

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Conselho Estadual de Saúde - Cesau-CE



# CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MANUAL ORIENTADOR

CEARÁ  
2017





Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA

Conselho Estadual de Saúde – Cesau-CE

## **Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde**

# **Manual Orientador**

### **TEMA CENTRAL**

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

### **EIXO PRINCIPAL**

**“Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro”.**



Coordenador Geral:

**Antonio Cleyton Martins Magalhães**

Coordenador Adjunto:

**Lucivaldo Farias Maciel**

### **Membros**

Ana Cristina Tabosa

Ana Lucia da Costa Mello

Inês Prata Girão;

Ismênia Maria Barreto Ramos;

Lindélia Sobreira Coriolano

Maria da Paz Andrade Monteiro

Maria Goretti Sousa Pinheiro

Marlucia Ramos de Fátima Sousa Gomes

Pedro Alves de Araújo Filho

Rogena Weaver Noronha Brasil

Sebastiana Shirley de Oliveira Lima

Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

Diagramação

**José Hibss Farias Ribeiro**

Revisão:

Ana Cristina Tabosa

Kaio Stênio Targino Silveira

Hariádina Salveano de Sousa

**Tiragem: 700 exemplares**

Ficha Catalográfica elaborada por: Maria Claudete Silva Barros, CRB 3/1017

C387c	<p>CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Conselho Estadual da Saúde.          Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde: manual orientador /          Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Conselho Estadual da Saúde. —Fortaleza:          Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017.          55p.          Tema central: Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS</p> <p>Publico de Qualidade</p> <p>Eixo principal: Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do          SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro</p> <p>ISBN:</p> <p>1. Políticas públicas – SUS. 2. Políticas de saúde. 3. Saúde pública. 4. Vigilância          em saúde. I. Título.</p>
-------	---

CDD 362.1



**Camilo Sobreira de Santana**  
Governador do Estado do Ceará

**Henrique Jorge Javi de Souza**  
Secretário de Estado da Saúde

Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde

**Ana Lúcia da Costa Mello**  
Presidente

**Marcos Coelho Parahyba**  
Vice – Presidente

**Marlucia Ramos de Fátima Sousa Gomes**  
Secretária-Geral

**Francisca Lucia Nunes de Arruda**  
Secretária Adjunta



## SUMÁRIO

<b>Índice</b>	<b>01</b>
<b>Lista de siglas e abreviaturas</b>	<b>02</b>
<b>I – Apresentação</b>	<b>03</b>
<b>II – Antecedentes</b>	<b>04</b>
<b>III – Eixo Principal: antecedentes e contexto atual</b>	<b>05</b>
<b>IV - Subeixo I</b>	<b>06</b>
<b>V - Subeixo II</b>	<b>08</b>
<b>VI - Subeixo III</b>	<b>10</b>
<b>VII - Subeixo IV</b>	<b>15</b>
<b>VIII - Diretrizes Metodológicas</b>	<b>18</b>
<b>Regimento na 1ª CEVS</b>	<b>25</b>
<b>Anexos I</b>	<b>33</b>
<b>Anexos II</b>	<b>36</b>
<b>Resolução nº 547, de 09 de Junho 2016</b>	<b>42</b>
<b>Resolução nº 01/1998 - CESAU</b>	<b>45</b>
<b>Resolução nº 44/2017 de 10 de Julho de 2017</b>	<b>47</b>
<b>Portaria nº 2088 de 21 de Agosto de 2017</b>	<b>48</b>
<b>Relatorio final 7ª Conferencia estadual de saúde</b> <a href="https://drive.google.com/open?id=0B_wI-HVj2ELgVzRLa3dzZGZEd1U">https://drive.google.com/open?id=0B_wI-HVj2ELgVzRLa3dzZGZEd1U</a>	
<b>Deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde</b> <a href="http://www.cosemssp.org.br/downloads/15-CNS-propostas.pdf">http://www.cosemssp.org.br/downloads/15-CNS-propostas.pdf</a>	
<b>Plano Nacional de Saúde</b> <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf</a>	
<b>Resolução 453/2012 Conselho Nacional de Saúde</b> <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html</a>	



## I - Siglas e Abreviaturas

**APS – Atenção Primária à Saúde;**  
**CAPS - Centros de Apoio Psicossocial;**  
**CNVS – Conferência Nacional de Vigilância em Saúde;**  
**CEVS – Conferência Estadual de Vigilância em Saúde;**  
**CMRVS – Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde;**  
**CS - Conselhos de Saúde;**  
**CI - Comissões Intersetoriais;**  
**CF - Constituição Federal;**  
**CESAU – Conselho Estadual de Saúde;**  
**CL – Conferência Livre;**  
**CNS – Conselho Nacional de Saúde;**  
**CNSA - Conferência Nacional de Saúde Ambiental;**  
**CPF – Cadastro de Pessoa Física;**  
**DSS – Determinantes Sociais de Saúde;**  
**GT – Grupo de Trabalho;**  
**LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros;**  
**MS – Ministério da Saúde;**  
**NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde;**  
**PEVS – Política Estadual de Vigilância em Saúde;**  
**PIB – Produto Interno Bruto;**  
**PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde;**  
**PNS – Plano Nacional de Saúde;**  
**PPA – Plano Plurianual**  
**PPs – Políticas Públicas de Saúde;**  
**RAS - Rede de Atenção à Saúde**  
**RF – Relatório Final;**  
**RS – Regiões de Saúde;**  
**SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde;**  
**SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;**  
**ST - Saúde do Trabalhador;**  
**SUS - Sistema Único de Saúde;**  
**UBS - Unidades Básicas de Saúde;**  
**VS – Vigilância em Saúde;**



## 1 - APRESENTAÇÃO

O atual complexo contexto das mais diversas crises, dentre elas, a política de proporções gigantescas e inimagináveis a expressar a apartação entre a sociedade civil e a sociedade política, que assolam a sociedade, suas entidades e o Estado brasileiro, coloca-nos à reflexão sobre as determinações econômicas, sociais, culturais e políticas que influenciam a saúde da população brasileira e exige-nos o imperioso reconhecimento da injusta sociedade de classes e da necessária ação direta dos setores progressistas para a manutenção e defesa dos direitos sociais duramente conquistados pela luta da classe trabalhadora de gerações passadas que constituem os pilares essenciais da Constituição Cidadã de 1988 e que estão severamente ameaçados de usufruto pelas gerações vindouras.

Em meio à crise econômica do capital internacional, as forças políticas-econômicas que comandam o país aprofundam a receita econômica ortodoxia neoliberal: acumulação/concentração das riquezas produzidas pelos trabalhadores(as) pela elite internacional e a exploração do trabalho utilizando o Estado e as Políticas Públicas (PPs) para garantir a apropriação privada do que é público.

Nesse sentido, a prioritária/indiscutível política econômica de superávit primário para pagamento dos juros, a amortização e rolamentos da dívida pública que consomem quase metade do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, a Emenda Constitucional (EC) 95, o violento ataque a democracia e a soberania popular materializado no golpe parlamentar midiático empresarial materializado no *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, a criminalização das lutas pela lei antiterrorismo, a aprovação da reforma trabalhista e a perversa reforma da previdência em curso que associado à terceirização/precarização das condições de trabalho desregulam institucionizando o trabalho escravo, o crônico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o atual debate entre acesso e cobertura universal de serviços, a irracional divisão dos recursos entre os entes federativos e a mercantilização na saúde representado pelo estímulo aos planos privados populares representando concretamente redução no acesso à população a ações e serviços de saúde, dentre outras, compõem apenas uma parte do desumano e famigerado ajuste fiscal que, em síntese, drena recursos públicos para a esfera financeira desconsiderando os preceitos constitucionais de crescimento econômico com inclusão e proteção social como uma obrigação do Estado.

Considerando que todos esses direitos estão sendo retirados sem qualquer tipo de participação dos setores representativos dos mais afetados da sociedade brasileira, nessa 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde (1ª CEVS), o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Ceará - Cesau-CE além de denunciar os agentes condutores desses ataques busca, intransigentemente, aglutinar forças no sentido de construir um amplo e perene conjunto de forças sociais progressistas capazes de desenvolver e implementar estratégias para se contrapor a tais ataques e lutar pela garantia de direitos condizentes com um marco civilizatório que conjugue crescimento econômico com equidade social.

Nesse sentido, convidamos os conferencistas a refletir e problematizar sobre os princípios e diretrizes do SUS no âmbito da formulação da Política Municipal, Estadual e Nacional de VS centrada no direito à Proteção e Prevenção da Saúde alicerçada num SUS público e de qualidade. Considerando o difícil contexto vigente, é imperioso fortalecer o papel da VS na integralidade do cuidado individual/coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), compreendendo as responsabilidades dos entes federativos e o território como espaço fundamental para a implementação das PPs buscando fortalecê-las intersetorialmente visando promoção da saúde, redução de riscos, prevenção e controle de agravos e doenças, inclusive, as negligenciadas que obviamente exigem alocação de aportes financeiros sob forte participação social.



Para cumprir os objetivos esperamos que os participantes atuem fundamentado em princípios éticos comprometidos com a verdade, honestidade, justiça, dignidade humana e respeito à lei como elementos que devem presidir o relacionamento dos diversos sujeitos sociais de modo a honrar a função de representação social devendo ser seguido por todos(as), em todos os momentos e em qualquer situação e lugar.

Dessa forma, esperamos do participante:

- I) Contribuir para a construção da 1ª CEVS - Conferência Estadual de Vigilância em Saúde como espaço de debate e diálogo respeitando as diversas opiniões presentes de todos os segmentos sociais, em especial, dos usuários do SUS;
- II) Agir com respeito e dignidade durante a 1ª CEVS - Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.
- III) A primazia e obediência aos princípios constitucionais, em particular o da legalidade, impessoalidade, moralidade, ética, publicidade, eficiência e as normas de Ética Social e da Gestão Pública;
- IV) O reconhecimento, a defesa e a preservação da autonomia das pessoas, diversidade social, de raça e etnia, gênero, geracional, orientação sexual, econômica, de deficiências, e, conseqüentemente, o combate a toda forma de preconceito;
- V) Zelar pelo patrimônio público em uso bem como fazer o melhor uso dos recursos disponíveis, entre eles, tempo e material.

De outro modo, será mínima, a possibilidade colaborativa do participante que:

- I) Atentar contra a ética, a moral e o decoro;
  - II) Fazer de sua posição instrumento de domínio, pressão ou de menosprezo a qualquer pessoa;
  - III) Prejudicar deliberadamente a reputação de outros conselheiros ou de cidadãos;
  - IV) Ser, em função de seu espírito de solidariedade, conivente com erro ou qualquer infração;
  - V) Usar de artifícios para adiar ou dificultar o exercício regular de direito por qualquer pessoa, causando-lhe dano moral ou material;
  - VI) Permitir que perseguições ou interesses de ordem pessoal interfiram nos objetivos finalísticos da Conferência;
  - VII) Falsear deliberadamente a verdade ou basear-se na má-fé;
  - VIII) Permitir ou concorrer para que interesses particulares prevaleçam sobre o interesse público;
  - IX) Receber vantagem de qualquer espécie, para si, familiares ou qualquer pessoa, para o cumprimento da sua missão ou para influenciar outro conselheiro para o mesmo fim;
- Em face do comentado e certo da importância e do compromisso coletivo como a construção de uma sociedade mais justa, livre e fraterna e de relações democráticas que se traduzam em inclusão e direitos desejamos a todos(as) uma excelente Conferência.

## 2 – ANTECEDENTES

A realização da 1ª CEVS - Conferência Estadual de Vigilância em Saúde atendeu a convocação da portaria GM/MS nº 1017/2016 com o objetivo de propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e a Resolução Nº 535/2016 do Conselho Nacional de Saúde que aprovou o regimento da 1ª CNVS na sua 284ª Reunião Ordinária realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016 aprovou o regimento da 1ª CNVS. O Cesau - CE através da resolução nº 44 de 10 de julho de 2017 e da portaria nº 2088/2017 que deliberou pela realização da 1ª CEVS e 1ª CMRVS - Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde.



**EIXO PRINCIPAL: “POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO SUS COMO DIREITO À PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO POVO BRASILEIRO”.**



## SUBEIXO I

### O LUGAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS

O objetivo é discutir a organização dos serviços e a integração com a Vigilância em Saúde (VS) enquanto norteadora do Modelo de Atenção à Saúde visando à redução do risco de adoecer e possibilitar ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde a partir da identificação dos riscos sociais e situações de vulnerabilidade possibilitando a definição de estratégias para que as intervenções possam ser planejadas, implementadas e programadas. Essa é a contribuição para efetivação da VS no SUS.

#### QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como a Vigilância em Saúde pode orientar o modelo de atenção à saúde no seu território?
2. Que práticas da VS são requeridas para assegurar a integralidade do cuidado em saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS)?
3. Quais obstáculos/dificuldades para atuação da VS integrada às demais práticas do cuidado em saúde?
4. Que estratégias podem ser desenvolvidas no território para efetivar a ação da VS como parte integrante do cuidado em saúde?
5. Que estratégias podem ser desenvolvidas no território para a integração das ações de Saúde do Trabalhador (ST) na VS?

#### O LUGAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS:

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS requer dos entes federativos, transparência, integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. A integralidade como um dos princípios doutrinários da política de saúde do Estado brasileiro se destina a atender todas as pessoas com as ações de saúde compreendendo a saúde como direito e serviço. A integralidade da atenção à saúde se fortalece na estruturação das redes de atenção à saúde (RAS) que é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde (RS) visando aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Para entendermos a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde é importante entendermos suas dimensões:

**A organização dos serviços** – integração das ações e serviços de saúde – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo, dos serviços assistenciais. Identificação de situações de risco para a saúde assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

**Os conhecimentos e práticas** de trabalhadores(as) de saúde para uma abordagem concentrada no usuário cidadão como um ser integral abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes.

**A humanização do cuidado** – envolve o respeito na recepção e atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde. Além disso, devem orientar todas as intervenções em saúde que tomem por base o conceito de integralidade.

**Intersetorialidade:** ocorre por meio da integração entre as políticas governamentais com participação da população como respostas a problemas específicos de saúde. São políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou problemas de saúde que afligem a certo grupo populacional.

**A Rede de Atenção à Saúde (RAS)** é definida como conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade a partir da atenção básica até o maior nível de complexidade, num determinado território, com a finalidade de garantir atenção integral e de qualidade da assistência à saúde, com provisão de atenção contínua, responsável e humanizada, bem como a melhoria do acesso respeitando às reais necessidades do cidadão, utilizando os recursos necessários para garantir o sucesso da assistência prestada.



A RAS se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção (Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais etc.) em que um nível não é mais importante do que o outro. Nela, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturada como primeiro nível de atenção tendo como função atender aos problemas mais comuns de saúde por meio de equipe multidisciplinar que cobre toda a população integrando e coordenando o cuidado para atender às necessidades de saúde.

A organização e o funcionamento da RAS requerem a criação de mecanismos formais interfederativos – União, Estados e Municípios – de pactuação, definição de responsabilidades, objetivos de desempenho, metas e indicadores de resultados bem como análise de situação de saúde e planejamento participativo.

Nesse aspecto, torna-se fundamental, também, a discussão sobre o modelo de Atenção à Saúde a ser implementado nas RAS. Os modelos de atenção são formas de organização das relações entre diversos sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas para orientar todas as intervenções em saúde que tomem por base o conceito de integralidade. Para se alcançar uma atenção integral, faz-se necessária a efetiva inserção das ações de promoção e VS na organização da RAS, com atribuições e responsabilidades definidas, integração dos processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e educação permanente.

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

A VS, em cada território, deve ser a norteadora do Modelo de Atenção à Saúde para a redução do risco de adoecer e garantir as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. É, portanto, papel fundamental da VS integrada às linhas de cuidado identificar riscos sanitários e situações de vulnerabilidade a partir das quais as intervenções serão planejadas e programadas.



## SUBEIXO II

### RESPONSABILIDADES DO ESTADO E DOS GOVERNOS COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Subeixo trata da afirmação do Estado democrático definido um conjunto integrado de responsabilidades sócias político-institucional para viabilizar as ações de VS subsidiados pelos sistemas de informação em saúde para uma intervenção mais efetiva onde o espaço de análise, intervenção e gestão é o contexto territorial.

#### QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como os aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos contribuem para o planejamento e implementação de ações em saúde no território?
2. Como as praticas de VS podem assegurar a integralidade do cuidado em saúde nas RAS?
3. Como está estruturada a VS no seu território?
4. Quais os mecanismos de participação da comunidade, gestão participativa e comitês intersetoriais (CI) e formas de governança participativa na VS?

#### RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

A responsabilidade sanitária com o desenvolvimento de ações de VS é um pressuposto básico para todos os entes federados e inerente à missão de garantia dos direitos à saúde da população como ação de Estado. Em busca dessa permanente construção de responsabilidades sanitárias, apontamos aqui desafios e caminhos para problematização e reorientação das perspectivas de universalização das ações de VS no SUS.

O processo de planejamento e monitoramento do SUS apresenta em sua estrutura espaços institucionais e participativos que devem ser ocupados por sujeitos que devem se ater aos processos de organização e implementação de ações de VS. Esse é um objetivo que deve constar nos planos de saúde para fomentar o desenvolvimento regional e a integralidade da atenção trazendo benefícios as necessidades de saúde nos diferentes territórios.

A articulação permanente entre as ações de VS, epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, redes assistenciais e participação social é o desafio a ser construído para a implementação de territórios saudáveis.

A organização de uma prática de informação para ação definidora de processos de intervenções, em parceria intersetoriais e através de mecanismos de gestão e governança integrados para uma ação eficaz são características essenciais da natureza de VS instituídos nos planos de saúde e relacionados ao desenvolvimento regional e orçamentário no Plano Plurianual (PPA) em todos os níveis e acompanhadas em sistema de governança participativo articulado aos Conselhos de Saúde (CS) e as Comissões Intersetoriais (CI) e as instâncias dos Poderes Legislativos e Executivos.

#### INFORMAÇÃO PARA AÇÃO

A informação em saúde pode ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar problemas prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações que resultem em transformações necessárias a situação de saúde de cada território.

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

A avaliação e integração das informações de saúde são imprescindíveis à VS por constituírem fatores desencadeadores do processo “informação-decisão-ação”. Os Sistemas de Informação em saúde deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, tomada de decisões dos gestores,



Em determinado nível decisório (Municipal, Estadual e Federal) sejam baseados em dados condizentes com a realidade como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde subsidiando o processo de tomada de decisões que envolve capacidade técnica e profissionais necessários, capacitados e com condições de planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

É no território em que os determinantes sociais do processo saúde e doença se operacionaliza pela organização dos serviços de saúde em redes de VS configurando redes sociotécnicas intersetoriais e participativas a partir dos problemas relacionados a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde ambiental e saúde do trabalhador construindo informações de processos para intervir nos condicionantes de saúde que estabelece situações de riscos e vulnerabilidades e os consequentes impactos sociais, ambientais e sanitários.

O território como conceito de identidade, relação de poder e ambiente sociotécnico, onde acontecem às relações de vida/trabalho em que as possibilidades de resiliência/resistências e riscos se materializam em um processo contínuo de organização constitui uma possibilidade de observar as dinâmicas das situações de risco e atividades humanas nele materializados, com uma historicidade e mobilidade intercambiada com cenários mais amplos e trajetórias da população e seus modos de viver, dadas por fluxos e configurações demográficas especializadas relacionadas aos modos de desenvolvimento regionais.

## **O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE ANÁLISE, GESTÃO, INTERVENÇÃO E DESAFIOS**

As políticas intra/intersetoriais são implementadas de forma desarticuladas e, na maioria das vezes, em desacordo com as necessidades da população de um determinado território.

No âmbito do setor saúde, o desafio é buscar ações integradas de base territorial alicerçadas nas informações produzidas pela VS definidas coletivamente em processos participativos e descentralizados para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde nas RAS e enfrentar os problemas sociosanitários, ambientais e atinentes ao mundo do trabalho.



### SUBEIXO III

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

O eixo versa sobre as práticas, os processos de trabalho e o uso das tecnologias na vigilância em saúde na produção da informação. Alerta para a oportunidade da interação dos sujeitos, objetos, meios de trabalho e das formas de organização dos processos de trabalho envolvidos. Deve discutir o uso de outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, como também o acesso da população as ações e serviços de saúde e as dificuldades de compreensão das práticas de VS.

#### **Perguntas Norteadoras:**

1. Considerando os problemas identificados no território, como as ações das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e os laboratórios de saúde pública podem se integrar para produção de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades loco-regionais?
2. Como assegurar ações intersetoriais, com participação da comunidade, nas ações de vigilância desenvolvidas no território?
3. Quais alternativas sustentáveis são viáveis para superar o modelo químico-dependente de controle de vetores e seus agravos?
4. Quais são as alternativas para superação do atual modelo nutricional inadequado?

#### **INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal em seu artigo 196 garante: “a Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ainda em seu artigo 200 – “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: Inciso II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, e em seu inciso VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. Portanto, o direito a saúde oriundo das lutas dos movimentos sociais no processo de redemocratização do país que setorialmente na saúde ficou conhecido como Reforma Sanitária foi recepcionado no texto constitucional.

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

#### **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Os objetos e práticas da VS como campo de conhecimento e práticas são atravessados por um complexo conjunto de elementos interdependentes que vai das informações do adoecimento, suas expressões clínicas agudas ou crônicas, suas possíveis interações com agentes patogênicos externos e diversos fatores de riscos e sua distribuição na população além das possíveis associações e determinantes sociais.

De modo geral e para operacionalização das ações, entende-se o campo de prática da VS a partir de quatro vertentes do conhecimento sobre o processo saúde-doença:

- I) A vertente da vigilância epidemiológica em sua concepção mais ampla da distribuição da morbimortalidade na população;
- II) A vertente da vigilância sanitária;
- III) A vertente da vigilância ambiental;
- IV) A vertente que se dedica a compreensão da relação entre saúde e o mundo do trabalho.



Essas quatro vertentes têm em comum:

- a) produzir informações para tomada de decisão de forma oportuna e promover a saúde e o bem-estar da população;
- b) avaliar as condições de saúde segundo o paradigma do risco epidemiológico e/ou sanitário;
- c) analisar os condicionantes e os determinantes biológicos, ambientais, sociais e econômicos do risco à saúde e do adoecimento humano.

A definição clássica de vigilância como campo de prática destinado a coleta sistemática de dados e informações sobre morbidade e mortalidade, com vista a analisar as tendências, magnitude e importância dos agravos na população, não é mais suficiente para dar conta do conjunto de objetos do que vem sendo denominado de “Sistema de Vigilância em Saúde”. Por isso, considera-se necessário redefinir as práticas sanitárias, com a revisão dos “sujeitos, objetos, meios de trabalho e suas formas de organização”. Daí a importância de situarmos o debate no contexto político contemporâneo da organização do SUS, tratando de buscar respostas para algumas das questões que estão em pauta, entre as quais se destacam:

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

### **ACESSIBILIDADE E AÇÕES DE VS**

Para a VS o acesso da população aos bens e serviços de saúde é uma condição essencial para o bem-estar e qualidade de vida. Importante, desde logo, esclarecer as dimensões operacionais que norteiam o acesso aos bens e serviços de saúde. Resumidamente, o acesso à saúde compreende quatro dimensões interdependentes: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

A disponibilidade está diretamente relacionada à capacidade instalada da rede de atenção, se abrange nos três níveis de complexidade da atenção – atenção básica, de média e de alta complexidade – sua composição expressa equidade ou desigualdade no acesso à saúde, levando-se em conta o modelo de produção e as condições de vida da população.

A aceitabilidade diz respeito a natureza dos serviços que são ofertados e o modo como são percebidos pelos usuários ou pela comunidade.

A capacidade de pagamento se refere às diferentes modalidades de financiamento do sistema de saúde e, por fim, a informação, elemento chave do campo de prática da vigilância, que estabelece o processo de comunicação do sistema de saúde com o usuário no território além de gerar os dados da situação de saúde e condições de acesso para a tomada de decisão pelo gestor.

O acesso às ações e serviços de saúde podem ser incrementado, quantitativa e qualitativamente, pela integração das práticas e processos de trabalho dos componentes da VS e por sua integração com as redes assistenciais dos diversos níveis de atenção à saúde no SUS sendo fundamental a articulação com atenção básica, secundária e terciária.

❖ A VS deve operar de forma descentralizada, matricial e transversal nos diferentes níveis de atenção do SUS conforme o arcabouço normativo que a embasa: Portarias 1172/2004<sup>1</sup> e a 3252/2009<sup>2</sup>.

### **NECESSIDADE AVANÇAR NA CONCEPÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O modelo de atenção à saúde, atualmente hegemônico, não prioriza a promoção e proteção à saúde, componentes estratégicos da natureza da atuação da VS fato que se reflete também como sua fragmentação que muitas vezes atua de forma compartimentalizada e verticalizada.

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



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

As constatações acima se aplicam a realidade atual do SUS e, portanto, mudanças são necessários no modelo de atenção vigente. Daí a importância da organização das redes de atenção a partir de uma compreensão dos condicionantes de saúde no território e da participação dos sujeitos envolvidos na definição das políticas públicas (PPs) para que se alcance a integralidade do cuidado em todos os níveis da atenção. O documento “DIRETRIZES NACIONAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 2006”, redigido a partir da pergunta “Como buscamos a integralidade da vigilância com a atenção à saúde?”, apresenta um conjunto de diretrizes com o objetivo de direcionar o SUS para essa visão de integração com a Atenção Básica considerada eixo fundamental para a atuação da VS:

*“A VS visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das RAS, coordenadas pela APS. A integração entre a VS e a APS é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias ...”*

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> – **Portaria nº 1172/2004:** Regulamenta a NOB-SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

<sup>2</sup> – **Portaria nº 3259/2009:** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.



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

A importância fundamental de uma revisão crítica do processo de educação e formação profissional na área da VS para que o processo de integração se efetive superando a visão fragmentada e departamentalizada hoje dominante.

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

Do mesmo modo, é importante adotar como referência para o projeto educativo o conceito de prática de saúde, o que significa privilegiar, num primeiro momento, as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e de ambos com as organizações e instituições (Paim & Almeida Filho, 2000). Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpra assim aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos.

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

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

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

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

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

Na composição da rede de atenção os laboratórios de saúde pública são transversais aos três níveis de atenção e podem constituir sítios sentinelas para o monitoramento de alguns agravos de relevância em saúde pública. É preciso superar a situação de que os laboratórios de saúde pública respondam as demandas laboratoriais de monitoramento clínico do cuidado integral. Sua função é de atuar como suporte estratégico para responder a situações de saúde pública e prover os meios necessários para validação e incorporação de tecnologias inovadoras na área de diagnóstico. É também necessário aprimorar a rede nacional de laboratórios de referência no sentido de que as demandas sejam atendidas oportunamente. O recente episódio do surto de febre amarela evidenciou a necessidade de fortalecer a capacidade instalada no país, bem como o estabelecimento de protocolos e fluxos que possibilitem com que os entes gestores do SUS obtenham os resultados em tempo oportuno para adequada tomada de decisão.



## NECESSIDADES CONTEMPORÂNEAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O quadro sanitário do país, caracterizado pelas transições epidemiológica, demográfica e nutricional impõe novos desafios para além do conjunto de prioridades hoje definidas pela VS. É imperativo, que os agravos mentais reconhecidos hoje enquanto o maior desafio global da saúde no Século XXI, passem a ser objeto central de atenção e ação da VS visa ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial, no contexto da Política Nacional de Saúde Mental.

A transição nutricional é um grande desafio à saúde pública contemporânea. A má nutrição, antes fortemente marcada pela desnutrição, revela-se hoje, predominantemente, pela epidemia de obesidade infanto-juvenil que está associada a diversos fatores de risco e comorbidades que necessitam de redobrada atenção e desenvolvimento de ações de VS e outras políticas públicas voltadas à prevenção e promoção de saúde.

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

O atual modelo de controle de vetores transmissores de doenças centrado na lógica do combate químico por meio de intervenções dependentes do uso de agrotóxicos não tem se mostrado eficaz. Em face do exposto, é necessário conceber outro modelo que atue sobre as causas que geram a proliferação dos vetores, que articule políticas públicas de saneamento e infraestrutura e que possibilite protagonismo à sociedade para identificar intervenções socioambientalmente sustentáveis.



## SUBEIXO IV

### VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA PARA ENRENTAMENTO DAS INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

O subeixo aborda a participação da sociedade na construção das políticas locais, estaduais e nacionais de VS considerando seus conhecimentos e necessidades alinhando ao saber científico com o saber popular, fundado no princípio da democracia participativa e equidade como parâmetro para o planejamento das ações de saúde e intervenções que reduzam os impactos dos determinantes sociais da saúde (DSS), reconhecendo a pluralidade da população brasileira (trabalhador(a), indígenas, mulheres, idosos, negros, campo das florestas/águas, LGBT, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência e patologias, dentre outros) como modelo de desenvolvimento social, econômico e de atenção à saúde ainda hegemônico no país.

#### Perguntas Norteadoras:

1. Considerando às necessidades sociais em saúde de seu território, como os modelos de atenção ou de intervenção em saúde podem superar as iniquidades identificadas?
2. Como assegurar a participação da comunidade e o controle social nas ações e serviços da VS? Como utilizar a Comunicação em Saúde?
3. Considerando as necessidades sociais do território, como viabilizar modelos de atenção à saúde e de gestão que orientem a formulação políticas de saúde intersetoriais e resolutivas?
4. Como organizar e integrar as ações de vigilância sanitária ao sistema de saúde visando garantir a qualidade dos produtos, serviços e ambientes, fundamentais para a qualidade de vida?
5. Como os processos de educação permanente para a participação comunitária e o controle social podem tratar a temática da VS?
6. Como a sociedade pode utilizar as informações da VS para a construção de um novo padrão de saúde e de qualidade de vida?

O debate sobre VS favorece o debate sobre como combinar, da maneira mais integrada possível, os meios e PPs existentes para promover um novo padrão de saúde entendido também como qualidade de vida além de soluções para resolver problemas de saúde das pessoas e coletividades.

Esse propósito remete aos participantes da 1ª CNVS a tarefa de pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde de pessoas e coletividades. Trata-se de uma tarefa desafiadora, considerando que o Sistema de VS foi construído majoritariamente por um corpo técnico-científico e político-institucional, que devido ao saber e práticas doutrinárias anteriores se descola e, por vezes, inviabiliza a participação comunitária.

Desta forma, partindo da compreensão que:

- a) A saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza nas dimensões econômica, social, política, ambiental e cultural;
- b) O atual contexto político-econômico-social-ambiental e sanitário do país indica a deterioração ou ameaça aos meios de reprodução da vida social;
- c) A VS é importante ordenadora das ações de promoção e proteção da saúde;
- d) A participação da comunidade e a gestão participativa são princípios estruturantes do SUS em todos os níveis, ações e serviços de saúde;
- e) Uma Política Nacional de VS deve estar alinhada com as demais políticas específicas no âmbito do SUS, com destaque as políticas de equidade;
- f) A comunicação em saúde, pautada nos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social) e que assegure processos de produção de informação e conteúdo, assim como estratégias de comunicação inclusivas, que combatam todas as formas de discriminação e reconheçam as diversidades do povo brasileiro, deve ser elemento essencial da VS.



O Cesau - CE e o Conselho Nacional de Saúde propõem que a 1ª CEVS e 1ª CNVS sejam assumidas pela sociedade como uma oportunidade histórica para analisar – de forma contextualizada, territorializada e participativa – os modos de intervenção em saúde na vida social e nos processos de trabalho do povo brasileiro sendo o propósito maior dessas Conferências o debate e a construção democrática de diretrizes para formulação de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

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

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

Desde o final da década de 1980, os movimentos se inspiraram na radicalização da democracia, propuseram mudanças que passa pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, ou seja, na forma como as PPs são implementadas no cotidiano implicando, sobremaneira, na reorganização das práticas de saúde.

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

Pensar cidades saudáveis, ou territórios saudáveis e sustentáveis, é uma agenda e tarefa que deve ser considerada na construção de uma PNVS. Este debate ganhou envergadura por ocasião da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA) promovida em 2009. Essas agendas ajudam a (re)pensar o papel da VS para além dos muros do SUS.

Nessa perspectiva, cabe à 1ª CEVS e a 1ª CNVS a tarefa de propor um conjunto articulado de intervenções sócio-culturais, econômicas e ambientais visando a redução de riscos e agravos em saúde, contribuindo para repensar o modelo de desenvolvimento social e econômico e o modelo de atenção à saúde ainda hegemônicos no país.

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

Para cumprir essa importante missão, o conhecimento e a participação dos(as) trabalhadores(as) são essenciais aos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, monitoramento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras de riscos e agravos relacionados ao trabalho. Ademais, requer o fortalecimento da representação dos(as) trabalhadores(as) nas instâncias de participação e controle sociais institucionalizadas ou não.



Outro aspecto importante para a efetivação da VS participativa e democrática para o enfrentamento das iniquidades sociais em saúde é a conquista do Direito à Comunicação em Saúde. Nesse sentido, o CNS promoveu em abril de 2017 a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde que consolidou como entendimento em seu relatório final:

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

Em face do exposto e de forma conclusiva, as soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde devem ser pensadas para além do setor saúde. O debate deve ser ampliado e adentrar intersetorialmente nas PPs como, por exemplo, na política macroeconômica brasileira que ao destinar historicamente, como regra inabalável, quase metade do Produto Interno Bruto(PIB) nacional para o pagamento dos títulos da dívida pública que indiscutivelmente não traz retorno algum à sociedade brasileira, drena recursos das PPs - Políticas Públicas de Saúde sociais comprometendo o cumprimento das obrigações constitucionais do SUS fato que agrava, ainda mais, as situações de vulnerabilidades e iniquidades nos territórios. A compreensão desse contexto perverso é um desafio imposto aos indivíduos, grupos e movimentos sociais progressistas que buscam superar o histórico de exclusão e de estigmas sociais. Pensar, portanto, em uma PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde de forma participativa e democrática necessariamente exige o (re)pensar do modelo de atenção



## DIRETRIZES METODOLÓGICAS PARA A 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CEVS)

### 1. DOS OBJETIVOS

A 1ª CEVS tem como objetivos:

- I – Propor diretrizes para a formulação da PEVS - Política Estadual de Vigilância em Saúde e PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento das ações de Promoção e Proteção da saúde;
- II – Refletir e problematizar os princípios e diretrizes do SUS no âmbito da formulação da PEVS e PNVS centrada no direito à Promoção e Proteção da Saúde alicerçada em um SUS público e de qualidade;
- III – Refletir e problematizar o papel da VS na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a RAS;
- IV – Discutir estratégias que possam fortalecer o território, Regional e Macrorregional, como espaço fundamental para a implementação da política e práticas da VS;
- V – Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde, redução de riscos, prevenção e controle de agravos e doenças, inclusive, as negligenciadas;
- VI – Fortalecer a participação da sociedade e a prática do controle social na VS;
- VII – Discutir as responsabilidades do Estado e da sociedade com a VS.

### 2. DO TEMA CENTRAL

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

### 3. DOS EIXOS TEMÁTICOS

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

- I – Subeixo 1 – O Lugar da VS no SUS;
- II – Subeixo 2 – Responsabilidades do Estado e dos governos com a VS;
- III – Subeixo 3 – Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na VS;
- IV – Subeixo 4 – VS participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde.

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

3.2. Esse documento norteará as discussões considerando o debate acumulado pelo Cesau, Conselhos Municipais de Saúde e pela CMRVS para apresentar propostas para a 1ª CEVS e 1ª CNVS.

### 4. DA PARTICIPAÇÃO

4.1. A composição do conjunto de delegados(as) e convidados(as) das CMRVS e 1ª CEVS buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

- a) gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;
- b) étnico-raciais, em especial da população negra e indígena, além das comunidades originárias e tradicionais, respeitado seu peso demográfico e especificidades regionais e locais;
- c) populações rurais, do campo e da floresta, das águas e das periferias urbanas;
- d) entidades, coletivos e movimentos de jovens, de idosos e aposentados;
- e) grupos, associações e movimentos de pessoas com deficiência, patologias e doenças raras ou negligenciadas.



4.2. As CMRVS e a 1ª CEVS deverão respeitar os critérios de equidade citados nos itens 3.2.1. (a, b, c, d, e) acima, obrigatoriamente, atendendo o princípio da paridade:

- a) 50% de representantes de usuárias e usuários,
- b) 25% de representantes das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde; e
- c) 25% de representantes de gestores(as) e prestadores de serviços de saúde.

4.3. Os debates sobre o tema e os subeixos da 1ª CEVS serão apoiados pelo documento orientador aprovado pelo pleno do Cesau - CE.

4.4. Em todas as Etapas das 1ª CMRVS e 1ª CEVS deverão ser assegurados plena acessibilidade, acolhimento e respeito adequado aos participantes, especialmente, às pessoas com deficiências, considerando aspectos arquitetônicos, programáticos, comunicacionais e alimentares, dentre outros.

4.5. A realização das Conferências Livres deverão observar o cronograma aprovado pelo pleno do CESAUI em sua reunião ordinária imediatamente anterior a realização do evento conforme Resolução Nº. 44/2017 de 10 de Julho de 2017.

## 5. DA ETAPA MACRORREGIONAL

5.1. As Conferências Macrorregionais são etapas preparatórias à 1ª CEVS devendo ter ampla divulgação sendo abertas à participação de todos(as) na condição de delegados(as) ou convidados(as).

5.1.1. O conjunto dos(as) delegados(as) macrorregionais deverão ser eleitos/indicados pelos municípios respeitando o princípio da paridade e a proporcionalidade do contingente populacional municipal na macrorregião de saúde conforme tabela em anexo II (*Ver tabela do quantitativo de participantes por município*).

5.1.2. O conjunto dos(as) convidados(as) macrorregionais cujo limite máximo será 15% (quinze por cento) do número de delegados(as) devem ser indicados pela Comissão Organizadora Macrorregional, independente do segmento representativo, considerando a relevância dos diversos sujeitos com a construção da temática. Anexo II (*ver tabela do quantitativo de participantes convidados(as) por macrorregiões*).

5.2. Cada Macrorregião de Saúde realizará sua 1ª CMRVS articulando, acompanhando e respeitando à autonomia dos municípios quando resolverem realizar suas Conferências, Plenárias e/ou Reuniões ampliadas.

TABELA DE QUANTITATIVO DE CONVIDADOS E DELEGADOS POR MACRORREGIONAL				
COORDENADORIAS MACRORREGIONAIS	MUNICÍPIO SEDE	CONVIDADOS	DELEGADOS	TOTAL DE PARTICIPANTES
1ª MACRO FORTALEZA	FORTALEZA	43	288	331
2ª MACRO SOBRAL	SOBRAL	36	224	260
3ª MACRO CARIRI	JUAZEIRO	28	188	216
4ª MACRO LITORAL LESTE	RUSSAS	12	80	92
5ª MACRO SERTÃO CENTRAL	QUIXADÁ	12	80	92

5.3. Nas CMRVS serão eleitos os delegados titulares e suplentes para a 1ª CEVS conforme item

5.4. Os municípios indicarão seus representantes para a 1ª CMRVS enviando a relação à Comissão Organizadora da 1ª CMRVS com antecedência de até 10 (dez) dias da realização devidamente identificados com nome completo, CPF, contatos (telefone e e-mail) e as propostas caso discutidas e aprovadas no âmbito municipal.

5.4.1. Em hipótese alguma, as etapas municipais elegerá delegados(as) à 1ª CEVS.



5.5. A programação de cada CMRVS terá como tema, eixo principal, subeixos os objetivos da 1ª CNVS devendo ser encaminhada à Comissão Organizadora da 1ª CEVS, com no máximo, 15 (quinze) dias de antecedência conforme descritos no item I que orienta a organização de atividades para permitir e estimular a participação e o livre debate em suas várias dimensões.

5.6. Os debates na 1ª CMRVS terão como referência o documento orientador, compreendido como instrumento de apoio ao debate, aprovado pelo CNS, reformulado pela Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS e aprovado pelo Pleno Cesau sem prejuízo de outros textos.

5.7. Sugere-se que as Macrorregionais utilizem, em especial, nos Grupos de Trabalho e Plenária Final, metodologias que contemplem o debate e cumpram os objetivos descritos nos itens IV e V do art. 1º.

5.8. Os participantes dividir-se-ão em Grupos de Trabalho (GT), responsáveis pela construção, análise e aprovação das propostas que subsidiarão a Etapa Estadual considerando suas afinidades e escolhas quanto aos subeixos temáticos além da capacidade/limitações do espaço físico onde ocorrerão as CMRVS.

5.9. Os GT serão acompanhados por uma equipe de facilitadores (conselheiros, técnicos e pessoas de notório saber), indicados pela Comissão Organizadora da 1ª CMRVS e do Cesau - CE que auxiliará os trabalhos em cada eixo temático.

5.10. O eixo principal e subeixos poderão ser trabalhados de modo agregado desde que seja garantido o debate de todos os temas propostos, preferencialmente, em GT cujos resultados devem ser consolidados, sistematizados e hierarquizados, no máximo, em 12 (doze) propostas e deliberações por subeixo temático e seus respectivos níveis federativos de competências para apresentação à Plenária Final.

5.10.1. Consideram-se aprovadas compondo o Relatório Final da 1ª CMRVS as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis nos GT de cada Eixo Temático.

5.10.2. As propostas que obtiverem entre 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) serão apreciadas pela plenária final.

5.10.3. As propostas que obtiverem menos de 50% (cinquenta por cento) dos votos serão consideradas não aprovada e constarão apenas no relatório final da etapa macrorregional.

5.10.4. Não será permitido o envio de mais de 12 (doze) propostas por subeixo temático. Caso existam mais de 12 (doze) propostas, os GT deverão selecionar as mais votadas.

5.10.5. Caso os GT não consigam aprovar 12 (doze) propostas caberá a Plenária Final analisar, deliberar, construir e aprovar a quantidade de novas propostas necessárias para atingir ao limite preconizado.

5.11. Os(as) coordenadores(as) das Comissões de Organização das CMRVS devem encaminhar e cadastrar no *link on-line* disponibilizado pelo Cesau os respectivos Relatórios Finais (RF) contendo o consolidado de propostas/deliberações por subeixo temático e seus respectivos níveis de competência e a relação de delegados eleitos, titulares e suplentes, devidamente identificados em formulário próprio – nome completo, CPF, RG, Data de Nascimento e contatos (telefone e *e-mail*) - à Comissão Organizadora da 1ª CEVS, no prazo máximo de 24h da realização do evento, na forma disponibilizada no Regimento Interno aprovado pelo pleno do Cesau - CE. Após este prazo, o sistema será fechado não havendo possibilidade de prorrogação para inscrições de delegados e envio de propostas.

5.12. A consolidação dos relatórios das Etapas Macrorregionais pela Comissão de Relatoria da 1ª CEVS e o Documento Orientador aprovado pelo pleno do Cesau, sem prejuízo de outros textos, subsidiarão a realização e os debates da Etapa Estadual. (Anexo I)

## **6. DA ESCOLHA DOS(AS) DELEGADOS(AS) DA MACRORREGIONAL PARA ETAPA ESTADUAL – CEVS**

6.1. Ao final das CMRVS serão eleitos 520 (quinhentos e vinte) delegados titulares e 15% (quinze por cento) de suplentes para a 1ª CEVS proporcionalmente ao contingente populacional de cada município na respectiva macrorregião e o princípio da paridade por segmento representativo conforme tabela no anexo II (*Ver tabela do quantitativo de participantes por município*).



6.2. A eleição dos(as) delegados(as) para a 1ª CEVS ocorrerá mediante realização simultânea de 3 (três) plenárias, uma para cada segmento representativo: usuários(as), profissionais de saúde e governo/prestadores de serviços, em cada uma das 5 (cinco) CMRVS da seguinte forma:

6.2.1. A composição das plenárias para eleição dos(as) delegados(as) à 1ª CEVS será restrita aos participantes da CMRVS conforme os segmentos representativos;

6.2.2. Nas CMRVS cada segmento representativo reunir-se-á e elegerá seus delegados obedecendo os princípios da paridade e da proporcionalidade populacional conforme as vagas dispostas no anexo II; tabela do quantitativo de vagas por macro.

6.2.3. As plenárias serão coordenadas por uma mesa composta por um(a) coordenador(a) e um(a) relator(a), designados entre os membros da Comissão Organizadora Macrorregional e Comissão de Formulação e Relatoria do Cesau - CE presentes e que não sejam candidatas à eleição dos(as) delegados(as). Em sendo todos os membros candidatos(as), a Comissão Organizadora Macrorregional e a Comissão de Formulação e Relatoria do Cesau - CE providenciarão a indicação do(a) Coordenador(a) e Relator(a).

6.2.4. A presença dos(as) candidatos (as) a delegados(as) estaduais nas plenárias de eleição será registrada por lista de frequência assinada e confirmada na lista oficial pela Comissão Organizadora.

6.2.5. Os(as) delegados(as) eleitos(as) em cada plenária macrorregional por segmento representativo serão homologados(as) na plenária final.

6.3. A comissão organizadora da CMRVS e os representantes do Cesau, em cada plenária macrorregional assumirá a função de conduzir as discussões e o processo de eleição dos(as) delegados(as) titulares e suplentes dos respectivos segmentos representativos.

6.4 – Até 15% (quinze por cento) dos delegados eleitos à 1ª CEVS serão considerados suplentes considerando rigorosamente a ordem decrescente de votação e o princípio da paridade para suprir eventuais substituições;

## 7. DA ETAPA ESTADUAL

7.1. A 1ª CEVS constitui etapa preparatória à 1ª CNVS.

7.2. Somente poderão participar da 1ª CEVS os delegados(as) eleitos(as) nas etapas macrorregionais, salvo os (as) delegados (as) natos (as) do Conselho Estadual de Saúde e convidados nomeados pela Comissão Executiva da 1ª CEVS.

7.3. A Etapa Estadual será composta por Plenária de Abertura com a realização da Palestra Magna, Leitura do Regimento, GT por eixo temático, Plenária de Eleição dos(as) Delegados (as) por segmento representativo à 1ª CNVS, Plenária Final para aprovação das propostas, apresentação e homologação dos delegados.

### Distribuição de Delegados Eleitos na 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde por Macrorregião de Saúde para 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Tabela II

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Fortaleza	4.680.920	52,2	28	14	7	7
Sobral	1.634.050	18,2	12	6	3	3
Cariri	1.468.977	16,4	8	4	2	2
Sertão Central	640.179	7,1	4	2	1	1
Litoral Leste/Jaguaribe	539.537	6,0	4	2	1	1
<b>Total</b>	<b>8.963.663</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

Fonte: População IBGE Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) 2016

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido 56 delegados para etapa Nacional. Para a repartição desses delegados a nível macrorregião foi aplicado o critério de proporcionalidade populacional tomando referência a Estimativa da População calculada pelo IBGE para ser utilizada no TCU; sendo esse número ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade.



7.4. Os delegados estaduais serão divididos nos GT por subeixos temáticos conforme inscrição prévia na etapa macrorregional cuja responsabilidade será analisar, problematizar, construir, inclusive; se for o caso, aprovar novas propostas subsidiadas pela consolidação das propostas oriundas das etapas macrorregionais realizada pela Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS.

7.5. Os GT de cada subeixo temático deliberarão e hierarquizarão no máximo 12 (doze) propostas com os respectivos níveis de competência cabendo à Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS sistematizá-los mediante associação de propostas de mesmo conteúdo e identificação de propostas conflitantes e/ou desconexas para apresentação à Plenária Final da 1ª CEVS.

7.5.1. Considera-se aprovadas, compondo o RF da 1ª CEVS, as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis nos GT de cada Eixo Temático.

7.5.2. As propostas que obtiverem entre 50 % (cinquenta por cento) e menos de 70 % (setenta por cento) serão apreciadas pela plenária final.

7.5.3. As propostas que obtiverem menos de 50 % (cinquenta por cento) dos votos serão consideradas não aprovada e constarão apenas no relatório final da Etapa Estadual.

7.5.4. Não será permitido o envio de mais de 12 (doze) propostas por eixo temático. Caso existam mais de 12 (doze) propostas, os GT deverão selecionar as mais votadas.

7.5.5. Caso não seja possível aprovar 12 (doze) propostas nos GT, caberá a Plenária Final analisar, deliberar, construir e aprovar a quantidade de novas propostas necessárias para atingir ao limite preconizado para envio à 1ª CNVS.

7.5. Os GT serão acompanhados por uma equipe de facilitadores (conselheiros estaduais de saúde, técnicos e pessoas de notório saber), indicados pela Comissão de Relatoria da 1ª CEVS que auxiliará na dinâmica dos trabalhos de cada subeixo temático.

7.6. O Relatório Estadual consolidado conterá a sistematização dos Relatórios Finais das etapas Macrorregionais e Estadual organizado em diretrizes e propostas direcionadas aos 3 (três) entes federativos devendo constar a lista dos delegados titulares e suplentes à 1ª CNVS devidamente identificados em formulário próprio com nome completo, CPF e contatos (telefone e e-mail) garantida a paridade dos delegados(as) por segmento representativo para a participação na etapa nacional.

7.7. A Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS elaborará o Relatório Final que será cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e, simultaneamente, encaminhado à Comissão de Organização da 1ª CNVS, exclusivamente, por meio eletrônico, no endereço e-mail ([cns@saude.gov.br](mailto:cns@saude.gov.br)) da 1ª CNVS, até 10 dias da realização da Etapa Estadual.

7.8. As despesas decorrentes da realização das 5 (cinco) CMRVS e da 1ª CEVS ocorrerão às expensas da dotação orçamentária do Fundes

## 8. DA ESCOLHA DOS DELEGADOS PARA ETAPA NACIONAL – CNVS

8.1. Conforme Resolução nº 535/2016-CNS de 19 de agosto de 2016, representarão o Estado do Ceará na 1ª CNVS 56 (cinquenta e seis) delegados titulares eleitos na Plenária de Eleição dos (as) Delegados(as) por segmento representativo da 1ª CEVS respeitando o princípio da paridade dos segmentos representativos e a proporcionalidade populacional por macrorregião na etapa estadual conforme segue: 28 (vinte e oito) do segmento de usuários, 14 (quatorze) do segmento de profissionais de saúde e 14 (quatorze) dos segmentos gestor e prestador dos serviços de saúde.

8.2. A eleição dos(as) delegados(as) para a 1ª CNVS ocorrerá mediante realização simultânea de 15 (quinze) plenárias por segmentos representativos da seguinte forma:

8.2.1. A composição das plenárias para eleição dos(as) delegados(as) à 1ª CNVS será restrita aos(as) delegados(as) dos segmentos representativos: usuários, profissionais de saúde, governo/prestadores de serviços eleitos em cada uma das 5 (cinco) CMRVS e dos(as) delegados(as) natos do Conselho Estadual de Saúde.



8.2.2. Cada segmento representativo reunir-se-á por macrorregião e elegerá seus(as) delegados(as) obedecendo as vagas dispostas no anexo abaixo:

### Distribuição de Delegados por Macrorregião de Saúde do Ceará para a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS - Tabela I

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Fortaleza	4.680.920	52,2	<b>224</b>	112	56	56
Sobral	1.634.050	18,2	<b>96</b>	48	24	24
Cariri	1.468.977	16,4	<b>92</b>	46	23	23
Sertão Central	640.179	7,1	<b>56</b>	28	14	14
Litoral Leste/Jaguaribe	539.537	6,0	<b>52</b>	26	13	13
<b>Total</b>	<b>8.963.663</b>	<b>100</b>	<b>520</b>	<b>260</b>	<b>130</b>	<b>130</b>

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2016

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido a previsão inicial de 508 Delegados à Etapa Estadual por recomendação do Cesau. Para o cálculo do número de delegados por macrorregião foi utilizada a aplicação do critério de proporcionalidade da população, levando em consideração os 508 delegados e a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2016); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 520 delegados para a Conferência Estadual.

8.2.3. Somente poderão participar da 1ª CNSV como delegados estaduais, os eleitos na etapa estadual.

8.2.4. As plenárias estaduais de eleição de delegados(as) por segmento representativo para 1ª CNVS serão coordenadas por uma mesa composta por um(a) coordenador(a) e um(a) relator(a), designados entre os membros da Comissão Organizadora e Comissão de Formulação e Relatoria do Cesau presentes e que não sejam candidatos(as) à eleição dos(as) delegados(as) nacionais. Em sendo todos os membros candidatos(as), a Comissão Organizadora e a Comissão de Formulação e Relatoria do Cesau providenciarão a indicação do(a) Coordenador(a) e Relator(a).

8.2.5. A presença dos(as) candidatos(as) a delegados(as) nacionais nas plenárias estaduais de eleição para 1ª CNVS será registrada por lista de frequência assinada e confirmada como a lista oficial da Comissão Organizadora do Cesau - CE.

8.2.6. Em cada uma das 15 (quinze) plenárias por segmentos representativos para a 1ª CNVS as comissões assumirão a função de conduzir as discussões e o processo de eleição dos(as) delegados(as) titulares e suplentes dos respectivos segmentos.

8.2.7. Os(as) delegados(as) eleitos(as) em cada uma das 15 (quinze) plenárias por segmentos representativos serão apresentados(as) e homologados(as) na Plenária Final da 1ª CEVS.

8.2.8. Até 15% (quinze por cento) dos delegados eleitos à 1ª CNVS serão considerados suplentes considerando rigorosamente a ordem decrescente de votação e o princípio da paridade para suprir eventuais substituições;

## 9. DAS MOÇÕES

9.1. As moções encaminhadas, exclusivamente por delegadas, deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão estadual ou nacional e, devem ser apresentadas, em formulário próprio, à Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS até o dia 26/10/2017 de 09h às 12h, redigidas em, no máximo, 1 (uma) lauda, fonte 12, espaço simples conforme modelo disponível participação na Conferência.



9.1.1. Cada moção deverá ser assinada por, no mínimo, 16 assinaturas dos delegados (as) credenciados (as) e presentes nos GT das Conferências macrorregionais de Vigilância em Saúde e 52 assinaturas dos delegados (as) credenciados (as) e presentes nos GT da Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.

9.1.2. A aprovação das moções será por maioria simples das delegadas credenciadas e presentes na Plenária Final.

9.1.3. Concluída a apreciação das moções, as delegadas eleitas nas plenárias por segmento serão apresentadas aos participantes da plenária final e homologada a eleição com encerramento da 1ª CEVS.

## **10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

10.1. Serão conferidos os certificados de participação na 1ª CEVS aos membros da Comissão Organizadora, os delegados (as), convidados (as) e expositores, especificando a condição da

10.2, Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora.

## **11. DA CONSULTA PÚBLICA**

11.1. Todos os instrumentos constitutivos, normativos e metodológicos da Etapa Estadual – 1ª CEVS serão disponibilizados para pesquisa e o Regimento será objeto de consulta virtual cujos resultados serão consolidados e sistematizados pela Comissão de Formulação e Relatoria que submeterá para apreciação final pelo Pleno do Cesau no dia 09 de outubro de 2017 nos termos de seu Regimento.



## Regimento da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde, em sua 452ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Nº 15.559 de 11 de março de 2014, resolve:

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

### CAPÍTULO I

#### DANATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. A 1ª Conferência Estadual de Vigilância Saúde – 1ª CEVS, convocada pela Portaria nº 2088 /2017/SESA para 25 a 26 de Outubro de 2017, tem como objetivo propor diretrizes para formulação da Política Municipal e Estadual de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde.

### CAPÍTULO II

#### SEÇÃO I

##### DA REALIZAÇÃO

Art. 2º. A 1ª CEVS terá abrangência estadual, mediante a realização das Etapas Macrorregionais, assim como Conferências Livres, conforme abaixo:

I – Etapa Estadual – de 25 e 26 de outubro de 2017;

II – As etapas macrorregionais deverão ser realizadas entre 25 de agosto a 13 de Outubro 2017;

III – Conferências Livres – 12 de setembro e 16 de Outubro de 2017, respectivamente;

IV – o cronograma geral da 1ª CEVS será aprovado por meio de Resolução do Conselho Estadual de Saúde;

§ 1º. Considera-se Macrorregiões de Saúde, para fins desta Conferência, aquelas definidas no Plano Diretor de Regionalização de Saúde, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite do Ceará – CIB/CE conforme Resolução Nº 59-A/2016–CIB/CE.

§ 2º. A Etapa Estadual será precedida de Conferências Macrorregionais e Conferências Livres.

§ 3º. O Conselho Estadual de Saúde do Ceará, deverá informar à Comissão Organizadora Nacional, o cronograma de realização das Conferências Macrorregionais e Estadual.

§ 4º. O descumprimento dos prazos e/ou realização das etapas previstas neste regimento, por alguma Macrorregião de Saúde, não constituirá impedimento para a realização da Etapa Estadual.

Art. 3º. Os Municípios que optarem por realizar suas Conferências, Reuniões Ampliadas e/ou Discussões, terão estas etapas como parâmetro de indicação dos seus representantes para a Etapa Macrorregional, respeitando a tabela em anexo deste documento.

§1º. Em hipótese alguma, as etapas municipais elegerá delegados(as) à 1ª CEVS.

§2º. As Conferências, Reuniões Ampliadas e/ou Discussões nos Municípios, terão por objetivo reunir e discutir as propostas para a Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações da Vigilância em Saúde, de acordo com as sugestões do Documento Orientador da 1ª CNVS;

§3º. Para participação da 1ª CEVS os Municípios deverão obrigatoriamente participar da 1ª CMRVS.

Art. 4º. Os Municípios que enviarem delegação municipal para a 1ª CMRVS concorrerão em iguais condições com os participantes desta etapa para a 1ª CEVS.

#### SEÇÃO II

##### DA ETAPA MACRORREGIONAL

Art. 5º. A Etapa Macrorregional terá por objetivo elaborar propostas para a Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações da Vigilância em Saúde, de acordo com as sugestões do Documento Orientador da 1ª CEVS;



§1º. A Comissão Organizadora da 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde – 1ª CMRVS, será responsável pela realização da Etapa Macrorregional, com o acompanhamento do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 6º. As Comissões Organizadoras da Etapa Macrorregional serão compostas por representantes dos Conselhos Municipais dos municípios-sede das Regiões de Saúde, representantes das Secretarias Municipais de Saúde/Vice-Presidentes Regionais do Cosems-CE, representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde e 1(um) técnico de Vigilância em Saúde.

§1º. Cada Comissão Organizadora da 1ª CMRVS, designará Relatores que serão responsáveis, além de todos os registros da 1ª CMRVS, consolidação das propostas, o relatório final e a lista dos (as) delegados (as) eleitos (as) para a Etapa Estadual, cumprindo-se os prazos previstos neste Regimento.

§2º. Os Relatores das 1ª CMRVS serão credenciados pela Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS, onde terão acesso ao link, on-line, para emissão das propostas, inscrição dos(as) delegados(as) e escolha dos eixos para a 1ª CEVS.

## SEÇÃO IV

### DA ETAPA ESTADUAL

Art. 7º. A Etapa Estadual terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador, nos Relatórios das Conferências Macrorregionais, aprovará propostas para Etapa Nacional e encaminhará à Comissão Organizadora Nacional, o respectivo Relatório Final.

Parágrafo Único. Deverá constar no relatório final da Etapa Estadual o quantitativo de participantes de todas as atividades realizadas referente à Etapa Macrorregional e das Conferências Livres.

Art. 8º. O Conselho Estadual de Saúde definirá o número de delegados (as) por Macrorregião de Saúde que participarão da Etapa Estadual, observando a paridade prevista na Resolução N° 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução N° 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde e Relatório Final da 7ª Conferência Estadual de Saúde, respectivamente *disponível em: [https://drive.google.com/open?id=0B\\_wI-HVj2ELgVzRLa3dzZGZEd1U](https://drive.google.com/open?id=0B_wI-HVj2ELgVzRLa3dzZGZEd1U)*

Art. 9º. Na Etapa Estadual só poderão participar os (as) delegados (as) eleitos (as) nas Conferências Macrorregionais e os Conselheiros Estaduais de Saúde, entre titulares e suplentes, natos, e convidados(as) do Cesau-CE, obedecendo à paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução n° 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará.

§1º Os (as) Conselheiros (as) Estaduais de Saúde do Ceará, delegados (as) natos (as) são:

I – Conselheiros (as) estaduais titulares e suplentes;

Art. 10º. As inscrições dos (as) delegados (as) da Etapa Estadual, eleitos (as) para participarem da 1ª CNVS, serão realizadas pela Comissão Organizadora da Conferência Estadual – 1ª CEVS.

Art. 11. A 1ª CEVS será realizada em Fortaleza – Ce.

§1º. A Programação, Carta de Apresentação aos Participantes, Resolução, Portarias de Convocação e das Comissões, proposto pela Comissão de Formulação e Relatoria, deverão ser aprovados pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde e anexada ao Regimento.

§2º. O Regimento Interno, Manual Orientador para a 1ª CEVS e o Sistema Virtual de Envio de Propostas/Delegados (as) proposto pela Comissão de Formulação e Relatoria e Comissão de Comunicação e Mobilização deverão ser aprovados pelo Pleno do Cesau.

§3º. Após aprovação e homologação dos documentos citados no §1º e §2º pelo Pleno do Cesau serão disponibilizados de forma *on-line* no site para pesquisa, por tempo indeterminado.

## SEÇÃO V

### DAS CONFERÊNCIAS LIVRES

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



Parágrafo único. As Conferências Livres não elegerão delegados(as). Seu principal objetivo é apresentar sugestões para os eixos temáticos debatidos à Comissão Organizadora da Etapa correspondente.

### **CAPÍTULO III**

#### **DOS OBJETIVOS, TEMA CENTRAL E EIXOS DE DISCUSSÃO**

Art. 13. – A 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde (1ª CEVS) tem como objetivos:

- I – Propor diretrizes para a Formulação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento das ações de Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde;
- II – Refletir e problematizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da formulação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde, centrada no direito à Proteção e Prevenção da Saúde, e alicerçada em um SUS público e de qualidade;
- III – Definir o papel da Vigilância em Saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;
- IV – Fortalecer o território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da Vigilância em Saúde;
- V – Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde;
- VI – Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde, redução de riscos, prevenção e controle de agravos e doenças, inclusive as negligenciadas;
- VII – Fortalecer a participação social na Vigilância em Saúde;
- VIII – Discutir as responsabilidades do Município, Estado e União com a Vigilância em Saúde.

Art. 14. A 1ª CEVS tem como tema central: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade” e eixo principal: “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro”.

2. Os subeixos da 1ª CEVS:

- I – O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS;
- II – Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde;
- III – Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde;
- IV – Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde;

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

§2º Os eixos e subeixos poderão sofrer ajustes respeitando o debate acumulado pelo Conselho Estadual de Saúde.

### **CAPÍTULO IV**

#### **DO FUNCIONAMENTO**

Art. 15. A 1ª CEVS será presidida pelo Secretário de Estado da Saúde do Ceará com a Coordenação Geral da Presidência do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 16. A Etapa Estadual será composta por Plenária de Abertura com a realização da Palestra Magna, Leitura do Regimento, GT por eixo temático, Plenária de Eleição dos(as) Delegados (as) por segmento representativo à 1ª CNVS, Plenária Final para aprovação das propostas, apresentação e homologação dos delegados.

Parágrafo único. Após a realização da Etapa Estadual, por um período de até 1 (um) ano, o Conselho Estadual de Saúde, desenvolverá atividades de monitoramento e devolutivas das deliberações da 1ª CEVS.



Art. 17. O relatório da Conferência Estadual deverá ser apresentado à Comissão Organizadora Nacional da 1ª CNVS, até 10 (dez) dias do término da referida etapa.

§1º As propostas das Etapas Macrorregionais deverão conter, no máximo, 12 (doze) propostas por eixos, a serem enviadas através de formulário via internet *link* disponibilizado pelo Cesau - CE conforme Manual Orientador.

§2º Os (as) delegados (as) eleitos (as) das Etapas Macrorregionais serão enviadas através de formulário, com seus respectivos dados pessoais (nome completo, RG, CPF, Data de Nascimento, Telefone de Contato, *e-mail*), via internet.

§ 3º Caberá à Comissão Organizadora da 1ª CMRVS, elaborar um Relatório Consolidado da Etapa Macrorregional, para monitoramento e devolutivas das deliberações das suas respectivas conferências e enviados para o arquivamento do Cesau-CE por um prazo de quatro anos para o seu acompanhamento e monitoramento, como também para consultas e pesquisas pelas áreas correspondentes.

§ 4º A Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS consolidará as propostas das Conferências Macrorregional considerando as que se relacionam com o tema central, em um total de 12 (doze) propostas.

## **CAPÍTULO V DAS COMISSÕES**

Art. 18. A 1ª CEVS será conduzida pelas seguintes comissões:

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

§1º A Comissão Executiva terá os seguintes representantes:

I – Presidente – Secretário de Saúde do Estado do Ceará

II – Coordenação Geral – Presidente do Conselho Estadual de Saúde

III – Coordenador Adjunto – Membro da Câmara Técnica de Acompanhamento de Regionalização da Assistência do SUS – Canoas

IV – Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde

§2º A Comissão Organizadora da 1ª CEVS será composta por membros podendo ou não ser conselheiros (as);

## **CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES**

Art. 19. À Comissão Executiva compete:

I – Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

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

III – garantir as condições da infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CEVS;

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

V – Prestar contas à Comissão Organizadora dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões estaduais na participação das etapas preparatórias e Conferências Macrorregionais;

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

VII – Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 1ª CEVS;

VIII – Propor a lista dos (as) convidados (as) citados no §1º do artigo 10, obedecendo a paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde.



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

Art. 20. À Comissão Organizadora da 1ª CEVS compete:

I – Promover, coordenar e supervisionar a realização da 1ª CEVS, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentando as propostas para deliberação do Conselho Estadual de Saúde do Ceará;

II – Elaborar e propor:

a) apreciar a prestação de contas realizada pela Comissão Executiva; e

b) resolver as questões julgadas pertinentes não previstas nos itens anteriores;

III – acompanhar a disponibilidade da organização, da infraestrutura e do orçamento da Etapa Estadual; e

IV – Estimular, monitorar e apoiar a realização das Etapas Macrorregionais da Conferência de Vigilância em Saúde.

Art. 21. À Comissão de Formulação e Relatoria compete:

I – Elaborar e propor o Regimento da 1ª CEVS

II – Elaborar e propor o método para consolidação das Propostas das Etapas Macrorregionais e da Plenária Final da Etapa Estadual;

III – Consolidar as Propostas da Etapa Macrorregional;

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

V – Elaborar o Relatório Final da 1ª CEVS;

VI – Propor metodologia para a etapa final da 1ª CEVS;

VII – Propor, encaminhar e coordenar a publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a 1ª CEVS;

VIII – Estimular e acompanhar o encaminhamento, em tempo hábil, das Propostas das Conferências Macrorregionais à Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS.

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

Art. 22. À Comissão de Comunicação e Mobilização compete:

I – Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 1ª CEVS e Conferências Livres, incluindo imprensa, Internet e outras mídias;

II – Promover a divulgação do Regimento da 1ª CEVS;

III – Orientar as atividades de comunicação social da 1ª CEVS e das Conferências Livres;

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

V – Divulgar a produção de materiais, da programação e o Relatório Final da 1ª CEVS;

VI – Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes nas etapas das 1ª CEVS e das Conferências Livres;

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

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

## **CAPÍTULO VII DOS PARTICIPANTES**

Art. 23. A 1ª CEVS contará com os seguintes participantes;

a) delegados (as) natos (as) do Conselho Estadual de Saúde, com direito a voz e voto;

b) delegados (as) eleitos (as) na Etapa Macrorregional da 1ª CEVS, conforme tabela em anexo; e

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

§1º Serão convidados (as) com direito a voz para a 1ª CEVS representantes de ONGs, entidades, instituições estaduais, nacionais, com atuação de relevância em vigilância em saúde e setores afins totalizando 40 (quarenta) convidados que serão indicados pela Comissão Executiva e aprovados pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde.



§2º A lista de convidados (as) será concluída até 30 (trinta) dias anteriores a data de realização da Etapa Estadual.

Art. 24. As inscrições dos (as) delegados (as) para a Etapa Estadual da 1ª CEVS deverão ser feitas pela Comissão Organizadora da Etapa Macrorregional até 24h após a realização do evento, via internet, pelo *link* disponibilizado pelo Cesau, em conformidade do §1º, art. 15.

Art. 25. A comunicação e credenciamento dos (as) delegados (as) suplentes eleitos (as) em substituição aos delegados (as) titulares eleitos (as) poderá ser efetuada no dia da Etapa Estadual, mediante apresentação de declaração da entidade/instituição, em conformidade do §1º do Art.8.

Art. 26. Os (as) participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 1ª CEVS, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

Art. 27. Os (as) delegados (as) que participarão da 1ª CEVS, serão credenciados no local do evento, no horário de 8h às 12h; mediante apresentação do comprovante de inscrição, enviado antecipadamente através do link disponibilizado pelo Cesau-CE ao Relator da 1ª CMRVS.

Art. 28. Os (as) delegados (as) suplentes e os convidados (as) serão credenciados posteriormente ao credenciamento de todos (as) os (as) delegados (as) titulares e natos (as), no horário de 14h às 17h.

Art. 29. Os (as) delegados (as) serão direcionados aos Grupos de Trabalho da 1ª CEVS conforme o Eixo escolhido na 1ª CMRVS e informado no formulário de inscrição, via internet, em conformidade do §2º, art. 15.

Parágrafo único – Não poderá haver alteração da escolha dos eixos, após a confirmação e envio on-line do formulário de inscrição para a participação à 1ª CEVS.

## **CAPÍTULO VIII DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Art. 30. As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Estadual da 1ª CEVS caberão à dotação orçamentária consignada a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

§1º O Conselho Estadual de Saúde arcará com as despesas referentes à alimentação de todos os delegados (as) e convidados (as) no local do evento.

§2º As despesas com o deslocamento dos delegados (as) eleitos nas macrorregionais de seus Municípios de origem até Fortaleza para participação da 1ª CEVS, serão de responsabilidade do Município e/ou entidades.

§3º As despesas com o deslocamento dos delegados (as) natos (as), do Conselho Estadual de Saúde, do município de origem até Fortaleza serão de responsabilidade do Cesau.

§4º Os delegados (as) natos (as) do Conselho Estadual de Saúde deverão informar antecipadamente ao Setor Financeiro do Cesau a opção para hospedagem ou pagamento de diárias nos dias da 1ª CEVS.

§5º O Conselho Estadual de Saúde não arcará com os custos da compra de passagens aéreas para o segmento de Gestão para a 1ª CNVS, ficando assim, a responsabilidade para a gestão de cada município.

§6º O Conselho Estadual de Saúde arcará com os custos da compra de passagens aéreas apenas para os segmentos de usuários e profissionais de saúde.

§7º As despesas com as Conferências Macrorregionais de Vigilância em Saúde caberão à dotação orçamentária consignada a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

§8º As demais despesas com a Conferências Estadual serão custeadas pelo Fundo Estadual de Saúde.

Parágrafo Único – O Conselho Estadual de Saúde não se responsabilizará por hospedagem, traslado, ajuda de custo e pagamento de diárias para delegados eleitos nas Conferências Macrorregionais, ficando assim, os Municípios e/ou entidades de origem com essa responsabilidade.



## **CAPÍTULO IX DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS**

Art. 31. São instâncias de deliberação na Etapa Estadual 1ª CEVS:

I – Os grupos de trabalho;

II – Plenária de Eleição de Delegados(as) Nacionais por segmentos representativos;

II – Plenária final.

§1º A proposta do regimento da Etapa Estadual será divulgada nos Conselhos Municipais, Comissão Organizadora da 1ª CMRVS e submetida a consulta virtual, até o dia 29 de Setembro de 2017.

Disponível: [www.cesau.saude.ce.gov.br](http://www.cesau.saude.ce.gov.br)

§2º As sugestões obtidas da consulta virtual a que se refere o §1º deste artigo serão sistematizadas pela Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CEVS.

§3º. O regimento da Etapa Estadual, sistematizado pela Comissão de Formulação e Relatoria após consulta virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, na Reunião do Pleno do Cesau - CE anterior a realização da Etapa Estadual.

§4º Ficam encerradas quaisquer alterações no regimento da 1ª CEVS após aprovação pelo Pleno do Cesau.

§5º Os grupos de trabalho serão compostos preferencialmente paritariamente nos termos da Resolução CNS no 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde, com participação de convidados (as), conforme §1º do Art.22, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§6º Os grupos de trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos das Propostas Macrorregionais consolidadas.

§7º A Plenária Final tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas consolidadas provenientes dos Grupos de Trabalho em conformidade ao documento orientador, bem como as moções de âmbito macrorregional e estadual, com um número mínimo de 52 (cinquenta e duas) assinaturas dos participantes presentes na Etapa Estadual.

Art. 32. O Relatório Final da Conferência Estadual – CEVS conterá as propostas aprovadas e não aprovadas nos Grupos de Trabalho, as Moções aprovadas e as não aprovadas com seus respectivos percentuais na Plenária Final da Etapa Estadual devendo conter diretrizes estaduais para o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde no Estado do Ceará.

Parágrafo Único. As propostas aprovadas na Plenária Final da 1ª CEVS, serão encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde, devendo ser amplamente divulgada, servindo de base para a etapa de monitoramento e avaliação.

## **CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 33. A metodologia para a realização das 1ª CMRVS e 1ª CEVS estará descrita no Manual Orientador elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde - Cesau.

Art. 34. As Comissões Organizadoras das 1ª CMRVS devem respeitar a distribuição de vagas previstas no documento orientador.

Art. 35. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora e Comissão de Formulação de Relatoria da 1ª CEVS.

Art. 36. As dúvidas quanto à aplicação deste Regimento nas Etapas Macrorregionais e Estaduais serão esclarecidas pela Comissão Organizadora e Comissão de Formulação de Relatoria da 1ª CEVS.



## DECRETO DE 12 DE NOVEMBRO DE 1991

Delega competência ao Ministro de Estado da Saúde para homologar as decisões do Conselho Nacional de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 12 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

### DECRETA:

Art. 1º É delegada competência ao Ministro de Estado da Saúde para homologar as decisões emanadas do Conselho Nacional de Saúde, nos termos do art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 12 de novembro de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

ANA LUCIA DA COSTA MELLO  
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Ceará

HENRIQUE JORGE JAVI DE SOUSA  
Secretário de Saúde do Estado do Ceará



# ANEXO I



FICHA DE CREDENCIAMENTO DO DELEGADO  
PARA I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Nome:

.....

Nome no Crachá: .....

Nº RG: ..... Órgão Expedidor: .....

Nº CPF: ..... Data de Nascimento: ...../...../.....

II. ENDEREÇO

Residencial: .....

Complemento: .....

Cidade:..... Estado: ..... CEP: .....

E-mail:.....

Telefone: ( ) ..... Celular: ( ) .....

Entidade: .....

Etnia: ..... Escolaridade: .....

III. DADOS DA REPRESENTAÇÃO Segmento representativo Usuários ( ) Profissionais de  
Saúde ( ) Prestador de Serviços ( ) Gestão ( )

IV. POSSUÍ ALGUMA PATOLOGIA: Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: .....

.....

V. PESSOA COM DEFICIÊNCIA : Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: .....

.....

Necessita de acompanhante: Não ( ) Sim ( ) Se sim, informe os dados a seguir:

Nome do Acompanhante: .....

Nome no Crachá do Acompanhante: .....

Nº RG Acompanhante:..... Órgão Expedidor: .....

CPF do Acompanhante: ..... Data de Nascimento:...../...../.....

Email do Acompanhante: .....

Telefone : ( ) ..... Celular: ( ) .....





## ANEXO II



Distribuição de delegados eleitos segundo município para a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde.  
Macrorregional de Saúde Fortaleza - Ceará

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Aquiraz	78.438	0,88	4	2	1	1
Eusébio	51.913	0,58	4	2	1	1
Fortaleza	2.609.716	29,11	96	48	24	24
Itaitinga	38.933	0,43	4	2	1	1
Apuiarés	14.644	0,16	4	2	1	1
Caucaia	358.164	4,00	16	8	4	4
General Sampaio	6.845	0,08	4	2	1	1
Itapagé	51.538	0,57	4	2	1	1
Paracuru	33.665	0,38	4	2	1	1
Paraipaba	32.256	0,36	4	2	1	1
Pentecoste	36.928	0,41	4	2	1	1
São Gonçalo do Amarante	47.791	0,53	4	2	1	1
São Luís do Curu	12.805	0,14	4	2	1	1
Tejuçuoca	18.709	0,21	4	2	1	1
Acarapé	16.418	0,18	4	2	1	1
Barreira	20.835	0,23	4	2	1	1
Guaiúba	26.091	0,29	4	2	1	1
Maracanaú	223.188	2,49	8	4	2	2
Maranguape	125.058	1,40	8	4	2	2
Pacatuba	81.627	0,91	4	2	1	1
Palmácia	13.022	0,15	4	2	1	1
Redenção	27.358	0,31	4	2	1	1
Aracoiaba	26.203	0,29	4	2	1	1
Aratuba	11.300	0,13	4	2	1	1
Baturité	35.154	0,39	4	2	1	1
Capistrano	17.621	0,20	4	2	1	1
Guaramiranga	3.632	0,04	4	2	1	1
Itapiúna	19.872	0,22	4	2	1	1
Mulungu	12.682	0,14	4	2	1	1
Pacoti	11.936	0,13	4	2	1	1
Amontada	42.508	0,47	4	2	1	1
Itapipoca	126.234	1,41	4	2	1	1
Miraima	13.507	0,15	4	2	1	1
Trairi	54.820	0,61	4	2	1	1
Tururu	15.768	0,18	4	2	1	1
Umirim	19.602	0,22	4	2	1	1
Uruburetama	21.411	0,24	4	2	1	1
Beberibe	52.719	0,59	4	2	1	1
Cascavel	70.574	0,79	4	2	1	1
Chorozinho	19.194	0,21	4	2	1	1
Horizonte	64.673	0,72	4	2	1	1
Ocara	25.261	0,28	4	2	1	1
Pacajus	69.877	0,78	4	2	1	1
Pindoretama	20.430	0,23	4	2	1	1
<b>Macrorregião Fortaleza</b>	<b>4.680.920</b>		<b>288</b>	<b>144</b>	<b>72</b>	<b>72</b>

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2016

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido a previsão inicial de 508 Delegados à Etapa Estadual por recomendação do Cesau. Para o cálculo do número de delegados por município foi utilizada a aplicação do critério de proporcionalidade da população, levando em consideração os 508 delegados e a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2016); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade, tendo como mínimo 4 delegados. Desse modo totalizando 288 delegados para a Conferência Macrorregional.



## Distribuição de delegados eleitos segundo município para a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde.

### Macrorregional de Saúde Sobral - Ceará

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Alcântaras	11.391	0,13	4	2	1	1
Carié	18.653	0,21	4	2	1	1
Catunda	10.331	0,12	4	2	1	1
Coreaú	23.000	0,26	4	2	1	1
Forquilha	23.801	0,27	4	2	1	1
Frecheirinha	13.606	0,15	4	2	1	1
Graça	15.300	0,17	4	2	1	1
Groaíras	10.931	0,12	4	2	1	1
Hidrolândia	20.136	0,22	4	2	1	1
Ipu	41.485	0,46	4	2	1	1
Irauçuba	23.704	0,26	4	2	1	1
Massapê	37.892	0,42	4	2	1	1
Meruoca	14.814	0,17	4	2	1	1
Moraújo	8.579	0,10	4	2	1	1
Mucambo	14.367	0,16	4	2	1	1
Pacujá	6.186	0,07	4	2	1	1
Pires Ferreira	10.730	0,12	4	2	1	1
Reriutaba	18.889	0,21	4	2	1	1
Santa Quitéria	43.359	0,48	4	2	1	1
Santana do Acaraú	31.814	0,35	4	2	1	1
Senador Sá	7.442	0,08	4	2	1	1
Sobral	203.682	2,27	8	4	2	2
Uruoca	13.600	0,15	4	2	1	1
Varijota	18.188	0,20	4	2	1	1
Acaraú	61.715	0,69	4	2	1	1
Bela Cruz	32.243	0,36	4	2	1	1
Cruz	23.833	0,27	4	2	1	1
Itarema	40.822	0,46	4	2	1	1
Jijoca de Jericoacoara	19.224	0,21	4	2	1	1
Marco	26.738	0,30	4	2	1	1
Morrinhos	22.067	0,25	4	2	1	1
Carnaubal	17.549	0,20	4	2	1	1
Croatá	17.802	0,20	4	2	1	1
Guaraciaba do Norte	39.301	0,44	4	2	1	1
Ibiapina	24.739	0,28	4	2	1	1
São Benedito	46.414	0,52	4	2	1	1
Tianguá	74.107	0,83	4	2	1	1
Ubajara	34.068	0,38	4	2	1	1
Viçosa do Ceará	59.487	0,66	4	2	1	1
Ararendá	10.800	0,12	4	2	1	1
Cratéis	74.350	0,83	4	2	1	1
Independência	25.962	0,29	4	2	1	1
Ipaporanga	11.499	0,13	4	2	1	1
Ipueiras	37.957	0,42	4	2	1	1
Monsenhor Tabosa	17.025	0,19	4	2	1	1
Nova Russas	31.954	0,36	4	2	1	1
Novo Oriente	28.288	0,32	4	2	1	1
Poranga	12.234	0,14	4	2	1	1
Quiterianópolis	20.777	0,23	4	2	1	1
Tamboril	25.560	0,29	4	2	1	1
Barroquinha	14.854	0,17	4	2	1	1
Camocim	62.734	0,70	4	2	1	1
Chaval	12.931	0,14	4	2	1	1
Granja	54.146	0,60	4	2	1	1
Martinópolis	10.990	0,12	4	2	1	1
<b>Macrorregião Sobral</b>	<b>1.634.050</b>		<b>224</b>	<b>112</b>	<b>56</b>	<b>56</b>

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2016.

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido a previsão inicial de 508 Delegados à Etapa Estadual por recomendação do Cesau. Para o cálculo do número de delegados por município foi utilizada a aplicação do critério de proporcionalidade da população, levando em consideração os 508 delegados e a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2016); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade, tendo como mínimo 4 delegados. Desse modo totalizando 224 delegados para a Conferência Macrorregional.



Distribuição de delegados eleitos segundo município para a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde.  
Macrorregional de Saúde Cariri - Ceará

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Baixio	6.214	0,07	4	2	1	1
Cedro	25.038	0,28	4	2	1	1
Icó	67.345	0,75	4	2	1	1
Ipaumirim	12.327	0,14	4	2	1	1
Lavras da Mangabeira	31.359	0,35	4	2	1	1
Orós	21.342	0,24	4	2	1	1
Umari	7.668	0,09	4	2	1	1
Acopiara	53.358	0,60	4	2	1	1
Cariús	18.807	0,21	4	2	1	1
Catarina	20.269	0,23	4	2	1	1
Deputado Irapuan Pinheiro	9.483	0,11	4	2	1	1
Iguatu	102.013	1,14	4	2	1	1
Jucás	24.540	0,27	4	2	1	1
Mombaça	43.678	0,49	4	2	1	1
Piquet Carneiro	16.599	0,19	4	2	1	1
Quixelô	14.903	0,17	4	2	1	1
Saboeiro	15.715	0,18	4	2	1	1
Abaiara	11.483	0,13	4	2	1	1
Aurora	24.548	0,27	4	2	1	1
Barro	22.361	0,25	4	2	1	1
Brejo Santo	48.451	0,54	4	2	1	1
Jati	7.827	0,09	4	2	1	1
Mauriti	46.335	0,52	4	2	1	1
Milagres	28.292	0,32	4	2	1	1
Penaforte	8.888	0,10	4	2	1	1
Porteiras	14.965	0,17	4	2	1	1
Altaneira	7.413	0,08	4	2	1	1
Antonina do Norte	7.253	0,08	4	2	1	1
Araripe	21.345	0,24	4	2	1	1
Assaré	23.191	0,26	4	2	1	1
Campos Sales	27.167	0,30	4	2	1	1
Crato	129.662	1,45	4	2	1	1
Farias Brito	18.789	0,21	4	2	1	1
Nova Olinda	15.310	0,17	4	2	1	1
Potengi	10.856	0,12	4	2	1	1
Salitre	16.248	0,18	4	2	1	1
Santana do Cariri	17.479	0,19	4	2	1	1
Tarrafas	8.875	0,10	4	2	1	1
Varzea Alegre	40.255	0,45	4	2	1	1
Barbalha	59.343	0,66	4	2	1	1
Caririaçu	26.876	0,30	4	2	1	1
Granjeiro	4.459	0,05	4	2	1	1
Jardim	27.074	0,30	4	2	1	1
Juazeiro do Norte	268.248	2,99	12	6	3	3
Missão Velha	35.326	0,39	4	2	1	1
<b>Macrorregião Cariri</b>	<b>1.468.977</b>		<b>188</b>	<b>94</b>	<b>47</b>	<b>47</b>

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2016

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido a previsão inicial de 508 Delegados à Etapa Estadual por recomendação do Cesau. Para o cálculo do número de delegados por município foi utilizada a aplicação do critério de proporcionalidade da população, levando em consideração os 508 delegados e a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2016); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade, tendo como mínimo 4 delegados. Desse modo totalizando 188 delegados para a Conferência Macrorregião.



Distribuição de delegados eleitos segundo município para a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde.  
Macrorregional de Saúde do Sertão Central - Ceará

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Boa Viagem	53.945	0,60	4	2	1	1
Canindé	77.261	0,86	4	2	1	1
Caridade	22.065	0,25	4	2	1	1
Itatira	20.484	0,23	4	2	1	1
Madalena	19.616	0,22	4	2	1	1
Paramoti	11.564	0,13	4	2	1	1
Banabuiú	17.968	0,20	4	2	1	1
Choró	13.340	0,15	4	2	1	1
Ibaretama	13.203	0,15	4	2	1	1
Ibicuitinga	12.242	0,14	4	2	1	1
Milhã	13.152	0,15	4	2	1	1
Pedra Branca	42.795	0,48	4	2	1	1
Quixadá	85.991	0,96	4	2	1	1
Quixeramobim	77.931	0,87	4	2	1	1
Senador Pompeu	26.496	0,30	4	2	1	1
Solonópole	18.127	0,20	4	2	1	1
Aiuaba	17.098	0,19	4	2	1	1
Arneiroz	7.774	0,09	4	2	1	1
Parambu	31.213	0,35	4	2	1	1
Tauá	57.914	0,65	4	2	1	1
<b>Macrorregião Sertão Central</b>	<b>640.179</b>		<b>80</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2016

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido a previsão inicial de 508 Delegados à Etapa Estadual por recomendação do Cesau. Para o cálculo do número de delegados por município foi utilizada a aplicação do critério de proporcionalidade da população, levando em consideração os 508 delegados e a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2016); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo o, para mais ou para menos, a atingir a paridade, tendo como mínimo 4 delegados. Desse modo totalizando 80 delegados para a Conferência Macrorregião.



Distribuição de delegados eleitos segundo município para a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde.  
Macrorregional de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe - Ceará

Macrorregião	População IBGE (TCU) 2016	% populacional	Número de delegados com distribuição paritária			
			Total	Usuários 50%	Trabalhadores 25%	Governo e prestadores 25%
Aracati	73.188	0,82	4	2	1	1
Fortim	16.115	0,18	4	2	1	1
Icapuí	19.554	0,22	4	2	1	1
Itaíçaba	7.698	0,09	4	2	1	1
Jaguetama	17.977	0,20	4	2	1	1
Jaguaruana	33.607	0,37	4	2	1	1
Morada Nova	61.722	0,69	4	2	1	1
Palhano	9.248	0,10	4	2	1	1
Russas	75.762	0,85	4	2	1	1
Alto Santo	16.927	0,19	4	2	1	1
Ererê	7.134	0,08	4	2	1	1
Iracema	14.098	0,16	4	2	1	1
Jaguaribara	11.200	0,12	4	2	1	1
Jaguaribe	34.503	0,38	4	2	1	1
Limoeiro do Norte	58.552	0,65	4	2	1	1
Pereiro	16.139	0,18	4	2	1	1
Potiretama	6.337	0,07	4	2	1	1
Quixerê	21.728	0,24	4	2	1	1
São João do Jaguaribe	7.670	0,09	4	2	1	1
Tabuleiro do Norte	30.378	0,34	4	2	1	1
<b>Macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe</b>	<b>539.537</b>		<b>80</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2016

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecido a previsão inicial de 508 Delegados à Etapa Estadual por recomendação do Cesau. Para o cálculo do número de delegados por município foi utilizada a aplicação do critério de proporcionalidade da população, levando em consideração os 508 delegados e a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2016); sendo esse número ajustado ao exato do ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade, tendo como mínimo 4 delegados. Desse modo totalizando 80 delegados para os para a Conferência Macrorregião.



## RESOLUÇÃO Nº 547, DE 09 DE JUNHO 2016

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

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

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

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

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

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

Resolve:

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

RONALD FERREIRA DOS SANTOS  
Presidente do Conselho Nacional  
de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 547, de 9 de junho de 2017, com base no Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

RICARDO BARROS  
Ministro de Estado da Saúde

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



## DA FINALIDADE

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

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

## DA CONFERÊNCIA LIVRE

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

## DA REALIZAÇÃO

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

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

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

## DA INSCRIÇÃO

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

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

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

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

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

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



- I de gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;
- II étnico-raciais, em especial da população negra e indígena, bem como das comunidades originárias e tradicionais, respeitado seu peso demográfico e suas especificidades regionais e locais;
- III das populações rurais, do campo e da floresta, das águas e das periferias urbanas;
- IV de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados; e
- V de grupos, associações e movimentos de pessoas com deficiência, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

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

#### DO CREDENCIAMENTO

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

#### DA PARTICIPAÇÃO

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

#### DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

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

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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



## RESOLUÇÃO Nº 01 /98 - CESAU

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CESAU, no uso de suas atribuições, asseguradas nas Leis de nºs 8.080/90 e 8.142/90, pelo Decreto Governamental de nº22.710/93 e seu Regimento Interno e,

CONSIDERANDO a deliberação da “X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE”, ocorrida em setembro de 1996, que implica na necessidade de redefinição da participação de membros dos Conselhos de Saúde, por segmento de representação, como de trabalhador em saúde, Poder Legislativo, e de outras entidades nos Conselhos de Saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de rever, atualizar e fazer cumprir as Leis, as normas, e as decisões alicerçadas nos princípios e diretrizes do SUS, em prol de uma melhor participação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, a nível do Estado do Ceará;

CONSIDERANDO que tornou-se praxe à Secretaria de Saúde do CESAU, quando no desempenho de suas atividades de assessorar à formação e modificação de composições dos Conselhos Municipais de Saúde, em cumprimento aos princípios de diretrizes do SUS, orientar essas deliberações da X Conferência Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO também o levantamento de questão sobre o assunto e aprovação pelas Câmaras de Legislação, Municipalização e Recursos Humanos deste colegiado, reunidas em conjunto no dia cinco de dezembro de mil novecentos e noventa e sete, RESOLVE:

1. Deliberar que a composição por segmento de representação dos Conselhos de Saúde que serão criados e/ou em funcionamento no Estado do Ceará , obedecerá os critérios de proporcionalidade, a saber:
  - 50% (cinquenta por cento) no segmento de usuários;
  - 25% (vinte e cinco por cento) no segmento de profissionais de saúde/trabalhadores de saúde, de nível superior, médio e elementar;
  - 25% (vinte e cinco por cento) de gestores e prestadores de serviços de saúde.
  
2. Deliberar que não devem representar o segmento de usuários nos Conselhos de Saúde, os representantes de:
  - Profissionais de saúde/trabalhadores em saúde;
  - órgãos do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário;
  - entidades patronais;
  - entidades de Clube de Serviços.
  
3. Deliberar que os Gestores de Saúde ou os Conselhos de Saúde que estão funcionando em desacordo desta Resolução, deverão convocar Conferências de Saúde, a nível local, visando corrigir tais composições.

Parágrafo Único – Fica assegurado aos Conselhos de Saúde que tiveram suas composições alteradas ou modificadas em Conferências Municipais de Saúde, nos últimos dois anos, um prazo limite para rever suas composições, até dezembro de 1999.



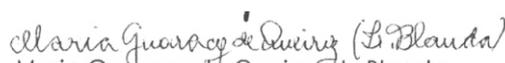
4. Deliberar que a participação de entidades representativas de categorias profissionais nos Conselhos de Saúde, somente poderá ocorrer na composição de representantes do segmento de profissionais de saúde/trabalhadores de saúde.

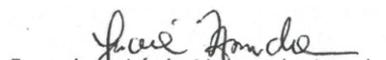
Parágrafo Único – Fica garantido aos Agentes Comunitários de Saúde concorrer vaga nos Conselhos de Saúde, na representação de trabalhadores em saúde, nível elementar.

5. Deliberar que a participação de representantes dos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais, quando com assento nos Conselhos de Saúde, será no segmento de usuários.
6. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado, ficam revogadas as disposições em contrário.

Plenário do Conselho Estadual, Fortaleza, 25 de setembro de 1998

  
Anastácio de Queiroz Sousa  
**Presidente da Mesa Diretora**

  
Maria Guadacy de Queiroz Ir. Blanda  
**Vice Presidente da Mesa Diretora**

  
Francisca Lúcia Nunes de Arruda  
**Secretária da Mesa Diretora**



**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA**  
**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CESAU**

**RESOLUÇÃO Nº 44/2017 – CESAU**

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE, no uso de suas competências e atribuições conferidas pelas Leis Federais Nº 8.080/90 e 8.142/90, pelas Leis Estaduais Nº 12.878/98, 13.331/03 E 13.959/2007 e pelo seu Regimento Interno;

**CONSIDERANDO:**

1. As atribuições legais do art.93, inciso III, da Constituição Estadual e art.17 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e inciso XIV, do art.82, da Lei nº13.875, de 07 de fevereiro de 2007;
2. O disposto no Art. 198 da Constituição Federal, que se refere a participação de comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde;
2. Que a participação da comunidade no Controle Social do SUS é princípio a ser obedecido em conformidade a Lei Nº 8.080/1990 e Lei Nº 8.142/1990.
3. Os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio das Conferências de Saúde, em consonância com a Resolução nº 453/CNS de 10.05.2012 do Conselho Nacional de Saúde;
4. A Portaria Nº 1.017/GM/MS de 11 de maio de 2016 que convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, cujo tema é: **Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade** realizar-se-á no período de 21 a 24 de novembro de 2017 em Brasília;
5. A 449ª Reunião Ordinária, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará – CESAU/CE, realizada em 10 de julho de 2017;

**RESOLVE:**

1. Aprovar a realização da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde e de 05 (cinco) Etapas de Conferências Macrorregionais;
2. A 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde realizar-se-á no período de 25 e 26 de Outubro de 2017;
3. A Comissão Organizadora da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde serão nomeadas através de Portaria expedida pelo Secretário da Saúde do Estado do Ceará;
4. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, devendo ser publicada no Diário Oficial do Estado;

Ana Lúcia da Costa Mello  
**Presidente**

Marcos Coelho Parahyba  
**Vice-Presidente**

Marlúcia Ramos de Fátima de Sousa Gomes  
**Secretária Geral**

Francisca Lucia Nunes de Arruda  
**Secretária Adjunta**



**PORTARIA Nº 2088/2017.**

**Convoca a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde - 1ª CEVS**

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS, no uso das atribuições legais que lhe confere o art.93, inciso III, da Constituição Estadual e art.17 da Lei Orgânica da Saúde nº8.080/90 e inciso XIV, do art.82, da Lei nº13.875, de 07 de fevereiro de 2007, e

**CONSIDERANDO:**

1. O que estabelece a Constituição Federal de 1988, a “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.
2. A necessidade de consolidar, fortalecer e ampliar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio das Conferências de Saúde, em conformidade com a Lei Nº 142 de 28 de dezembro de 1990 e a Resolução Nº. 453/CNS de 10 de maio de 2012;
3. A Portaria Nº 1.017/GM/MS de 11 de maio de 2016 que convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, cujo tema é: *Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade*, realizar-se a no período de 21 a 24 de novembro de 2017 em Brasília;
4. A deliberação da 449ª reunião do Conselho Estadual de Saúde – Cesau, através da resolução nº 44 de 10 Julho de 2017, que deliberou pela realização da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS.

**RESOLVE:**

- Art.1º. Fica convocada a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS, que realizar-se a nos dias de 25 e 26 de Outubro de 2017, em Fortaleza-CE. Com o Tema: *Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade*,
- Art. 2º. A 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS será Presidida pelo Secretário da Saúde do Estado do Ceará e em sua ausência pela Secretária Executiva da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e, coordenada pelo(a) Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE;
- Art. 3º. O Regimento e a Comissão Organizadora da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS, serão aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE e homologados mediante Portaria do Secretário Estadual da Saúde;
- Art. 4º. Os recursos com a organização e realização da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS, correrão por conta dos orçamentos consignados à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
- Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos \_\_\_ de \_\_\_ de 2017.

Henrique Jorge Javi de Sousa  
SECRETÁRIO DA SAÚDE







**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**