CNS 539, DE 09/12/2016, que aprova o Cronograma (1ª CNVS) e publica o Anexo 1, previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª Conferência de Saúde de Vigilância em Saúde e dá outras providências;

Considerando a Resolução CESMG nº18, de 13 de fevereiro e 2017, que convoca a 1ª Conferência de Vigilância em Saúde – MG (1ª CEVS-MG);

Resolve:

Aprova o Regimento da 1ª Conferência Estadual de Saúde de Vigilância em Saúde (1ª CEVS-MG) como referência para a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Vigilância em Saúde de Uberlândia/MG, com o tema Central: “VIGILÂNCIA EM SAÚDE: DIREITO, CONQUISTAS E DEFESA DE UM SUS PÚBLICO E DE QUALIDADE”.

CAPÍTULO I: DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde, convocada pelo Decreto Municipal de Nº 17.147/2017 tem como objetivo propor diretrizes para a formulação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento dos Programas e Ações de Vigilância em Saúde;

Parágrafo Único - Este regulamento tem como finalidade definir a organização da 1º Conferencia Municipal de Vigilância em Saúde de Uberlândia, considerando o Regimento Interno da CEVS-MG e o Decreto de convocação municipal, Nº17.147 de 09 de junho de 2017.

CAPÍTULO II: DA REALIZAÇÃO

Art. 2º A 1ª CMVS/UDI terá abrangência Municipal mediante a realização da Etapa Municipal, no dia 25/06/17, que servirá como etapa preparatório para a 1ª CEVS-MG, que ocorrerá nos dias 28, 29 e 30 de setembro de 2017, como etapa da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde que ocorrerá de 21 a 24 de novembro de 2017, em Brasília (DF).

§1º A etapa estadual será precedida de Conferências Municipais.

§2º O Conselho Municipal de Saúde deverá informar à Comissão Organizadora Estadual o cronograma de

realização da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde.

§3º O não cumprimento dos prazos ou realização das etapas previstas neste artigo por algum município não constituirá impedimento para a realização da Etapa Estadual.

CAPÍTULO III: DA ETAPA MUNICIPAL

Art. 3º A Etapa Municipal terá por objetivos elaborar e aprovar propostas prioritárias para o fortalecimento dos programas e ações de vigilâncias em saúde, conforme eixos temáticos, constantes no Regimento Interno do CEVS-MG.

Parágrafo único - A Comissão de organização, definida pelo Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia e pela SMS, será responsável pela realização da etapa municipal, emitirá Relatório da Etapa Municipal, juntamente com a lista dos Delegados eleitos para a

Etapa Estadual, considerando-se os prazos previstos no Regimento da Conferência Estadual.

Art.4º Caberá ao Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia a Coordenação da 1ª Conferencia Municipal de Vigilância em Saúde - 1ª CMVS-UDI.

§1º na Conferência Municipal serão eleitos de forma paritária, os delegados que participarão da Conferência Estadual, conforme a Resolução do CNS nº 453/2012, e conforme o anexo do Regimento Interno a CEVS-MG.

§2º não serão aceitas as inscrições que não atenderem ao disposto no §1º deste artigo.

§3º deverá constar no Relatório Final da etapa municipal o quantitativo de participantes e de propostas aprovadas da referida conferencia - 1ª CMVS-UDI.

CAPÍTULO IV: DO TEMÁRIO

Art. 5º O tema principal da 1ª CMVS-UDI será “POLÍTICA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O

FORTALECIMENTO DO SUS COMO DIREITO DE PROTEÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DO POVO BRASILEIRO: FORTALECIMENTO DOS PROGRAMAS E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE”. Os eixos:

- I. O papel da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde.
- II. Acesso e Integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, saúde ambiental (zoonoses etc.), da (o) trabalhadora (a) e dos laboratórios de saúde pública.
- III. Acesso e Integração dos saberes e tecnologias das Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, Saúde Ambiental (zoonoses etc.), do Trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.
- IV. As responsabilidades da União, do Estado e dos Municípios com a Vigilância em Saúde, em especial o seu financiamento;

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

CAPÍTULO V: DA ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A 1ª CMVS-UDI será presidida pelo Secretário Municipal de Saúde – Gestor, com a Coordenação Geral da Presidência do Conselho Municipal de Saúde e um

Coordenador Geral adjunto a ser eleito entre os pares da Comissão Organizadora eleita para este fim.

Art. 7º A 1ª CMVS-UDI será realizada no dia 25/06/17 das 08:00h as 18:00h, no auditório Cícero Diniz localizado na Prefeitura Municipal de Uberlândia, Av. Anselmo Alves dos Santos, 600.

Parágrafo único. A Programação da 1ª CMVS-UDI será proposta pela Comissão Organizadora, aprovada pelo Pleno do Conselho Municipal de Saúde e anexada ao Regulamento.

Art. 8º O Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia organizará em conjunto com a SMS os trabalhos e, da 1ª CMVS-UDI levando em conta as organizações colegiadas em todos os níveis.

Parágrafo único. A 1ª CMVS-UDI, terá como referência o máximo de 200 participantes entre inscrições e convidados, de acordo com a capacidade do auditório.

Art. 9º O funcionamento da 1º CMVS-UDI se dará através de plenária inicial dos trabalhos aprovando o regulamento

proposto pela Comissão Organizadora e através da realização de grupos de trabalhos e de plenária final.

Art. 10 Os relatórios dos grupos de trabalhos serão organizados e apresentados a plenária final com a seguinte organização:

- I. todas as propostas que alcançar 60% de aprovação dos membros dos grupos com direito a voto será incluída direto no relatório final considerando aprovado;
- II. as proposta que tiver entre 50 a 59% e que não ouve aprovação no grupo será discutida e colocada em votação da plenária, que poderá ser aprovada por maioria simples dos presentes ou modificada em parte ou excluída totalmente;
- III. as propostas com votação inferior a 50% serão excluídas automaticamente.

Art. 11 O Relatório Final da 1º CMVS-UDI, sob a responsabilidade da Comissão Organizadora Municipal, deverá ser enviado à Comissão Organizadora Estadual da 1º CEVS-MG, até 14/08/2017 para o E Mail:

relatoria.ces@gmail.com, juntamente com a listagem dos delegados e delegadas eleitos titulares e suplentes, de acordo com os formulários anexos ao Regimento da 1º CEVS-MG;

Art. 12 O relatório da etapa Municipal deve constar no máximo, 08 propostas prioritárias de abrangências Estadual e 01 (uma) proposta prioritária de abrangência Nacional, em papel a4, fonte Arial 12 e espaço duplo.

CAPITULO VI: DAS COMISSÕES

Art. 13 A 1ª CMVS-UDI será conduzida pelas seguintes comissões:

- I. Comissão Organizadora:
 - a) coordenador – Presidente do Conselho Municipal de Saúde
 - b) coordenador Geral Adjunto: Membro eleito pela comissão;

- c) a comissão organizadora será constituída por 08 membros: 04 representantes de usuárias, 02 representante de trabalhador, 02 representante da gestão e prestadores;
- II. Comissão de Comunicação e Mobilização

CAPÍTULO VII: DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 14 À Comissão Organizadora compete:

- I- implementar das deliberações da Comissão;
- II- subsidiar e apoiar a realização das atividades das demais Comissões;
- III- garantir as condições da infraestrutura necessária para a realização da 1ª CMVS-UDI;
- IV- propor e viabilizar a execução do orçamento e providencias as suplementações orçamentárias;
- V- prestar constas ao CMSU dos recursos destinados á realização da Conferência;

- VI- propor as condições de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CMVS-UDI, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, internet, fax, dentre outros), hospedagem, transporte, alimentação e outras;
- VII- providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 1ª CMVS-UDI;
- VIII- propor a lista de convidadas e delegadas, obedecendo à paridade prevista na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- IX- promover, coordenar e supervisionar a realização da 1ª CMVS-UDI, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentando as propostas para serem referendadas pelo Conselho Municipal de Saúde;
- X- Elaborar e propor:
 - a) o Regulamento da 1ª CMVS-UDI;

- b) resolver as questões julgadas pertinentes não previstas aos itens anteriores e regimentais.

Art. 15 À Comissão de Comunicação e Mobilização compete:

- I. definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 1ª CMSV-UDI, incluindo imprensa, internet e outras mídias;
- II. promover a divulgação do Regimento Municipal e Regulamento da 1ª CMVS-UDI;
- III. orientar as atividades de comunicação social da 1ª CMVS-UDI;
- 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-UDI

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

Parágrafo único – A Comissão de Comunicação e Mobilização trabalhará articulada com o Conselho Municipal de Saúde no desenvolvimento das ações da 1ª CMVS-UDI

CAPÍTULO VIII: DOS PARTICIPANTES

Art. 16 A 1ª CMVS-UDI contará com participantes inscritos online no período de 14/06/2017 ao dia 21/06/2017, com credenciamento obrigatório das de 08:00 às 09:30 do dia 25/06/2017, entendendo como credenciamento a validação das inscrições realizadas;

§ 1º poderão realizar novas inscrições no dia 25/06 das 09:00 às 12:00, desde que haja vagas ou no caso do participante que apresente formalmente desistência de participação da Conferência, e respeitando as regras de uso do auditório e a capacidade de 200 pessoas.

§ 2º o descredenciamento dos participantes que não validarem suas inscrições, acontecerá automaticamente no dia 25/06/2017 até às 9:00.

Art. 17 As inscrições para candidatos a delegados à 1ª CEVS-UDI deverão ser feitas no ato do credenciamento obrigatório, no dia 25/06/2017 das 08:00h as 12:00 sem prorrogação.

§1º na 1ª CMVS-UDI serão eleitos 16 delegados, assim distribuídos:

- a) Usuário: 8 delegados
- b) Trabalhador: 4 delegados
- c) Gestor/Prestador: 4 delegados

§2º o processo eleitoral para a escolha dos delegados acontecerá na plenária final, onde os candidatos deverão estar presentes;

§3º a ficha de inscrição do delegado suplente, assim como as dos delegados, devendo ser encaminhada à Comissão Organizadora da 1ª CEVS/MG;

Art. 18 Os (as) participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 1ª CMVS-UDI, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

CAPITULO IX: DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 19 As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Municipal da 1ª CMVS-UDI caberão à dotação orçamentária consignada no Fundo Municipal de Saúde.

§1º. a SESMG/CESMG arcarão com as despesas referentes à hospedagem e alimentação de todas as delegadas (os) e convidadas (os) em Belo Horizonte;

§2º as despesas com o deslocamento dos delegados Municipais até Belo Horizonte, e volta serão responsabilidade dos respectivos Municípios.

§3º os delegados suplentes eleitos somente terão direito à hospedagem e à alimentação, pagas pela SESMG/CES-

MG, quando configurado o seu credenciamento enquanto delegado, em substituição à delegado titular eleito, dentro dos prazos previsto no Regimento da 1º CEVS-MG.

CAPÍTULO X: DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 20 São instâncias de decisão na Etapa Municipal da 1ª CMVS-UDI:

- a) plenária para leitura e votação do regulamento interno;
- b) grupos de trabalho;
- c) plenária final;
- d) comissão organizadora.

§ 1º Os participantes terão direito a voz e voto.

§2º os participantes dos grupos de trabalho serão compostos paritariamente nos termos da Resolução CNS nº 453/2012, com participação de convidados, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§ 3º Os convidados não terão direito a voto, mas terão direito à voz.

Art. 21 O credenciamento obrigatório dos participantes ocorrerá das de 08:00 às 09:30 do dia 25/06/2017, entendendo como credenciamento a validação das inscrições realizadas online no período de 14/06/2017 ao dia 21/06/2017.

§ 1º Poderão realizar novas inscrições no dia 25/06 das 09:00 às 12:00, desde que haja vagas ou no caso de participantes que apresentem formalmente desistência de participação da Conferência, e respeitando as regras de uso do auditório e a capacidade de 200 pessoas.

§ 2º O descredenciamento dos participantes que não validarem suas inscrições, acontecerá automaticamente no dia 25/06/2017 até às 9:00.

Art. 22 As informações sobre a 1ª CMVS-UDI poderão ser obtidas na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Art. 23 As mesas de trabalho da Plenária Final da 1ª CMVS-UDI contarão com um coordenador, um

coordenador adjunto, um secretário e um relator, todos indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 24 Os eixos temáticos da 1ª CMVS-UDI serão apresentados por expositores indicados pela Comissão Organizadora / Secretaria Municipal de Saúde.

§ 1º Os expositores disporão de vinte (20) minutos prorrogáveis por mais dez minutos, para apresentar o tema para o qual foi convidado.

Art. 25 Os trabalhos de grupo se desenvolverão simultaneamente, em grupos temáticos compostos paritariamente no ato do credenciamento que ocorrerá no 25/06/2017.

§ 1º Os grupos de trabalho contarão com um Facilitadores e um digitador indicados pela Comissão Organizadora conforme estabelecido no Regimento Interno da 1ª CMVS-UDI.

§ 2º Os grupos de trabalho contarão com um Coordenador, um Relator e um controlador de fala e tempo escolhido pelo grupo.

§ 3º Na ausência do coordenador um dos Facilitadores terá a função de presidir a reunião e estimular a participação de todos os membros do grupo.

§ 4º O Facilitador terá a função de controlar a entrada dos participantes no grupo, subsidiar com material de apoio disponibilizado pela Comissão Organizadora, elaborar ata, se necessário, controlar o tempo de trabalho e dar suporte para o relator escolhido.

§ 5º O relator dos grupos se encarregará de sintetizar as proposições e conclusões, as quais deverão ser digitadas em formulário próprio, gravado em dispositivo portátil e/ou mídia digital e encaminhado à Comissão de Relatoria da 1ª CMVS-UDI até às 15:00 do dia 25/06/2017.

Art. 26 Os grupos de trabalho deliberarão da seguinte forma:

- I. as propostas de cada grupo da 1ª CMVS-UDI deverá apontar as prioridades com relevância Estadual e Nacional num total de 09, sendo 08 para Estado e 01 Nacional;

- II. as propostas que obtiverem 60% (sessenta por cento) ou mais dos votos e forem aprovadas nos grupos de trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do relatório final da 1ª CMVS-UDI, sendo apenas necessária a leitura na plenária final;
- III. só serão levadas para apreciação na plenária final, as propostas com aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um, e que não tenha alcançado no mínimo em 60% de aprovação nos grupos de trabalho. As propostas que não obtiverem esse índice de aprovação não serão discutidas na plenária final e não farão parte do relatório final;
- IV. na plenária final não serão acatadas propostas novas.

§ 1º O término dos trabalhos de grupos será no máximo às 15:00 do dia 25 de junho de 2017.

§ 2º O documento consolidado e sistematizado a ser encaminhado para votação na plenária final será elaborado pela Comissão de Relatoria e digitadores indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 27 A Plenária Final terá como objetivos:

- I. discutir e aprovar as propostas com aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um, e que não tenha alcançado no mínimo em 59% de aprovação nos grupos de trabalho;
- II. discutir e aprovar moções;
- III. Eleger delegados.

Art. 28 A apreciação e votação das propostas, constantes da consolidação dos relatórios dos grupos de trabalho, terão os seguintes encaminhamentos:

- I. a coordenação da plenária final procederá à leitura do relatório consolidado, aprovado nos grupos de trabalho, de modo que apenas as propostas que não tenham alcançado no mínimo em 60% de aprovação nos grupos de trabalho serão identificadas, para serem apreciadas pela plenária final;
- II. após a leitura, as propostas, com votação inferior a 60% nos grupos, poderão sofrer destaques e serão chamadas por ordem, um a um os destaques para

serem apreciados, posteriormente serão colocadas direto em votação, e assim serem aprovadas por maioria simples, rejeitadas ou excluídas pela plenária final;

- III. todas as propostas de alterações de texto dos destaques deverão ser apresentadas por escrito à mesa coordenadora da plenária final;
- IV. todos participantes inscritos no grupo da proposta de origem poderão propor destaque e terão cada um, o tempo máximo de dois (02) minutos para defesa do seu ponto de vista. O coordenador concederá a palavra, se necessário, a um participante que se apresente para defender posição contrária tendo como tempo máximo de dois (02) minutos para defesa;
- V. a aprovação das propostas apresentadas será pela maioria simples dos participantes presentes na plenária final;
- VI. os participantes presentes no momento da votação deverão manifestar se: “contra”, “a favor” ou “abster se” levantando o crachá;

- VII. as questões de ordem ou de encaminhamento serão apresentadas à coordenação da plenária final, que serão concedidas ou não, de acordo com sua pertinência cabendo recurso ao plenário;
- VIII. iniciado o processo de votação não serão permitidas questões de ordem ou encaminhamentos.

Parágrafo único. A Plenária Final aprovará as propostas que comporão o Relatório Final 1ª CMVS-UDI.

Art. 29 Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final, o Coordenador da Plenária Final procederá à leitura, apreciação e votação de moções que poderão ser votadas em conjunto ou em separado.

Art. 30 Qualquer participante da 1ª CMVS-UDI poderá apresentar moções, que deverão ser encaminhadas à Comissão Organizadora até às 14:00 do dia 25 de junho de 2017 para serem classificadas por área temática a fim de facilitar o andamento dos trabalhos.

§ 1º Cada moção deverá ser assinada, por no mínimo, vinte por cento (20%) dos participantes inscritos na Conferência.

§ 2º Todas as moções serão lidas pelo coordenador da mesa de trabalho e, após a leitura, não havendo nenhum destaque, seguirá imediatamente para votação.

§ 3º A aprovação das moções será por maioria simples dos participantes presentes.

CAPÍTULO XI: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31 O Relatório Final da 1ª CMVS-UDI ficarão à disposição dos participantes e Conselheiros Distritais e Locais e municipais na Secretaria Executiva do CMSU para envio eletrônico e na página da SMS.

Art. 32 Serão conferidos certificados, via online, aos membros participantes da 1ª CMVS-UDI que obtiverem no mínimo 75% de frequência de todas as atividades, no máximo após 30 dias da realização do evento.

Art. 33 O Regimento da 1ª CMVS-UDI teve como base o Regimento da Etapa Estadual.

Art. 34 Os municípios devem respeitar a distribuição de vagas previstas neste Regulamento.

Art. 35 As dúvidas quanto à disposição destes Regimento e Regulamento na Etapa Municipal serão esclarecidas pela Comissão Organizadora da 1ª CMVS-UDI, durante plenária e até conclusão da relatoria final.

Art. 36 Este regulamento será aprovado na plenária da 1ª CMVS-UDI no início dos trabalhos da conferência.

Art. 37 Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 1ª CMVS-UDI.

Tania Lúcia dos Santos

Coordenadora Geral da 1ª CMVS/UDI

Dr. Gladstone Rodrigues da Cunha Filho

Presidente da 1ªCMVS - Gestor



MOÇÕES APROVADAS

MOÇÃO DE APLAUSOS

Agradecemos a presença dos conferencistas conselheiros de saúde, gestores, usuários, trabalhadores e comissão organizadora na 1ª Conferência Municipal de Vigilâncias em Saúde.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Aos conselheiros de Saúde que não participaram e não justificaram a ausência na 1ª Conferência Municipal de Vigilâncias em Saúde.

CARTAZ E CONVITE

The poster features a light blue background. At the top left is a stylized map of Uberlândia in yellow and blue. To its right, the text reads "CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE UBERLÂNDIA-MG". Below this, it specifies "8ª Municipal de Saúde e 1ª de Vigilância em Saúde". The central graphic consists of several interlocking puzzle pieces in shades of blue, yellow, and green, containing icons for a group of people, a medical cross, a magnifying glass over a house, and a person with a magnifying glass. Below the puzzle pieces, the dates "23, 24 E 25 DE JUNHO DE 2017" are prominently displayed. Underneath the dates, the location is given as "Auditório Cícero Diniz, Av. Anselmo Alves dos Santos, 600, Santa Mônica". At the bottom, there are four logos: the Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia, the Secretaria Municipal de Saúde, the Prefeitura de Uberlândia, and the SUS logo.

**CONFERÊNCIAS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE**
UBERLÂNDIA-MG

8ª Municipal de Saúde e 1ª de Vigilância em Saúde

23, 24 E 25 DE JUNHO DE 2017

Auditório Cícero Diniz
Av. Anselmo Alves dos Santos, 600, Santa Mônica

Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
SUS

CONVITE



8ª Municipal de Saúde e 1ª de Vigilância em Saúde



nas pré-conferências, nos Distritos: Central, Norte, Leste, Oeste e Sul com a participação da sociedade organizada Urbana e Rural, com representação dos segmentos de gestor, prestador, trabalhador e usuário. Seguem os eixos que fundamentarão as discussões, avaliações e proposições de propostas:

- I. Qualificação da Atenção Primária à Saúde
- II. Fortalecimento das Redes de Atenção
- III. Assistência Farmacêutica
- IV. Gestão dos Serviços e Cidadania
- V. Vigilância em Saúde e Ações de Promoção da Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia realizará nos dias 23, 24 e 25 de junho de 2017 a 8ª Conferência Municipal de Saúde (CMS) e 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde (CMVS). As inscrições estão disponíveis no site da prefeitura/secretarias/saude/conferencia municipal de saude.

Dia 23 de Junho das 18:30 às 22:00 (Abertura Oficial)
Dias 24 de Junho das 08:00 às 19:00 (8ª Conferência Municipal de Saúde)

Local: auditório Cicero Diniz – Av. Anselmo Alves dos Santos, 600 - Santa Mônica

Tema: "Saúde dever do Estado, corresponsabilidade do cidadão"

A 8ª Conferência Municipal de Saúde tem como objetivo trabalhar as propostas novas e todas que foram apresentadas e aprovadas sanitárias, ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública). Além de elaboração de propostas para o município, serão elencadas propostas para Conferências Estadual e Nacional. e para isso está propondo os seguintes subeixos:

Dia 25 de Junho das 08:00 às 19:00 (1ª Conferência de Vigilância em Saúde)

Local: Auditório Cicero Diniz – Av. Anselmo Alves dos Santos, 600 - Santa Mônica

Tema: "Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade", a A 1ª CMVS objetiva debater a integração dos programas de todas as vigilâncias em saúde (epidemiológicas, sanitárias, ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública). Além de elaboração de propostas para o município, serão elencadas propostas para Conferências Estadual e Nacional. e para isso está propondo os seguintes subeixos:

- I. O papel da vigilância em saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;
- II. Acesso e integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública;
- III. Acesso e integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública;
- IV. Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde;
- V. Gestão de risco de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população;
- VI. Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas;
- VII. Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas;
- VIII. A participação social no fortalecimento da vigilância em saúde

Ainda, haverá eleição para escolha de delegados que participarão da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.

Convidamos a população de Uberlândia Urbana e Rural para participar destas grandes reuniões e, assim, discutir as demandas de saúde dentro do modelo atual e propor sugestões para melhorias.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

CEAI – Centro Educacional de Assistência Integrada

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CES – Conselho Estadual de Saúde

CEVS – Conferencia Estadual de Vigilância em Saúde

CMSU – Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia

CMVS – Conferencia Municipal de Vigilância em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais.

GM – Gabinete do Ministro

ITS – Infecção Transmissível Sexualmente

MS – Ministério da Saúde

PPA – Plano Plurianual

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SETTRAN – Secretaria de Trânsito e Transportes

SISLAB – Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Uberlândia

VS – Vigilância em Saúde



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA

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.

Costa EA, Fernandes TM, Pimenta TS. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). Ciênc. Saúde Coletiva, vol.13, no.3, Rio de Janeiro May/June 2008.

Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância

Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.

FONSECA, F.O. **Ultraliberalismo e seus contendores**. Manuscrito.

<https://cbrayton.files.wordpress.com/2006/09/teopol15.pdf>. Acessado em 10/05/2017.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

Portaria GM/MS n. 1.399. Regulamentação da NOB 01/96, quanto as competências da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na área de epidemiologia e de controle de doenças.

MONKEN, M.; BATI, C. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde – Verbetes – Fiocruz – Escola**

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – 2009 -
Vigilância em Saúde - Stella

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. **Conceitos de acesso à saúde.** Revista Panamericana de Salud Publica. 2012;31(3):260–8

SANTOS, W.G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira,** Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1979, 138 p.

SANTOS, B.S. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa** - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira,2002.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

