

## RESOLUÇÃO Nº 583, DE 10 DE MAIO DE 2018

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2018, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do Regimento Interno do CNS);

considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências deste conselho descritas no art. 10 do seu Regimento, como previsto no art. 11, I de seu Regimento Interno;

considerando que compete ao CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os conselhos de saúde;

considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece a “saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

considerando o disposto no art. 1º da Resolução CNS nº 535/2016 (Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde), segundo o qual o objetivo da Conferência foi o de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à Saúde”.

considerando o disposto na Resolução CNS nº 539/2016, no sentido de reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde;

considerando a necessidade de que a Política Nacional de Vigilância em Saúde deve estar centrada no direito à Proteção da Saúde, e alicerçada num SUS público e de qualidade;

considerando a necessidade do fortalecimento do território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da vigilância em saúde;

considerando a necessidade do fortalecimento das políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; e

considerando a necessidade do fortalecimento da participação social na formulação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e sua implementação, com base nas deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

### **Resolve:**

1. Publicar o consolidado das propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em anexo a esta resolução, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade.

2. Designar para a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIVS/CNS) a atribuição de formular a minuta da Política

Nacional de Vigilância em Saúde, a quem caberá identificar instituições e profissionais que possam contribuir na consecução deste trabalho.

3. Estabelecer o prazo de 60 dias para a conclusão da referida minuta.

**RONALD FERREIRA DOS SANTOS**

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 583, de 10 de maio de 2018, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

**GILBERTO OCCHI**

Ministro de Estado da Saúde

## **ANEXO I À RESOLUÇÃO Nº 583, DE 10 DE MAIO DE 2018**

### **Subeixo I - O lugar da vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde**

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

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

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

A informação da vigilância em saúde é um patrimônio e elemento central do SUS que deve ser consideradas no planejamento, monitoramento e avaliação em saúde pelas três esferas de governo (Federal, Estadual/Distrito Federal e Municipal) como estratégia para viabilizar intervenções em fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença-cuidado fortalecendo a integralidade das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde com participação popular em ações que extrapolam o setor saúde visando atender as necessidades da sociedade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O debate sobre o financiamento das ações de vigilância em saúde deu ênfase a preocupação com as formas de repasse financeiro capaz de garantir a manutenção do financiamento das ações de vigilância, bem como o aumento do montante de recursos destinados a elas. No que diz respeito à forma de repasse, as propostas foram todas no sentido da manutenção de bloco de financiamento específico para a vigilância em saúde.

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

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

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

Nº	<b>Eixo II - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde</b>
2.1	Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (Regime Jurídico da União - RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) uma jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais; c) dedicação exclusiva como regime de trabalho a todos os servidores; d) política de valorização do servidor e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento; f) que incluam formação profissional e incentivos salariais e de carreira; g) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades insalubres, penosas e perigosas, com integralidade e paridade; h) cargo efetivo de fiscal sanitário na vigilância em saúde, com autonomia funcional e poder de polícia.
2.2	Implantar e efetivar nos municípios o Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS) dos trabalhadores do SUS, incluindo os ACS/ACE assegurando o direito ao adicional de insalubridade, saúde e segurança no trabalho, conforme estabelecem as Diretrizes Nacionais do Protocolo nº 06 da mesa nacional de negociação permanente do SUS e demais legislação vigente.



2.3	Garantir financiamento tripartite, com manutenção no bloco de financiamento da vigilância em saúde, conforme portaria GM/MS 204, de 29/01/2007, para manutenção e ampliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos e educação permanente, priorizando o público em detrimento do privado na tomada de decisões em saúde, respeitando a acessibilidade e as especificidades regionais.
2.4	Implantar política de financiamento específica para as ações de vigilância em saúde, nas três esferas de Governo, que contemple por meio de portaria a definição e o financiamento para a estruturação de equipes multidisciplinares necessárias, em cada vigilância, compatíveis com o porte e complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, definindo diretrizes e estruturas essenciais para descentralização das ações e educação permanente em vigilância em saúde, com base na avaliação de risco e considerando as especificidades de cada vigilância com a transferência de recursos atrelada ao desempenho das ações.
2.5	Fortalecer a inserção das ações de vigilância em saúde nos instrumentos de gestão do SUS, participando da elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Plurianual, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.
2.6	Assegurar a educação permanente aos trabalhadores, trabalhadoras e profissionais de saúde que atuam na vigilância em saúde propiciando o cumprimento efetivo da Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, com a manutenção do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde para a transferência de recursos fundo a fundo.
2.7	Garantir a aprovação da PEC 01/2015, que altera o Art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%, para fortalecer a atenção primária visando a promoção da saúde e evitando o subfinanciamento e a sobrecarga dos estados e, principalmente, dos municípios.
2.8	Garantir lei que atribua ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), vigilância em saúde com o poder de fiscalização nos ambientes de trabalho e a condição de autoridade sanitária, bem como configure como infração sanitária o descumprimento de legislações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores.
2.9	Construir, publicar e implementar estrutura legal jurídico-institucional definindo atribuições e competências para fiscalizar todos os ambientes de trabalho pela Vigilância Ambiental e Saúde do (a) Trabalhador (a) visando a prevenção de agravos e a construção de ambientes saudáveis no mundo do trabalho.
2.10	Garantir nos orçamentos municipais, estaduais e federal recursos orçamentários para o funcionamento e manutenção de toda a estrutura física, financeira e de recursos humanos necessários aos Conselhos, e para formação de conselheiros, garantindo o cumprimento das Resoluções emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde.
2.11	Revogar imediatamente a Emenda Constitucional n.º 95/2016 permitindo que a destinação dos recursos para investimentos públicos considere a progressão do PIB, o avanço da economia, a inflação e a exploração do Pré-Sal, garantindo otimização, melhoria e ampliação do piso dos recursos da saúde com

	financiamento das três esferas, alcançando 10% do PIB e participação de um percentual de recursos de royalties.
2.12	Requerer que o Supremo Tribunal Federal reconheça a inconstitucionalidade da Emenda Constitucional - EC nº 95/2017 do Ajuste Fiscal, que trata do congelamento por 20 anos dos gastos públicos, incluindo o financiamento do SUS, garantindo a destinação de 20% do orçamento anual da União para o financiamento das ações do SUS, baseado nas condições epidemiológico-sanitárias e nos determinantes sociais da saúde, assegurando repasses financeiros em consonância com os planos federal, estaduais e municipais de saúde, observando as prioridades e necessidades das populações em âmbito loco-regional, destinando 1% dos investimentos para o fortalecimento e funcionamento dos Conselhos de Saúde, através de repasses fundo a fundo.
2.13	Atualizar a tabela do SUS, tanto no financiamento como nos procedimentos, acompanhando os avanços tecnológicos.
2.14	Garantir incentivo financeiro nacional para reorganizar as Vigilâncias em Saúde, quanto à estrutura física e formação de equipe observando qualificação e formação técnica específica para o desenvolvimento das ações propostas, garantidas com um serviço público não passível de terceirização.
2.15	Redefinir a regionalização da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), em todo o país, tornando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) a base para garantir a organização e a execução das ações de saúde do trabalhador, garantindo nos municípios sede das Regionais de Saúde (RS) a criação de Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) com cobertura para 100% dos municípios e, nos demais, a criação de Núcleos de Saúde do(a) Trabalhador(a), com equipe composta de profissionais de níveis superior e médio, devidamente capacitados.
2.16	Organizar a Vigilância em Saúde como política estruturante, intra e intersetorial, considerando a determinação social da saúde, com obrigatoriedade de sua regulamentação, principalmente nos municípios, com estrutura própria e recursos humanos multiprofissionais e interdisciplinares suficientes, garantindo dotações orçamentárias para o desenvolvimento de todas as ações estabelecidas e pactuadas de forma tripartite, realizando concursos públicos criteriosos para contratação de profissionais de saúde qualificados, para atuar nas Vigilâncias em Saúde, assegurando a despreciação e colocando em vigor o Plano de carreiras, cargos e salários, estabelecendo critérios para dimensionamento da equipe mínima para as equipes de vigilância em saúde .
2.17	Estabelecer mecanismos facilitadores que garantam a ampliação e aplicação contínua dos recursos financeiros específicos para ampliação de infraestrutura física, oferta de exames, abastecimento de insumos e equipamentos para o laboratório centrais de saúde pública (LACEN) nos estados e municípios com foco no sistema de gestão da qualidade e implantação de novos Laboratórios Regionais de saúde pública (LAREN).
2.18	Assegurar o cumprimento da legislação federal em relação aos limites de perímetro de plantio de cana de açúcar e as demais culturas e respectivas técnicas de pulverização de agrotóxicos com implantação de plano nacional de redução de uso e controle de agrotóxicos.
2.19	Normatizar através de resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e CIT (Comissão Intergestores Tripartite), uma equipe multiprofissional mínima

	(incluindo o bacharel de saúde coletiva e sanitaria) para as vigilâncias, com garantia das coparticipações das três esferas de financiamento, estruturando as mesmas com quantitativo de recursos humanos necessário, conforme o perfil epidemiológico local, garantindo segurança e saúde nos locais de trabalho, conforme estabelecido nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, e que seja efetivamente realizada pelos municípios, estados e união, sob pena de restrição de recursos financeiros ao município e ao estado e penalização administrativa aos gestores das três esferas.
2.20	Estruturar o modelo de Vigilância em Saúde com todos seus componentes com a garantia de maior repasse financeiro, nas três esferas de gestão, voltado para a estruturação e aquisição de equipamentos necessários e infraestrutura física adequada para efetivo desempenho da Vigilância em Saúde, bem como os recursos humanos e equipamentos compatíveis com as demandas das áreas de Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica, em saúde do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública) e a promoção da saúde;
2.21	Exigir dos gestores estaduais e municipais a prática de Vigilância em Saúde, ampliar e fortalecer a rede de atenção à saúde do trabalhador, nos Estados, por meio da criação de CEREST nas regiões de saúde, contemplando os fatores demográficos e socioeconômicos. E implantar e estruturar rede de laboratórios macrorregionais (LACEN).
2.22	Fortalecer a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como, ampliar a concepção de vigilância, criando o componente Vigilância Alimentar e Nutricional
2.23	Reforçar o monitoramento de vigilância em saúde, nos municípios de fronteira, disponibilizando recursos financeiros específicos para aplicação nas Ações de Vigilância em Saúde; implantando unidades sentinelas federais em vigilância em saúde nas fronteiras do país e promovendo parcerias com as vigilâncias epidemiológicas dos municípios e demais instituições afins; bem como fortalecendo e ampliando a atuação dos Postos da ANVISA garantindo nas três esferas do governo recursos para atuação nas áreas de Vigilância em Saúde em fronteiras, com população do Campo, Floresta e Águas.
2.24	Fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com ênfase nas ações de prevenção, promoção e vigilância dos ambientes de trabalho, ampliando e fortalecendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).
2.25	Destinar recursos provenientes do ICMS, do gás, ICMS ecológico e extração de minério ambiental, para ser investido em Vigilância em Saúde.
2.26	Disponibilizar recursos para os municípios através de criação de Projeto de Lei – PL para que a arrecadação dos impostos referente ao meio ambiente (impostos verde, ITR, ecológico e outros) possa ser utilizada nas ações voltadas para a saúde do trabalhador e da trabalhadora.
2.27	Ampliar e implementar a rede de proteção a pessoa vítima de violência, a partir do fortalecimento de serviços e ações centradas no território, incluindo a capacitação técnica dos profissionais de saúde para a vigilância da violência, para que, em todos os níveis de atenção à saúde, possam identificar, notificar, acolher e orientar as pessoas em situação de violência, incluindo a população trabalhadora, tendo o apoio e envolvimento da sociedade.
2.28	Cumprir os editais anuais do controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS para o público vulnerável.

2.29	Implementar a integralidade das ações, conforme previsto no Sistema Único de Saúde (SUS): A). Garantindo ações intersetoriais voltadas para infraestrutura urbana, gestão dos resíduos sólidos, vigilância em saúde, segurança alimentar, uso racional da água, com a regulação do setor produtivo e guarda responsável dos animais. B). Estruturando os diversos pontos das redes de atenção à saúde, com a atenção primária em modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ordenadora da rede e uma das portas de entrada do sistema, até mesmo para condições agudas de baixa complexidade, garantindo equipes ESF completas com a presença dos agentes comunitários de saúde, insumos e manutenção, aliado à implementação efetiva da rede de urgências e emergências (UPAS e hospitais), atenção especializada, de acordo com as especificidades da população. C). Implementando formas efetivas de comunicação em saúde, integradas com as ações de educação permanente em saúde e campanha publicitária anual, nacional e local, mobilizando a sociedade civil, ONGS, instituições de ensino públicas e privadas, com objetivo de conscientizar a população da importância das mesmas.
2.30	Estabelecer políticas de financiamento pelas três esferas de governo, para as ações de Vigilância em Saúde (proteção, prevenção, promoção e controle) e assistência com definição específica para o uso, detecção oportuna de riscos, doenças e agravos para adoção de medidas adequadas e resposta às emergências de saúde pública, refletidas nos planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, promovendo o reajuste progressivo dos recursos de acordo com a complexidade das ações desenvolvidas em cada área da Vigilância em Saúde, incluindo Laboratório de Saúde Pública.
2.31	Constar na Política Nacional de Vigilância em Saúde que Estados, Municípios e Distrito Federal deverão investir na estrutura das vigilâncias com ampliação das equipes urbanas e rurais, melhorias no acesso à internet, garantia de transporte, tratamento de dados, divulgação de informações, aquisição de insumos, equipamentos e logística.
2.32	Implantar programa de saúde do pescador que contemple o fornecimento de repelentes e protetor solar aos pescadores (com controle por meio do registro nacional e registro geral da pesca), considerando que os catadores marisqueiros ficam expostos em locais com muitos insetos e exposição ao sol e apresentam um número elevado de câncer de pele e outras doenças dermatológicas.
2.33	Garantir compra centralizada pelo Ministério da Saúde/CGLAB (Coordenação Geral de Laboratórios) de insumos estratégicos com qualidade e equipamentos para todos os estados, a fim de realizar análise da água para o consumo humano (VIGIÁGUA) e para o diagnóstico de doenças/agravos de interesse a Saúde Pública: Arboviroses, IST/AIDS, doenças negligenciadas e extremamente negligenciadas.
2.34	Rever critérios da Portaria nº 183/2014 para implantação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH).
2.35	Fortalecer a Vigilância Sanitária (VISA) enquanto componente da Vigilância em Saúde, revisando, atualizando e efetivando a Política Nacional de Vigilância Sanitária nos municípios, aumentando os recursos financeiros para a área, e simplificando eficientemente o processo de licenciamento sanitário com foco na redução e controle do risco sanitário.
2.36	Estruturar a Política Nacional de Vigilância em Saúde considerando que esta é parte integrante e indissociável do SUS, devendo permanecer no escopo dos

	entes federados, com atenção especial às vulnerabilidades sociais de cada território, criando mecanismos que impeçam explicitamente a terceirização, quarteirização, privatização e transferências nos comandos dos eixos de Vigilância em Saúde.
2.37	Tornar obrigatória a criação de Centro de Controle de Zoonoses-CCZ (Unidade de Vigilância de Zoonoses) nos municípios, bem como a disposição de recursos para custeio das ações e controle populacional canino e felino nas três esferas de governo, fortalecendo o controle de zoonoses.
2.38	Estabelecer normas para punir e fiscalizar moradores que criam animais soltos na cidade (caninos, equinos), bem como criadores de aves e suínos com aplicabilidade de multa de acordo com código sanitário e fiscalizar, controlar, recolher os animais expostos nas rodovias estaduais, evitando acidentes automobilísticos, e liberar cotas de coleiras caninas que previne a leishmaniose e sua transmissão.
2.39	Implementar as políticas de saúde já existentes, regulamentando o controle de Zoonoses e implantando os Centros de Controle de Zoonoses no território de abrangência dos municípios, para intensificar as ações de monitoramento, vacinação e controle de vetores e aplicação de penalidades em criadouros de animais em desconformidade com a legislação, e com conscientização dos criadores, reduzindo a morbimortalidade provenientes de doenças transmitidas por animais.
2.40	Financiar pesquisas direcionadas às doenças negligenciadas e relacionadas ao controle de vetores e agentes causadores de doenças e agravos e viabilizar incentivo financeiro na contratação de profissionais e aquisição de insumos no enfrentamento das endemias e doenças negligenciadas existentes, considerando o diagnóstico epidemiológico regional.
2.41	Apoiar o Estado no que tange ao rompimento de barragens, garantindo assim maior incentivo financeiro para custeio de materiais/insumos/procedimentos diversos para atuação dos profissionais na recuperação/manutenção do meio ambiente e processo de saúde/doença, reconhecendo o desastre de barragens (exemplo: Samarco) como acidente de trabalho ampliado, nas instâncias decisórias, considerando todos seus impactos inclusive tecnológicos e socioambientais.
2.42	Fortalecer, incentivar, promover e garantir os recursos financeiros para implantar/implementar a Política de Educação Permanente, além de garantir também, o elo entre as Unidades de Saúde e Institutos de Ensino Superior, Técnico e Fundamental para formar, capacitar profissionais com perfil, habilidades e competências, conforme realidade do SUS.
2.43	Retirar os serviços de saúde de qualquer contingenciamento de recursos, transformando o orçamento previsto em execução obrigatória, mantendo e ampliando os blocos de financiamento como estratégia de fortalecimento da vigilância em saúde.
2.44	Garantir que no mínimo 5% da aplicação financeira obrigatória, prevista na Lei Emenda Constitucional Nº 141/12 seja direcionada ao financiamento da vigilância em saúde, e com o objetivo de alcançar as metas pré-estabelecidas para a contratação de técnicos na efetivação das ações de vigilância em saúde.
2.45	Promover pelo por meio do Ministério da Saúde políticas públicas que substituam às ações que utilizem o inseticida Malathion, visando à saúde do trabalhador e a população em geral.

2.46	Garantir que as três esferas de Governo invistam em equipamentos e treinamentos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), e demais trabalhadores da Saúde, para melhor atendimento à população em seus territórios.
2.47	Realizar campanha efetiva nas três esferas de governo, contra a propagação e uso de agrotóxicos, para controle e eliminação de vetores.
2.48	Garantir o modelo de atenção baseado na vigilância em Saúde e controle social como premissa para a tomada de decisão da gestão que impactem no planejamento e nas ações de saúde, viabilizando recursos financeiros para funcionamento das Vigilâncias em Saúde, quanto a equipamentos, infraestrutura, veículos e custeio dos serviços, conforme necessidade dos territórios e regiões de saúde.
2.49	Garantir a Integração e transversalidade das ações de gestão pública em seu planejamento, para implementar ações voltadas a garantir que a população que habita locais insalubres e em áreas de risco possam usufruir de seus direitos constitucionais de saneamento básico, incluindo sistemas de abastecimento de água público, adaptado às características dos rios barrentos, análise laboratorial da água, saúde de qualidade e acessibilidade, de modo à atender tanto a demanda social quanto as ações de vigilância em saúde.
2.50	Implantar as TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde): integração da rede de serviços no território (Assistência, Vigilância e Prevenção), articulação de projetos intersetoriais e fortalecimento da Atenção Básica.
2.51	Fortalecer a captação de recursos financeiros para realização de estudos, pesquisas e ações, em parcerias com outras instituições, sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis.
2.52	Garantir e monitorar que os recursos financeiros da Vigilância em Saúde sejam utilizados de maneira adequada com vistas à estruturação dos serviços por ela prestados.
2.53	Garantir o financiamento para utilização de mídias alternativas para informação de vigilância em saúde. (Comunicação via rádio, TV, internet, etc.).
2.54	Manter o caráter público do SUS especialmente da vigilância em saúde levando em consideração as características geográficas e epidemiológicas, sobretudo no que tange ao financiamento com bloco de recursos específico assegurado pela legislação.
2.55	Assegurar que o Ministério da Saúde / estado, garanta recursos para investimento específico na compra de equipamentos e transporte para as ações de vigilância e saúde dos estados / municípios e que seja reaberto o projeto de construção de redes de frio, garantindo recursos para aquisição de refrigerador com bateria para as salas de vacinas dos municípios
2.56	Garantir recursos necessários ao financiamento das ações de Vigilância em Saúde, em cumprimento a CF/88, e as leis 8080, 8142 e LC 141, nos três níveis de Gestão do SUS, em todos seus componentes, em especial para as ações de Vigilância Ambiental, implementando a Educação Permanente, Gestão do Trabalho, promoção, prevenção e monitoramento dos agravos ambientais, solos contaminados, agrotóxicos, poluentes atmosféricos, vigilância permanente da qualidade da água para consumo humano e assistência às populações expostas aos ambientes de riscos e vulnerabilidades sociais.

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

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



	epidemiológicos para atender as necessidades das diversas populações: negros, quilombolas, indígenas, pessoas com deficiência, populações de situações de rua e outros, de modo a diminuir as iniquidades em saúde bucal
2.79	Unificar a base de dados dos diversos programas e ações em um único sistema que possibilite a integração das ações de Vigilância em Saúde e suas sub ações.
2.80	Incentivar e acompanhar a implantação/implementação da vigilância em saúde em todos os municípios com o fortalecimento da vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, respeitando as especificidades territoriais.
2.81	Fomentar a implantação de laboratório e garantir recursos para análise de água, da qualidade do ar, solo, diagnósticos de doenças pelo Lacen em todas as unidades regionais de saúde.
2.82	Garantir a implantação do protocolo de acidente com material biológico nas regiões de saúde.
2.83	Garantir, através de legislação específica, a aplicabilidade das receitas oriundas de “taxas e multas” da Vigilância Sanitária sejam convertidas para o custeio das ações de vigilância em saúde e rede laboratorial, bem como atualização de valores e inclusão de procedimentos na tabela SIA/SUS.
2.84	Garantir a aplicabilidade das punições às empresas causadoras de impactos ambientais e sociais, de acordo com a legislação vigente, nas três esferas de poder, observando que as empresas participem no financiamento compensatório correspondente aos impactos causados, com recursos destinados aos municípios onde estas estão instaladas para custeios e serviços essenciais (saúde, educação, saneamento, assistência social e etc.).
2.85	Estabelecer, por meio do Ministério da Saúde, diretrizes e programas que estabeleçam e garantam recursos tripartites para implantação de serviços especializados ambulatoriais nas diferentes regiões dos Estados no trabalho de Vigilância em Saúde do Câncer (visualizando a questão amazônica).
2.86	Garantir a aplicação dos recursos regulamentados pela Lei 12.994/2014 que estabelece piso salarial para agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias, garantindo o reajuste anualmente.
2.87	Garantir o reconhecimento das categorias de agente indígena de saúde - AIS e agente indígena de saneamento- AISAN, pela legislação brasileira.
2.88	Garantir a execução do orçamento do Ministério da Saúde destinado ao saneamento básico.
2.89	Atribuir o critério de notificação compulsória à doença falciforme, nas três esferas de gestão do SUS.
2.90	Garantir a estruturação da Vigilância em Saúde como política pública intersetorial, integrada, territorializada, descentralizada e interinstitucional, com estrutura própria e recursos humanos multiprofissionais, nas três esferas de Governo, suficiente para o desenvolvimento das ações de acordo com a análise situacional do processo saúde – doença, considerando as especificidades de cada vigilância, com a transferência e transparência de recursos atrelada ao desempenho das ações, com o acompanhamento sistemático do controle social em cada vigilância, estabelecendo mecanismos de avaliação e publicização do cumprimento das metas do Plano de Saúde e das Programações Anuais, prevendo a educação permanente em saúde para os profissionais da Vigilância em Saúde e conselheiros de saúde, em linguagem

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

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

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

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

Integrar os Sistemas de Informação de Saúde, bem como, criar um sistema de vigilância em saúde no e-SUS, com disponibilidades de base territorial atualizadas

e fidedignas, em tempo real, a fim de auxiliar no processo de coleta, análise, controle e avaliação e subsidiar as análises da situação de saúde e planejamento, tendo assim segurança e acesso oportuno aos dados em todos os níveis de atenção, foi um dos destaques das deliberações.

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

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

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

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

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

Nº	<b>Eixo 3 – Saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na Vigilância em Saúde</b>
3.1	Incluir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em todos os níveis de gestão, aos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.
3.2	Considerar que o lixo representa um dos principais problemas de saúde pública, apoiar a implementação de políticas públicas de resíduos sólidos local e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos de construção civil, outros) com gerenciamento integrado, para: coleta seletiva, destinação adequada, implantação de usina de processamento de resíduos sólidos urbanos e rurais, política de combate a acidentes com produtos perigosos, reciclagem, estudo de viabilidade com recuperação dos antigos lixões de modo participativo, com controle social.
3.3	Realizar investimentos em tecnologias e em qualificação dos trabalhadores de rede nacional de laboratórios de saúde pública para assegurar a ampliação da capacidade diagnóstica das doenças e agravos de interesse da vigilância em saúde, com a liberação de resultados confiáveis e em tempo oportuno e controle dos agravos e doenças de notificação compulsória, incluindo a análise da qualidade da água para consumo humano; bem como melhorar a logística do fluxo laboratorial do LACEN por região, através de redistribuição geográfica e regionalizada das análises laboratoriais .
3.4	Integrar as vigilâncias e redes de atenção à saúde para planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde nas três esferas do governo, respeitando as especificidades de cada região e garantindo seu financiamento.

3.5	Integrar e/ou unificar os Sistemas de Informação de Saúde e criar um sistema de vigilância em saúde no e-SUS, com disponibilidades de base territorial atualizadas e fidedignas, em tempo real, a fim de auxiliar no processo de coleta, análise, controle e avaliação e subsidiar as análises da situação de saúde e planejamento, tendo assim segurança e acesso oportuno aos dados em todos os níveis de atenção.
3.6	Efetivar e integrar as tecnologias que hoje são subutilizadas, levando estas tecnologias para todas as unidades de saúde, públicas e privadas, com padronização dos sistemas e capacitação dos profissionais para o uso dessas ferramentas, especialmente mediante a consolidação, fortalecimento e ampliação do uso do e-sus (PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão), inclusive como ferramenta de educação em saúde para a população.
3.7	Implantar e implementar o Portal da Transparência para o acesso das informações acerca das condições de saúde por região e municípios e a divulgação de informativo mensal e semestral, contendo todos os dados de Vigilância em Saúde.
3.8	Fortalecer a habilidade das Vigilâncias em Saúde para dar respostas rápidas às Emergências em Saúde Pública e eventos de massa, por meio da capacitação e formação dos profissionais de saúde e a sociedade civil.
3.9	Desenvolver programas em mídias de maior alcance populacional no território nacional, com divulgação em redes abertas privadas de televisão e ampla divulgação nas unidades de saúde, para vinculação sistemática de informações a população sobre vigilância em saúde para todos os níveis de atenção;
3.10	Fortalecer e implementar ações de saúde pública nas prevenções e intervenções à contaminação ambiental (produtos químicos, agrotóxicos e outros) com monitoramento efetivo das nascentes, controle na vigilância de esgotos para proteção do aquífero guarani.
3.11	Garantir nas três esferas de governo a implantação da Portaria Ministerial 971/2006, que abrange as práticas integrativas complementares, visando assim, melhor qualidade de vida da população e controle do adoecimento e auto uso de medicamentos alopáticos, com destaque para a implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006 e adotar os protocolos biocomunitários de remédios caseiros, incentivando o efetivo funcionamento do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
3.12	Garantir as ações de controle do <i>Aedes aegypti</i> , inclusive com utilização de novas tecnologias que possibilitem melhor aproveitamento dos recursos humanos municipais e consequentemente direcionamento das ações, benefício na alocação e otimização dos recursos públicos e economia de gastos com a saúde.
3.13	Garantir e fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), enquanto componente da Vigilância em Saúde, implementando a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora ( PNSTT), por meio de Programas e ações de Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) nos municípios, inseridos nos organogramas municipais com garantia de recursos financeiros e autonomia para realização de ações de fiscalização, capacitação, notificação de acidentes, contando com o suporte técnico dos CERESTs

	Regionais e Estadual, a fim de promover a melhoria na atenção à saúde do trabalhador.
3.14	Promover educação permanente e continuada de Vigilância em Saúde para suas áreas de atuação, entendidas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Controle de Endemias e Vetores, Laboratórios de Saúde Pública e toda a Rede de Atenção à Saúde, integrando os saberes e qualificando o domínio de ferramentas para ações efetivas de Vigilância em Saúde.
3.15	Propor junto ao Ministério da Educação, mecanismos para inserção de disciplina relacionada aos temas da vigilância em saúde a partir do ensino infantil, fundamental, ao ensino superior, a fim de formar cidadãos conscientes da importância da promoção em saúde. Bem como, articular, formalizar, inserir e integrar junto às secretarias de saúde, educação e assistência a implantação e desenvolvimento de ações educativas e preventivas nos agravos de maior incidência e prevalência, integrando a abordagem da sexualidade e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV), tuberculose, hanseníase, doenças negligenciadas, doenças ocupacionais, de forma continuada em todos os níveis educacionais, mobilizando e capacitando os agentes públicos/privados e docentes para conscientização junto aos diversos segmentos da sociedade.
3.16	Estabelecer na Política Nacional de Vigilância em Saúde parâmetros de qualificação e número de profissionais das equipes estaduais, regionais e municipais de Vigilância em Saúde, admitidos por meio de concurso público específico da área, considerando o tamanho da população, perfil epidemiológico e a estrutura demográfica e sanitária de estados, regiões e municípios, privilegiando a criação de cargos e carreiras de Vigilância em Saúde em todos os níveis.
3.17	Inserir a disciplina “vigilância em saúde”, incluindo estágio obrigatório, nas grades curriculares de todos os cursos de graduação relacionados à área da saúde bem como criar um curso técnico reconhecido pelo MEC em “vigilância em saúde”.
3.18	Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo conteúdos da Vigilância em Saúde, incluindo capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, democratizando a formação técnica intersetorial, priorizando os servidores efetivos e que atuam na área, de modo que todos sejam contemplados, assegurando recursos financeiros para a realização de treinamento, graduação, especialização e mestrado.
3.19	Adotar estratégias para a integração das ações de saúde do trabalhador às demais vigilâncias, visando capacitar e sensibilizar o profissional a realizar notificação de acidentes de trabalho, promover educação permanente multidisciplinar ao trabalhador, sensibilizar o empregador/empregado acerca dos direitos e deveres, capacitar o Agente Comunitário de Saúde - ACS, Agente de Controle de Endemias – ACE, Agente Indígena de Saúde – AIS e Agente Indígena de Saneamento - AISAN e realizar educação em saúde na comunidade.
3.20	Implementar e garantir as ações em Vigilância em Saúde em parceria com as secretarias de: Ação Social, Infraestrutura, Meio Ambiente, Educação, Lazer, Cultura, Esporte, Agricultura, Segurança, Ministério Público, além de Comunidades tradicionais de terreiros e Associações Culturais para a promoção de Vigilância em Saúde e ações extensivas e intensivas de Educação em Saúde em todos os setores da sociedade e do território.

3.21	Utilizar o Geoprocessamento como ferramenta para identificação de área de risco para a ocorrência de agravos e doenças à saúde, visando à prevenção e promoção, através dos principais determinantes dos territórios.
3.22	Ampliar o programa de formação em educação popular em saúde (EDPOPSUS) para todos os municípios e Estados da União com ênfase na Vigilância em Saúde, fortalecendo o envolvimento das Práticas Integrativas nas Equipes de Saúde da Família (ESF), bem como capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde voltados para a Educação Popular em Saúde para que essas Práticas Integrativas, Complementares e Populares sejam implantadas de forma descentralizada nas UBS.
3.23	Fortalecer a implementação das práticas integrativas com ênfase na saúde mental dos usuários que estão direta e/ou indiretamente inseridos no tratamento de tuberculose, hanseníase e IST/AIDS nas Unidades de Saúde da Família.
3.24	Capacitar os profissionais da rede de assistência à saúde para o atendimento à população LGBT vítima de violências, fortalecendo parcerias com os órgãos competentes, ONGs e coletivos sociais, fundamentado na Política Nacional LGBT (a exemplo da existente na plataforma de educação à distância UNASUS).
3.25	Prover condições para capacitação das ESF/ESB/ACS/ACE/PSE para desenvolver ações de vigilância em saúde, incluindo a saúde do trabalhador, por meio de tecnologias virtuais e de ensino na modalidade EAD, como videoconferência, etc.
3.26	Fortalecer as parcerias com as instituições de ensino superior, com prioridade as públicas, visando: apoio técnico científico no que se refere a capacitação dos profissionais de saúde e na elaboração de projetos conjuntos com objetivo de viabilizar recursos federais, na perspectiva de melhorar a qualidade no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); garantir investimentos das agências de fomento à pesquisa para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão voltados para geração de conhecimento e monitoramento relacionados à Vigilância em Saúde.
3.27	Promover estudos e pesquisas sobre saúde da população do campo, floresta, das águas, em especial, nos territórios onde estão instalados os grandes empreendimentos econômicos portuários, eólicos, agroexportadores que ocasionam danos às comunidades nativas.
3.28	Fortalecer e articular intra e intersetorialmente o Sistema de Vigilância em Saúde envolvendo os diversos setores da saúde, da agricultura, do trabalho, do meio ambiente e do Ministério Público para abordar o uso indiscriminado de agrotóxicos assegurando sanções penais aos infratores. Incluir a fiscalização na sua aplicação, na coleta e no destino final das embalagens, além das orientações de promoção e proteção à saúde individual e coletiva das populações expostas aos agrotóxicos como também a criação do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde, composto por Vigilância Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador.
3.29	Desenvolver e implementar processo de trabalho intersetorial com a área do Meio Ambiente para compartilhamento de informações sobre os estudos das bacias hidrográficas para subsidiar o controle, pela Vigilância Sanitária, da liberação/alvará sanitário e outorga na industrialização das águas envasadas.
3.30	Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a Saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de Saúde de forma

	a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
3.31	Garantir a integração ensino-serviço aliada a uma política de valorização da formação a partir de Educação permanente, promovendo a formação de equipe multidisciplinar para a realização das ações de Vigilância em Saúde, adotando como estratégia a implantação, de forma regional, do apoio matricial em Vigilância em Saúde.
3.32	Estabelecer planos de integração dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde com a Atenção à Saúde, submetidos aos respectivos Conselhos com indicadores pactuados nos instrumentos de gestão.
3.33	Propor ao Ministério da Saúde Calendário Vacinal diferenciado de acordo com a realidade geográfica e especificidades loco regionais, considerando a sazonalidade e acesso territorial, conforme programação do Estado, para a realização das ações de imunização nos municípios
3.34	Estabelecer Política de Educação Permanente em Saúde voltada para o controle social das ações de Vigilância em Saúde.

#### **Eixo IV - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde**

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

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

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

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

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

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

nacional de saúde, disponibilizando seus relatórios nos sites das três esferas e cópia impressa para os Conselhos de Saúde.

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

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

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

Nº	<b>Eixo IV - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde</b>
4.1	Defender, incondicionalmente, o SUS como Política Pública de Estado, patrimônio do povo brasileiro, 100% público e estatal, universal e de qualidade, contra todas as formas de privatização ou terceirização das ações e serviços de saúde e de Vigilância em Saúde, garantindo a toda a população a promoção e a proteção da saúde conforme a Constituição Federal de 1988 que define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.
4.2	Implementar a Política Nacional de Educação Permanente, contemplando a Vigilância em Saúde, para trabalhadores do SUS e conselheiros de saúde nas três esferas de governo, vinculando os termos de saúde e de controle da participação popular e instrumentalizando os (as) usuários (as) por meio de reuniões, capacitações, seminários, palestras, rodas de conversas, materiais informativos e assembleias, para uma maior qualificação da divulgação das informações nos serviços, redes sociais, jornais, TV, rádios, escolas, Unidades de Saúde e outros espaços sociais.
4.3	Viabilizar a educação permanente para o controle social, abordando os direitos sociais para enfrentamento das iniquidades sociais e promoção de saúde, permitindo que os conselheiros atuem de modo a cumprir com as suas funções adequadamente, estimulando debate sobre a Vigilância em Saúde e seus componentes e promovendo a participação popular.
4.4	Garantir o acesso da população às informações em saúde, publicando semestralmente boletins informativos de vigilância em saúde, com dados epidemiológicos e sanitários da população adscrita, no âmbito municipal/estadual/federal, a partir de canais de televisão com sinal aberto e emissoras de rádio que são concessões públicas, além das mídias e redes sociais, para que percebam a importância da vigilância em saúde e participem de forma democrática no enfrentamento das iniquidades sociais, em conselhos



	de saúde, fóruns ampliados, ouvidorias, universidades, associações de bairros, entre outros, permitindo que usuários, juntamente com gestores, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, sintam-se responsáveis pelo enfrentamento dos diversos problemas de saúde que surgem no território.
4.5	Garantir a transparência das ações de vigilância em saúde divulgando os eventos e ações relacionados ao planejamento e serviços de saúde, por meio de mídias sociais, visando a comunicação e participação efetiva da comunidade; garantir o acesso da população às informações para sensibilizar incentivando espaço para participação por meio de rodas de conversa nas escolas e comunidade, sobre o papel da vigilância em saúde e a importância do controle social nos canais de comunicação.
4.6	Fortalecer o papel fiscalizador da Vigilância em Saúde, intensificando o controle social, apresentando resultados e dando visibilidade e transparência aos processos, bem como, sensibilizando a comunidade sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, além de fortalecer os Conselhos de Saúde com comissões intersetoriais de vigilância em saúde.
4.7	Garantir transparência no orçamento e gastos da Vigilância em Saúde, inclusive a desvinculação de recursos, com apresentação de relatórios aos Conselhos de Saúde.
4.8	Assegurar recursos financeiros por meio da manutenção dos blocos permanentes para a infraestrutura da Vigilância em Saúde nas três esferas de Governo e comprometimento das ações pactuadas pelos gestores garantindo uma vigilância participativa e democrática com acompanhamento contínuo do controle social, com base na análise da situação de saúde e avaliação de risco do território.
4.9	Divulgar e exigir o cumprimento das deliberações das Conferências de Saúde e demais instâncias de participação e controle social inserindo nos Planos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional, reconhecendo-os como espaços deliberativos de efetiva participação sob pena de responsabilização judicial dos gestores do SUS nas três esferas de governo incluindo-as nos planos municipais, estaduais, distrital e nacional de saúde, disponibilizando seus relatórios nos sites das três esferas e cópia impressa para os Conselhos de Saúde.
4.10	Fomentar a criação da Comissão de Vigilância em Saúde nas esferas municipal/estadual /nacional dentro da estrutura dos Conselhos de Saúde e que contenha 01 (um) representante de cada vigilância, tornando as informações da Vigilância em Saúde um bem público, fortalecendo as CISTT e possibilitando à sociedade o direito de escolhas para definir os parâmetros operacionais de promoção, prevenção e assistência, orientando o modelo de gestão e garantindo assim a qualidade fundamental ao cuidado a saúde, tendo como insumo as demandas levantadas nas Conferências de Vigilância em Saúde.
4.11	Criar e fomentar estratégias inovadoras de comunicação e Educação Permanente em Saúde adequadas a realidade local, que fortaleçam e possibilitem a toda sociedade utilizar as informações da Vigilância em Saúde, de forma significativa, ao tempo correto e com acessibilidade para qualificar a atuação nos espaços de participação social visando disputar com os tomadores de decisão a definição de parâmetros operacionais do modelo assistencial e de gestão com o objetivo de responder as necessidades sociais em saúde.

4.12	Fortalecer espaços coletivos de discussão, incluindo os Conselhos de Saúde, integrando efetivamente a Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Saúde Mental e demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da articulação entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assim como a recuperação e aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo seus princípios de integralidade, cobertura populacional, territorial e promoção da saúde.
4.13	Garantir pelo Conselho Nacional de Saúde, capacitações dos conselheiros de saúde com o objetivo de fortalecer sua atuação no acompanhamento e planejamento das ações de vigilância em saúde.
4.14	Estimular a participação e o controle social sobre o atendimento ao usuário por meio da ouvidoria e outros canais de comunicação e desenvolver ações de conscientização através de medidas socioeducativas tais como, grupos culturais, panfletos, reportagens que reforcem a necessidade de monitoramento e combate de vetores, criando políticas de incentivo à participação popular em ações de proteção e promoção da saúde.
4.15	Fortalecer, ampliar e aprimorar as políticas públicas municipais de saúde, para melhorar o controle das doenças como Dengue, Chikungunya, Zika Vírus, Leishmaniose, Doença de Chagas, entre outras, além de realizar regularmente o controle de pragas e doenças em animais urbanos e rurais, desratização e dedetização de vetores, por meio da mobilização social periódica e de integração intersetorial (setores da agricultura, saneamento básico, meio ambiente). Utilizar de materiais e informatização, equipamentos de segurança, insumos, promovendo campanhas educativas, envolvendo conselhos, escolas, lideranças comunitárias e associações.
4.16	Criar comitês comunitários com representação dos vários segmentos presentes no território incluindo as equipes de saúde inseridas na área de abrangência do comitê tanto na zona urbana quanto na zona rural.
4.17	Reivindicar do poder público maior rigor na implementação do serviço de correção, bem como custeio de ações objetivando a redução dos acidentes de trânsito nas estradas envolvendo animais e a responsabilização do proprietário do animal com os danos causados, fazendo cumprir a lei vigente.
4.18	Instituir fóruns intra e intersetorial de Vigilância em Saúde, de caráter permanente, com todos os setores que compõem a estrutura das políticas públicas.
4.19	Garantir a implantação de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT) em todos os municípios e do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) nas regionais de saúde.
4.20	Reconhecer e fomentar a criação dos Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde, como estratégia de participação social, com diversos temas e debates, priorizando a vigilância em saúde, promovendo plenárias anuais com o objetivo de formular e divulgar ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde, visando à criação de Conselhos Regionais de Saúde como braços do Conselho Estadual de Saúde.
4.21	Criar um fórum permanente sobre vigilância em saúde, visando fortalecimento do controle social e do planejamento integrado, com a participação da sociedade civil organizada

4.22	Fortalecer os canais de comunicação da vigilância em saúde com a sociedade civil, com vistas a uma utilização oportuna, atualizada, acessível e adaptada a realidade da Amazônia Legal.
4.23	Integrar as ações da Atenção Primária com as outras atividades do setor saúde e interface com diferentes setores da sociedade, implementando e fortalecendo a componente saúde do trabalhador dentro da Vigilância em Saúde, considerando as características regionais

**Moção Nº 1: Apoio a ADI SS 95 que tramita perante o Supremo Tribunal Federal, que questiona a inconstitucionalidade do art. 110, II, do ADCT, inserido pela EC 95/16**

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

**Moção Nº 2: Instituição de territórios livres de agrotóxicos e transgênicos em áreas de domínio público por iniciativa em projetos de lei.**

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

**Moção Nº 3: Encaminhar ao CONASS, ALERJ e MPE**

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

**Moção Nº 4: Que as farmácias do país, em especial de Pernambuco, sejam abastecidas com as bolsas de colostomia, para atender a necessidade dos pacientes do SUS.**

Nós, Delegados Nacionais da I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, vimos expressar o nosso repúdio à situação caótica vivenciada pelos ostomizados e familiares no país, especialmente no Estado de Pernambuco, com a péssima qualidade e frequente escassez das bolsas distribuídas, inviabilizando uma

qualidade de vida digna e humana aos pacientes. O artigo 196 da CF/1988 está dito que saúde é um direito de todos e dever do Estado.

**Moção Nº 5: PL aprovada no Senado sendo enviada à Câmara dos Deputados para ser apreciada e aprovada.**

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

**Moção Nº 6: Revogar a Portaria 4.123/2017**

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

Entendemos que o bem estar animal e controle populacional de cães e gatos nos sítios urbanos é uma necessidade imprescindível ao País, e que ações concretas de políticas públicas que venham ao alcance desses objetivos se faz extremamente necessária, desde que atenda a legislação Brasileira (Lei Federal Nº 6.938, 31 de agosto de 1981, com redação alterada pelas Leis Federais 7.804/89, 8.028/90, 9.960/00 e 9.966/00, que estabelece a Política Nacional de Meio Ambiente a Lei Federal Nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, que dispões sobre os crimes ambientais) a qual determina para as áreas do Meio Ambiente entre outras, a responsabilidade sobre a fauna do País.

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

**Moção Nº 7: Revogar imediatamente essa portaria (83)**

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

**Moção Nº 8: Intervenção imediata**

Contra as ações que as mineradoras, dentro do Estado Brasileiro, vêm causando contra as pessoas, animais e a fauna aquática: Desrespeito e destruição; Morte de pessoas, animais e peixes; Péssimas condições do ar e água gerando sérios problemas de saúde. O não cumprimento das condicionantes com relação às famílias (vítimas). As mineradoras do Estado de Minas Gerais e do Estado do Pará vêm causando os maiores danos ambientais e à saúde.

### **Moção Nº 9: À revogação da Emenda Constitucional Nº 95/2016 (EC-95)**

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

### **Moção Nº 10: Revogação da Portaria**

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

### **Moção Nº 11: Inclusão dos estabelecimentos médicos veterinários (consultórios, clínicas e hospitais) no rol dos estabelecimentos de saúde e conseqüentemente sua inclusão no SCNES**

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

### **Moção Nº 12: Cumprimento de políticas e planos de enfrentamento às IST/HIV/Aids nos três níveis de gestão, em conjunto com a sociedade civil.**

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

### **Moção Nº 13: Moção Declaratória: Hanseníase tem cura / preconceito também**

Nós, as delegadas e delegados da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada em Brasília, de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018 com a significativa presença de entidades e movimentos sociais, vimos por essa moção registrar nossa indignação no que se refere ao quadro preocupante de atenção e cuidado com as pessoas atingidas pela hanseníase pelo Brasil. Precisamos de uma arrojada Política de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos para essa doença e suas intercorrência, bem como ações de educação permanente para o aperfeiçoamento do manejo clínico adequado e fortalecer a relação no SUS entre as diversas áreas, sobretudo a vigilância em saúde e assistência em saúde, assegurando o combate a subnotificação e o registro de casos novos, exames de contato, diagnóstico precoce, prevenção e inserção de elementos para uma comunicação ágil, que apresente de forma popular, como acessar o tratamento, reabilitação e promoção social. Por fim, enalteçamos a todas e todos da (os) participantes da vigilância em saúde que no dia-a-dia atuam conosco no enfrentamento às dificuldades de acesso das pessoas que tratam da hanseníase no Brasil.

### **Moção Nº 14: Implementar a rede de cuidados a saúde de pessoas com deficiência.**

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

### **Moção Nº 15: O Governo Temer é fruto de golpe na democracia no Brasil e Sem Democracia Não há Saúde.**

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

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

#### **ANEXO:**

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. As autoridades governamentais estão descumprindo a lei no período 2017-2018. O principal requisito para o controle público das medidas técnicas e políticas adotadas para proteger a população brasileira de surtos epidêmicos de doenças reemergentes é cumprir a Lei de Acesso à Informação – LAI <sup>(1)</sup>. As informações sobre casos de doenças devem ser oferecidas com transparência resguardando a identidade das pessoas afetadas e de seus familiares e vizinhos contra ações de invasão de privacidade, agressões por ignorantes e divulgação por meios inadequados.

1. O Ministério da Saúde e o Governo Federal agiram com CRIME DE RESPONSABILIDADE ao reduzir o orçamento destinado à Saúde, à Vigilância Epidemiológica e Sanitária, à Produção de Vacinas no país com a redução de verbas públicas sob a Emenda INCONSTITUCIONAL de número 95/2016 apesar do alerta mundial sobre os riscos de recrudescimento da Febre Amarela <sup>(2-6)</sup>.

2. O Ministério da Saúde não oferece em seu sítio de Internet gráficos ATUALIZADOS de tendências de casos de doenças viscerotrópicas provocadas por vacinação que tenham sido notificados, confirmados, descartados relativas ao período dos últimos 30 anos que são necessários para avaliação científica e pública sobre a segurança da vacina empregada no Brasil <sup>(4, 7-9)</sup>;

3. O Ministério da Saúde não publicou critérios de confirmação e descarte para doença viscerotrópica fatal, com proporção esperada de menos 5% entre os casos de doença provocados pela vacina (um para cada 400 mil a até dois milhões de adultos vacinados), assustando a população contra a vacina para Febre Amarela e dando margem a boatos, informações de curandeiros e contrapropaganda que afastam dos postos de vacinação as pessoas que precisam da vacina <sup>(7, 10-13)</sup> ;

4. Embora seja defensável o uso de vacina com dose reduzida a 1/5 na emergência de risco de urbanização da Febre Amarela devido à falta de vacinas, é falsa a afirmativa de que existe consenso científico sobre a duração do efeito protetor e a segurança da imunogenicidade além do controle de surtos epidêmicos. Controlar uma emergência epidêmica com doses fracionadas como no Congo é uma coisa, proteger a população contra a reemergência da doença é outra<sup>(14-16)</sup>. A doença pode reemergir em populações após a vacinação reduzida após períodos desconhecidos e em condições da reprodução de insetos que são desconhecidas por que o Brasil reduziu a níveis mínimos e perigosos sua capacidade instalada de pesquisa sobre insetos e vetores (entomologia)<sup>(17)</sup>

5. Não se sabe a duração da imunogenicidade. Tomemos cuidado ao interpretar a informação. A eficácia a curto prazo (<8 anos) é quase igual. E depois? Não se pode saber agora e as medidas de Saúde Pública não podem mudar para o controle da enzootia. A Febre Amarela não pertence aos homens. É da floresta. É também dos governos que não fabricam vacina suficiente por que têm que investir em pagar juros de banqueiros<sup>(18)</sup>;

6. Não há vigilância entomológica abrangente, única possibilidade de explicar o que Fioravanti disse sobre a velocidade do espalhamento do surto epidêmico de FA silvestre. Desde novembro de 2016, o vírus causador da doença – transmitido pelos mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, que vivem em matas – avançou com rapidez inesperada em regiões antes consideradas livres da doença de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo e Rio de Janeiro, cujos moradores, de modo geral, não tinham sido vacinados. O que teria acontecido no meio ambiente de região tão vasta para explicar esta propagação da FA somente transmitida por mosquitos enzoóticos de FA? Vários problemas como adaptação do vírus a novas populações de mosquitos, adaptação de mosquitos a novos espaços urbanos em periferias e campos verdes, e principalmente a falta de estudos e pesquisas sobre cooperação internacional como as que poderiam ser estabelecidas com o Instituto Pasteur na França<sup>(6, 7, 10-12, 15-17, 19-24)</sup>;

7. Pessoas ligadas a movimentos fundamentalistas anticientíficos se uniram com a grande imprensa e o interesse governamental em campanha para afastar o povo dos postos de vacinação durante a ameaça de epidemia urbana de Febre Amarela. Transferiu-se a culpa para a população que está errada se não tomar a vacina, e também está errada se tomar. Se alguém morrer de Febre Amarela a culpa é do povo que não se vacinou apesar de notícias de que a vacina é segura para um caso de óbito entre mais de dois milhões de adultos vacinados e quase nenhuma reação entre crianças<sup>(13, 25)</sup>. O fato muito grave sobre as fontes de divulgação CONTRA a vacinação é que as fontes citadas não são oficiais ou certificadas. Entrevistam profissionais externos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos Estados como o de São Paulo. Os dados de efeitos adversos de vacinação oficiais não estão divulgados e não explicam por que teriam vacinado uma pessoa de 76 anos de idade, quando a norma é clara para não vacinar estas pessoas sem indicação específica de exposição ou risco. Basta espalhar a notícia não confirmada que em três anos morreram três pessoas por eventos relacionados com a vacina entre milhões de pessoas vacinadas que o povo foge dos postos de saúde e deixa de cobrar a falta de vacina. Configura-se uma guerra de desinformação para afastar o clamor público por vacinação



como direito assegurado na Constituição. O silêncio governamental sobre a verdadeira natureza das mortes é irresponsabilidade social. Toda morte deve ser investigada, relatada e apresentada como reação vacinal se assim for verdade. Nenhum dos casos está publicado em literatura científica como informação confiável. Convêm a um governo que não produziu e não tem vacinas para aplicar que a população não demande ser vacinada. Para associar doença viscerotrópica com a vacina implica em exames laboratoriais para detecção de anticorpos, antígenos e do vírus. Nenhum trabalho em revista científica foi publicado a respeito.[<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-01/sp-tem-3-mortes-por-reacao-vacina-da-febre-amarela-casos-da-doenca-somam-81>, <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/01/1951743-cidade-de-sp-registra-duas-mortes-por-reacao-a-vacina-da-febre-amarela.shtml> ];

8. Existem pessoas que não podem e não devem ser vacinadas nunca. Os critérios de vacinação devem ser claros e não podem ser motivo de pânico entre pessoas que buscam se vacinar <sup>(26)</sup>.

9. A única referência sobre doença provocada por vacinas em literatura brasileira com dados populacionais remonta a 2011 e não há dados posteriores. Dela foi retirado o comentário que sugere que em 2009 morreram nove pessoas entre as vinte e dois milhões que foram vacinadas. Não está disponível na literatura médica ou de saúde pública do Brasil nenhum RELATO sobre isso. A página de internet do MS que tinha esse relato desapareceu. Era a citação “42” do artigo científico que foi a fonte da informação. seguir <sup>(7)</sup>:“Entre 2008 e 2009, houve transmissão de febre amarela silvestre nos Estados de São Paulo<sup>40</sup> e Rio Grande do Sul<sup>41</sup>, caracterizada por ocorrência em ampla área geográfica habitada por população sem histórico vacinal. No período, foram distribuídas mais de 22 milhões de doses da vacina. Alertados para a possibilidade de ocorrência de eventos adversos, os serviços de saúde conseguiram detectar e notificar 112 eventos adversos graves, 56 dos quais tiveram associação causal com a vacina. A maioria dos eventos confirmados, 47 casos (84%), foi de doença neurotrópica aguda e todos se recuperaram; os outros nove foram classificados como doença viscerotrópica aguda e evoluíram para o óbito<sup>42</sup>.

### **Moção Nº 16: Implantar Programas Educacionais e Transversais em Vigilância em Saúde**

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

### **Moção Nº 17: Aporte financeiro e técnico suficiente e adequado ao tratamento da questão e criação de Controle Sanitário na fronteira.**

Nós, Delegados e Delegadas, reunidos na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, expressamos através desta Moção de Apelo, a necessidade de

real e efetivo apoio do Governo Federal para o adequado tratamento da questão relativa à crise de migração de Venezuelanos ao Brasil, em especial ao Estado de Roraima, com o concreto aporte de recursos financeiros e técnicos para a questão e com a criação de controle sanitário na fronteira, visando o controle relativo à ameaça de reintrodução de doenças já erradicadas no Brasil, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional.

### **Moção Nº 18: Garantia de aumento de recursos**

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

### **Moção Nº 19: Estrutura dos serviços de verificação de óbitos e ampliar em todo o país, melhorando os fluxos SVO e IML.**

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

1. Ampliar a Rede de SVO para todos os Estados do Brasil
2. Pactuar na Tripartite e nas Bipartites para que todos os municípios do Brasil tenham um SVO de referência em algum dos serviços da Rede Nacional.
3. Que os SVO estejam alinhados as prioridades da Vigilância em Saúde, e tenha suas ações e procedimentos financiados pelo SUS.
3. Criar protocolos para: -
  - 3.1 - Reduzir a burocracia e melhorar os fluxos entre SVO e IML, que atualmente é difícil praticamente todas as unidades de saúde, -
  - 3.2 - Reduzir o transtorno aos familiares quando um óbito do SVO precisa passar ao IML, e vice-versa,
  - 3.3 - Reduzir as horas perdidas pelos familiares dentro de uma Delegacia de Polícia para mudar a natureza do B.O.,

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

### **Moção Nº 20: Implementação urgente do Plano Nacional de redução de acidentes e segurança viária.**

Os delegados e delegadas participantes da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, considerando o alarmante número de mortes causados pela violência no trânsito no Brasil, com centenas de vidas perdidas diariamente, pessoas jovens em sua maioria, bem como o enorme número de vítimas gravemente feridas,

mutiladas e sequeladas, vem a público solicitar aos governos da União, estados, municípios e Distrito Federal, medidas urgentes para enfrentamento desta verdadeira epidemia, de grave impacto social e em especial para a área de saúde. São milhares de vidas, de histórias e de sonhos perdidos em questão de segundos, em “acidentes” que certamente poderiam ser evitados. Nesse sentido recomendam às autoridades competentes a imediata e urgente implementação das medidas propostas pelo Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020, produzido com a contribuição de organizações governamentais e não governamentais, sob a coordenação do Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito: Instituir gestão eficiente e capacitada, baseada em eficientes sistemas de informações e de indicadores de desempenho, capaz de coordenar adequadamente o Sistema Nacional de Trânsito e as ações e os recursos disponíveis, com planos de metas e acompanhamento permanente. Promover fiscalização eficaz e eficiente em todo território nacional por meio de recursos humanos, tecnológicos e de sistemas informatizados de gestão, focada sobre atos infracionais e fatores de risco dos quais possam resultar riscos de acidentes e mortes no trânsito, tendo como princípio a reeducação e a redução da impunidade. Mobilizar os setores governamentais e não governamentais, empresariais, educacionais, técnicos e acadêmicos para que participem e adotem ações educativas que promovam o respeito às regras de trânsito, às pessoas e ao meio ambiente e que incentivem os cidadãos a desenvolverem comportamento mais seguro, ético e solidário no trânsito. Promover a saúde voltada para a mobilidade urbana, em especial o estímulo e o fomento de ações práticas para a redução de mortes ou da gravidade de lesões às vítimas de acidente de trânsito, capacitar os agentes de saúde, assim como promover a educação para o trânsito por meio das redes de assistência da saúde em comunidades. Segurança Viária: prover as vias urbanas e rodoviárias de infraestrutura física e de sinalização que dê prioridade ao transporte coletivo e aos não motorizados e que proporcione a segurança de todos os usuários da via, em especial o desenvolvimento de ações voltadas para os principais fatores de risco e para os usuários mais vulneráveis no trânsito, como pedestres, ciclistas e motociclistas. Segurança veicular: realizar o controle sobre a frota de veículos automotores, na fabricação e no uso, de forma a melhorar os níveis de segurança veicular e a reduzir os níveis de emissão de poluentes. Criar programa de incentivo financeiro para substituição da frota de veículos fora das condições de segurança e do alto para a recuperação.

#### **Moção Nº 21: Cobertura total de saneamento básico**

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

#### **Moção Nº 22: Garantir o direito constitucional da terra ao Povo originário dela.**

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

#### **Moção Nº 23: Defesa por um Sistema de Saúde 100% público, gratuito, equânime e de qualidade**

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

#### **Moção Nº 24: Revogação das mudanças aprovadas pela CIT em 14 de dezembro de 2017**

Os delegados e as delegadas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde vem repudiar as mudanças aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT no dia 14 de dezembro de 2017. Esse documento contém pontos preocupantes que desfiguram o tratamento realizado atualmente pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, se tornando um afronte às políticas de saúde mental e às diretrizes de desinstitucionalização psiquiátrica, prevista na Lei 10.216/2001. Além disso, é preocupante que uma política pública que foi objeto de décadas de luta pelos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental e definida por Legislação Específica seja profundamente modificada em conteúdo, direcionamento político, ético e técnico em apenas uma reunião entre gestores. Um dos pilares do Sistema Único de Saúde – SUS é o Controle Social, definido pela Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SAUS definindo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos e de fiscalização de todo o sistema. Vale destacar que essas mudanças aprovadas pela CIT não foram apreciadas e nem aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, e, inclusive sendo negada, na ocasião da reunião, a palavra ao presidente do CNS Ronald Ferreira dos Santos e ao representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO Prof. Dr. Paulo Amarante.

#### **PONTOS CONTROVERSOS:**

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

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

**Moção Nº 25: Os Projetos de Lei 1048/2015, de autoria do Deputado Sóstenes Cavalcante e 1971/2015, do Deputado Victor Mendes, estavam apensos ao PL 198/2015, tratando de alteração de artigo do Código Penal Brasileiro (Lei 2848/1940) e preventivo a criminalização da transmissão deliberada do vírus HIV.**

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

**Moção Nº 26: Inserção profissional dos Bacharéis em Saúde Coletiva no serviço SUS em nível nacional**

Tendo a graduação em saúde coletiva vista com objetiva na formação de profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS nos moldes para as necessidades do sistema e para uma gestão qualificada. Solicitamos a inclusão dos profissionais Bacharéis em Saúde Coletiva no quadro de carreira dos três níveis de gestão, em seus mais diversos órgãos de gestão dentre eles o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio de concurso público que inclua em quantidade expressiva este profissional. Considerando o enfoque e a expertise que este profissional possui no que tange a vigilância em saúde, planejamento, promoção a saúde, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e dos riscos e agravos a saúde. Todos estes contemplados na sua formação acadêmica para o SUS. Importa salientar que esta graduação existe no Brasil há uma década.

**Moção Nº 27: Apuração e punição por organismos internacionais**

Nós delegados (as) reunidos na 1 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada em Brasília – DF, de 27/02 a 02/03/2018, manifestamos nosso apoio a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial do Comércio no sentido de apurar e adotar as sanções cabíveis às empresas SAMARCO, assim como as suas controladoras Vale e BHP, em virtude do desastre ambiental pelo rompimento da barragem de Mariana que espalharam rejeitos de minério de ferro em toda bacia do Rio Doce, causando um dos maiores desastres ambientais já registrados na América do Sul, além de provocar 19 mortes e destruir a vida e os sonhos de milhares de ribeirinhos, pescadores e populações que vivem nas áreas de influência do rio.

**Moção Nº 28: Realização da auditoria cidadã da dívida pública**

Todo ano, quase metade dos recursos do Orçamento Geral da União é destinada para o pagamento da dívida. Enquanto isso, apenas 4% desses recursos é destinados à saúde. É impossível financiar o SUS com apenas 4% dos recursos da União. Essa situação é decorrente, dentre outras causas, de uma série de irregularidades e ilegalidades existentes no sistema da dívida pública que tem sido demonstrada pelo

núcleo da auditoria cidadã da dívida pública. Não podemos mais permitir que esses esquemas fraudulentos continuem, por isso, exigimos a realização imediata da auditoria cidadã dessa dívida pública. O SUS não pode morrer. AUDITORIA DA DÍVIDA PÚBLICA JÁ!

### **Moção Nº 29: Descongelamento e reajuste salarial**

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

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

#### **Referências:**

1. BRASIL - Congresso Nacional. LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011 - Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. 12527 [Internet]. 2011 24/08/2014; 12.527. Available from: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm)
2. BRASIL-PR. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016 - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, CLIV. Sect. 1 (2017); [2]. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>
3. WHO. World situation report: Yellow Fever 30 June 2016. WHO Reports [Internet]. 2016 Fev19,2018; (June30,2016):[9 p.]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246156/1/yellowfeversitrep30Jun16-eng.pdf?ua=1>
4. Saad LDC, Barata RB. Surtos de febre amarela no estado de São Paulo, 2000-2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2016; 25:[531-40 pp.]. Available from: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742016000300531&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300531&nrm=iso).
5. Mascheretti M, Tengan CH, Sato HK, Suzuki A, Souza RPd, Maeda M, et al. Febre amarela silvestre: reemergência de transmissão no estado de São Paulo, Brasil, 2009. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2013; 47:[881-9 pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000500881&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500881&nrm=iso).

6. Couto-Lima D, Madec Y, Bersot MI, Campos SS, Motta MdA, Santos FBd, et al. Potential risk of re-emergence of urban transmission of Yellow Fever virus in Brazil facilitated by competent Aedes populations. Scientific Reports [Internet]. 2017 2017/07/07; 7(1):[4848 p.]. 10.1038/s41598-017-05186-3 Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05186-3>.
7. Costa ZGA, Romano APM, Elkhoury ANM, Flannery B. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde [Internet]. 2011; 2:[11-26 pp.]. 10.5123/S2176-62232011000100002 Available from: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232011000100002&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000100002&nrm=iso).
8. MS-SVS. Aspectos epidemiológicos da febre amarela silvestre e a vigilância intensificada durante período de monitoramento, Brasil, 2012/2013. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde,. 2014;45(07):10.
9. MS-SVS. Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018. Informe nº 10 - 2017/201 – Ministério da Saúde, [Internet]. 2018. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/informe-febre-amarela-9-16jan18.pdf>
10. Thomas RE. Yellow fever vaccine-associated viscerotropic disease: current perspectives. Drug Design, Development and Therapy 2016:10 3345–3353 [Internet]. 2016 Fev16,2018; 2016(Oct 12,):[3345-53 pp.]. <http://dx.doi.org/10.2147/DDDT.S99600> Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5066857/pdf/dddt-10-3345.pdf>
11. WHO. Eliminate Yellow fever Epidemics (EYE): a global strategy, 2017–2026 / Éliminer les épidémies de fièvre jaune» (EYE): une stratégie mondiale, 2017-2026 Weekly epidemiological record / Relevé épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2017 02/16/2018; Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire 21 APRIL 2017, 92th YEAR / 21 AVRIL 2017, 92 ANNÉE No 16, 2017, 92, 193–204 <http://www.who.int/wer> (92):[193-204 pp.]. Available from: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/255040/1/WER9216.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255040/1/WER9216.pdf?ua=1) ; <http://www.who.int/wer> .
12. THOMAS RE. Evaluating the safety and immunogenicity of yellow fever vaccines: a systematic review. Vaccine: Development and Therapy 2015:5 1–8 [Internet]. 2015 02/16/2018; 2015(5):[1-8 pp.]. <http://dx.doi.org/10.2147/VDT.S56779> Available from: <https://www.dovepress.com/evaluating-the-safety-and-immunogenicity-of-yellow-fever-vaccines-a-peer-reviewed-article-VDT> .
13. Vasconcelos PFdC. Febre amarela. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [Internet]. 2003; 36:[275-93 pp.]. Available

from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000200012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000200012&nrm=iso).

14. FIORAVANTI C. Examinando a vacina contra febre amarela - Evidências científicas indicam que dose fracionada gera efeito protetor, mas não há consenso sobre sua duração PESQUISA FAPESP [Internet]. 2018 19/02/2018; (264):[46-51 pp.]. Available from: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2018/02/02/examinando-a-vacina-contra-febre-amarela/>

15. Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2017; 26:[617-20 pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000300617&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300617&nrm=iso).

16. Noronha TGd, Camacho LAB. Controvérsias sobre a ampliação das áreas com vacinação de rotina contra a febre amarela no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2017; 33. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001002001&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001002001&nrm=iso).

17. Rodhain F. [Arboviruses also have an American dream]. Bulletin de la Societe de pathologie exotique (1990) [Internet]. 2017 Aug; 110(3):[147-59 pp.]. 10.1007/s13149-017-0557-y Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28509947>

18. Ahuka-Mundeke S, Casey RM, Harris JB, Dixon MG, Nsele PM, Kizito GM, et al. Immunogenicity of Fractional-Dose Vaccine during a Yellow Fever Outbreak — Preliminary Report. New England Journal of Medicine [Internet]. 2018 Feb 18; 378(8):[9 p.]. 10.1056/NEJMoa1710430 Available from: [http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1710430?query=featured\\_home&](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1710430?query=featured_home&)

19. Pinto Júnior AG, Braga AMCB, Roselli-Cruz A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012; 17:[2841-9 pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000031&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000031&nrm=iso)

20. Carla MB, Nicholas Di P, Marielton PC, Mônica JR-J, Danielle BA, Vanessa BS, et al. Yellow Fever Virus DNA in Urine and Semen of Convalescent Patient, Brazil. Emerging Infectious Disease journal [Internet]. 2018; 24(1):[176 p.]. 10.3201/eid2401.171310 Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/24/1/17-1310>.

21. Mehta R, Soares CN, Medialdea-Carrera R, Ellul M, da Silva MTT, Rosala-Hallas A, et al. The spectrum of neurological disease associated with Zika and chikungunya viruses in adults in Rio de Janeiro, Brazil: A case series. PLOS Neglected Tropical Diseases [Internet]. 2018; 12(2):[e0006212 p.]. 10.1371/journal.pntd.0006212 Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006212>.



22. Medeiros-Sousa AR, Fernandes A, Ceretti-Junior W, Wilke ABB, Marrelli MT. Mosquitoes in urban green spaces: using an island biogeographic approach to identify drivers of species richness and composition. *Scientific Reports* [Internet]. 2017 2017/12/19; 7(1):[17826 p.]. 10.1038/s41598-017-18208-x Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-18208-x>.
23. Moreira-Soto A, Torres MC, Lima de Mendonça MC, Mares-Guia MA, Damasceno dos Santos Rodrigues C, Fabri A, et al. Evidence for Multiple Sylvatic Transmission Cycles During the 2016-2017 Yellow Fever Virus Outbreak, Brazil. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 10.1016/j.cmi.2018.01.026 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2018.01.026>.
24. Montagner FRG, Silva OS, Jahnke SM. Mosquito species occurrence in association with landscape composition in green urban areas. *Brazilian Journal of Biology* [Internet]. 2017:[0- pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-69842017005109103&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-69842017005109103&nrm=iso).
25. Carneiro M, Lara BdS, Schimidt B, Gais L. Superdosagem da vacina 17DD contra febre amarela, em uma região do sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [Internet]. 2011; 44:[252-3 pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822011000200025&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000200025&nrm=iso).
26. Traiber C, Coelho-Amaral P, Ritter VRF, Winge A. Meningoencefalite causada pelo vírus vacinal da febre amarela transmitido pelo leite materno. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2011; 87:[269-72 pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572011000300015&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000300015&nrm=iso).