

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



CONFERÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MANUAL DE PROPOSTAS

CEARÁ
2017





Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA

Conselho Estadual de Saúde – Cesau-CE

Conferência Estadual de Vigilância em Saúde

Manual de Propostas

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 da Comissão de Relatoria:
Antonio Cleyton Martins Magalhães
 Coordenador Adjunto:
Lucivaldo Farias Maciel

Membros

Ana Cristina Tabosa
 Ana Lucia da Costa Mello
 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	CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Conselho Estadual da Saúde. Conferência Estadual de Vigilância em Saúde: Manual de Propostas Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Conselho Estadual da Saúde. — Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017. 78p. Tema central: Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Publico 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 ISBN: 1. Políticas públicas – SUS. 2. Políticas de saúde. 3. Saúde pública. 4. Vigilância em saúde. I. Título. 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

Maria Goretti Sousa Pinheiro
Secretária Executiva



SUMÁRIO

Índice	01
Lista de siglas e abreviaturas	02
I – Apresentação	03
II – Antecedentes	04
III – Eixo Principal: antecedentes e contexto atual	05
IV - Subeixo I	06
V - Subeixo II	08
VI - Subeixo III	10
VII - Subeixo IV	15
VIII - Diretrizes Metodológicas	18
Regimento na 1ª CEVS	25
Propostas Macrorregionais	33
Anexos I	62
Anexos I	65
Resolução nº 547, de 09 de Junho 2016	71
Resolução nº 01/1998 - CESAUI	74
Resolução nº 44/2017 de 10 de Julho de 2017	76
Portaria nº 2088 de 21 de Agosto de 2017	77
Relatório final 7ª Conferência estadual de saúde https://drive.google.com/open?id=0B_wI-HVj2ELgVzRLa3dzZGZEd1U	
Deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde http://www.cosemssp.org.br/downloads/15-CNS-propostas.pdf	
Plano Nacional de Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf	
Resolução 453/2012 Conselho Nacional de Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html	



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 - Conferencia 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 - Conferencia 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, consequentemente, 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 - Conferencia 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 - Conferencia 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), ambulatorios, 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. A aplicação dos recursos financeiros em saúde é direcionada pela análise de situação de saúde local.

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 nos territórios, como as ações das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e os laboratórios de saúde pública podem se integrar para produzir 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?
5. Considerando a análise d situação de saúde de seu território, como os modelos de atenção ou de intervenção em saúde podem superar as iniquidade identificadas?
6. Quais os mecanismos de participação da comunidade, gestão participativa e comitês intersetoriais (CI) e formas de governança participativa na VS?

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;



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 1172/2004¹ e a 3252/2009².

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.

¹ – **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.

² – **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. Cumpre 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:

2. Como assegurar a participação da comunidade e o controle social nas ações e serviços da VS? Como utilizar a Comunicação em Saúde de forma que as informações sejam oportunamente disponibilizadas à sociedade?
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 contemplar a temática da VS e estimular a participação popular?
6. Como a sociedade pode utilizar as informações da VS para lutar pela 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 assegura 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 a 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
Total	8.963.663	100	56	28	14	14

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 o 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) 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	224	112	56	56
Sobral	1.634.050	18,2	96	48	24	24
Cariri	1.468.977	16,4	92	46	23	23
Sertão Central	640.179	7,1	56	28	14	14
Litoral Leste/Jaguaribe	539.537	6,0	52	26	13	13
Total	8.963.663	100	520	260	130	130
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

DA NATUREZA 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 24 e 25 de outubro de 2017;

II – As etapas macrorregionais deverão ser realizadas entre 25 de agosto a 18 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.

§3º. A Comissão Organizadora da 1ª CEVS organizará um processo de formação de facilitadores (as) para atuar na organização da relatoria das respectivas etapas Macrorregional e Estadual.

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 Nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução Nº 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

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 nº 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 – Propor diretrizes em estratégias quanto ao 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.

§9º As despesas com passagens aéreas para delegados (as) com deficiência e respectivo (a) acompanhante à 1ª CNVS, ficarão sob a responsabilidade do gestor estadual.

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

§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



PROPOSTAS



RELATÓRIO DA CONFERENCIA LIVRE DA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

12 de setembro de 2017

PROPOSTAS APROVADAS

1. Investir em estudos e pesquisas considerando as áreas as prioritárias para o Sistema Único de Saúde
2. Promover o fortalecimento da pesquisa com destinação de recursos de acordo com as linhas de financiamento e áreas prioritárias do SUS;
3. Promover estudos e pesquisas sobre saúde da população do campo, floresta, das águas em especial nos territórios onde estão instalados os grandes empreendimentos econômicos portuários, eólicos, que ocasionam danos as comunidades nativas de pescadores, trabalhadores rurais e outros;
4. Submeter a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde evitando o texto aprovado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;
5. Fomentar a implementação do sistema de notificação das doenças do trabalho no banco de dados do ISSEC;
6. Implantar o cruzamento das informações das notificações do Sistema de Informação - SINAN com o sistema da previdência geral do Instituto Nacional da Seguridade Social - INSS para com o banco de dados do ISSEC ;
7. Cumprimento das propostas contidas no Documento do Governo do Estado - **Ceará Saudável** – destacando as seguintes propostas: a) criação da rede de laboratórios de entomologia no Estado do Ceará;b) criação da rede de unidades de vigilância de zoonoses na modalidade de consórcios;d)inclusão no quadro de trabalhadores da rede SESA os 78 Agentes de Endemias contemplados com a Emenda Constitucional – EC 51 DE 2006; (PP2016- 2019);
8. Fomentar as atividades e o financiamento na prevenção das doenças laborais no ambiente de trabalho, com melhoramento dos índices de adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras;
9. Fomentar o Programa de Atenção Domiciliar – PAD na atenção básica;
10. Envolver os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST no processo de registro das notificações compulsórias;
11. Integrar as vigilâncias em saúde nas redes de atenção a saúde de acordo com as linhas de cuidados e da população-alvo;
12. Garantia da implementação das equipes multiprofissional com destaque:fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos na equipe da estratégia da saúde da família;
13. Fomentar a adoção de estratégias para garantir os debates e a divulgação dos indicadores de monitoramento da situação da saúde pelas secretarias municipais de saúde;
14. Promover a visibilidade das coordenações da vigilância epidemiológica nos organogramas das secretarias municipais de saúde e hospitais de referência;
15. Incluir nos sistemas de dispensação de medicamentos das doenças de notificação compulsória um campo obrigatório do número do SINAN;
16. Garantir a participação do Distrito Sanitário Indígena – DSEI – CE no Grupo de Trabalho da Vigilância em Saúde do Estado do Ceará;
17. Envolver os profissionais das equipes multidisciplinares da saúde indígena e os trabalhadores da sede do DSEI, com política de educação permanente na área da vigilância em saúde;
18. Desenvolver um programa online com linguagem atualizada em todas as vigilâncias em saúde com destaque geo- referenciamento para prioridades das macrorregiões;
19. Garantir a manutenção da política de financiamento em Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde;



20. Fomentar a utilização dos boletins de Vigilância em Saúde para a elaboração dos Planos de Saúde- PS, da Programação Anual de Saúde – PAS e avaliação do Relatórios de Gestão- RAG;
21. Garantir a recomposição da força de trabalho estadual e municipal na área da vigilância em saúde de acordo com os pressupostos da Carreira de Estado e ingresso por concurso público;
22. Garantir nos reuniões das equipe da Estratégia de Saúde da Família - ESF debates sobre análise da situação da saúde;
23. Garantir a nomeação para os cargos de provimento na vigilância em saúde dos trabalhadores do quadro permanente;
24. Promover a descentralização do Serviço de Verificação de óbitos – SVO em uma rede regionalizada nas macrorregiões de saúde;
25. Articular e integrar ações conjuntas entre áreas técnicas de vigilância em saúde para o enfrentamento de agravos comuns nos territórios;
26. Fortalecer a rede dos LACEN regionais
27. Implantar a informatização nas unidades de saúde da rede no estado do Ceará.
28. Incluir no SINAN a ficha de notificação: varicela; crianças com exposição HIV.
29. Vincular ao pagamento da IAH a realização dos testes rápidos para HIV-SIFILIS e HEPATITES B nas gestantes.
30. Criar estratégias de comunicação e informação de enfrentamento aos agravos de alcance e amplitude a dinâmica social
31. Garantir financiamento para ações de promoção e comunicação de agravos negligenciados
32. Incluir na portaria de doenças de notificação compulsória o agravo hepatite B e C gestacional.
33. Incluir na portaria de notificação de agravos a morbidade das doenças crônicas não transmissíveis.
34. Integrar e fortalecer as vigilâncias nos serviços privados.
35. Garantir a realização periodica dos levantamentos epidemiologicos em saúde bucal como estratégia para planejar e monitorar as ações de saúde bucal.
36. Implantar postos de orientação sobre acidentes com animais peçonhentos
37. tornar obrigatório por força de lei da implantação brigadas de combate ao aedes aegypti nas instituições públicas e privadas
38. reestruturação física e operacional nas unidades de vigilância de zoonoses no âmbito estadual garantir a gestão das UVZ's por meio do modelo de consorcio.
39. Garantir a execução das ações de vigilância e controle das doenças negligenciadas zoonoses e doenças transmitidas por artropodes vetores
40. Integrar a vigilância da febre maculosa na rotina das endemias prioritárias
41. Fortalecimento da vigilancia das doenças emergentes e reemergentes
42. fomentar a educação permanente para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde
43. Garantir mudanças da atual estratégia de vigilância e controle do aedes egyptes.
44. Adequar projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação de profissionais de saúde de modo a garantir a transversalidade da vigilância em saúde em todo a formação.
45. Criar um sistema unificado com informação do usuário para subsidiar o trabalho do SVO
46. Incorporação de gratificação aos trabalhadores da vigilancia que estão em trabalho de area de risco.



Propostas da II Conferência Livre de Vigilância em Saúde

Tema: Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador

PROPOSTAS APROVADAS

1. Instalar um Comitê de Ética de Gestão Integrada entre as Vigilâncias do SUS – CEGIV-SUS, nos entes federados;
2. Criar Comissão Intersetorial de vigilância em saúde em cada conselho Municipal e Estadual de saúde, com objetivo de acompanhar e aproximar a Vigilância em Saúde da sociedade;
3. Garantir políticas públicas para proteger o trabalhador(a) no seu ambiente de trabalho e habitat principalmente nas áreas rurais onde o uso de agrotóxico é usado com excesso, contaminado o solo e subsolo e lençõs freáticos comprometendo a saúde do trabalhador(a) e demais populações;
4. Que os reservatórios para o povo que mora no semi-árido, por exemplo: cisternas 1ª água, cisternas calçadão, que esses projetos seja administrados pelos sindicatos nos município de origem, pois conhece a realidade de demanda do seu povo;
5. Implantação da educação em saúde na vigilância em saúde, buscando despertar em cada cidadão um fiscal destas atividades;
6. desenvolvimento e aplicação de projetos já existentes como exemplo e EDUCANVISA;
7. Concurso público para todos os cargos da SESA/CE(Nível médio e superior);
8. Colocar a maquina da Vigilância Sanitária para funcionar(equipes, maquinas e etc.) pois a vigilância fomenta as atividades de outras unidades que estão paradas devido a estagnação da vigilância;
9. Revogação imediata da lei que congela gastos públicos por 20 anos, bem como a lei que estabelece a reforma trabalhista e todas as medidas que retiram recursos e enfraquece os direitos e conquistas sociais;
10. Participação do ACS e ACE em todas as fases do processo de reteriorização do território com todos os profissionais e sociedade civil;
11. Promover a interação da subsistema de atenção a saúde indígena com a vigilância em saúde do estado, buscando resolutividade das ações;
12. Criação de quadros e carreiras para os profissionais da vigilância em saúde, como por concurso público, e planos de cargo e carreira e salario na esfera estadual;
13. Promover a descentralização da vigilância sanitária quanto as ações e serviços de alto risco para os municípios de Grande e médio porte;
14. Fomentar a educação permanente para profissionais com exercícios na Vigilância em saúde dos municípios de grande, médio e pequeno porte;
15. Garantir articulação permanente das políticas de vigilância à saúde com traços das linhas de ação do estado e municípios com a rede de laboratórios de saúde pública;
16. Garantir que os recursos financeiros resultantes da liberação de alvará e de cobranças de multas decorrentes de atos de infração pelos usuários, pessoas físicas e jurídicas sejam destinados aos fundos de saúde;
17. Destinar % de recursos das complementações ambientais decorrentes dos empreendimentos econômicos sejam destinados aos fundos de saúde;
18. Revogação da PNAB
19. Fortalecer a articulação entre serviços e pesquisas em saúde, garantindo que o resultados das pesquisas sirvam de indicadores para o fomento de políticas públicas em Vigilância em Saúde
20. Exclusão de pulverização aérea
21. Criação e articulação do código sanitário estadual e municipal
22. Definir equipe mínima de vigilância a saúde;
23. Criação do cargo de fiscal sanitária de vigilância sanitária;



24. promover a articulação intra e intersetorial com órgãos afins;
25. Fomentar a integração com o setor regulado
26. Realizar o mapeamento das atividades produtivas das fontes de riscos a saúde dos trabalhadores do setor formal e informal (territorialização em saúde incorporando as interrelações saúde-trabalho-meio ambiente) a ser implementado a partir dos municípios (vigilância, atenção primária e CEREST;
27. Trabalhar a intrasetorialidade e a integralidade entre as coordenadorias de vigilância a saúde, desde do nível nacional, estadual e municipal para inserção da atenção a saúde do trabalhador nos três níveis de atenção à saúde com foco na vigilância em saúde ;
28. Garantir no nível regional de saúde, equipe estruturada de vigilância ambiental e saúde do trabalhador;
29. Publicar Portaria de vigilância ambiental e saúde do trabalhador, definindo atribuições e competências para fiscalizar ambiente de trabalho;
30. Realizar parcerias com áreas de saúde, trabalho e meio ambiente para realizar ações conjuntas;
31. garantir nos níveis central e regional de saúde, transportes específicos para as ações de vigilância ambiental e saúde do trabalhador;
32. Garantir recursos financeiros para realizar as ações de vigilância ambiental e saúde do trabalhador,
33. Garantir políticas sociais voltadas para prevenção dos fatores de riscos que possam trazer danos para saúde da população e meio ambiente;
34. Fortalecer as ações preventivas, principalmente na novas tecnologias inseridas nos diversos processos produtivos;
35. criar mecanismos de comunicação e articulação de vigilância em saúde com foco na divulgação das ações de promoção da saúde;
36. Garantir a vigilância em saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos com a criação de GT de vigilância em saúde, compostas por vigilância ambiental, vigilância epidemiológica, VISA e Vigilância saúde do trabalhador;
36. Que o governo municipal garanta as condições necessárias para a realização das campanhas de vacinação anti rábica em Fortaleza, assegurando para os trabalhadores de saúde as garantias de : vale alimentação, transporte, água, insumos suficientes para atender a demanda durante as campanhas de vacinação.
37. Que seja implementada a portaria que trata do acompanhamento da pessoas idosa com dificuldade de locomoção e que haja acompanhamento com orientações aos familiares;
38. Regularmentar o comércio venda de água através da distribuição por veículo transportador;
39. Exclusão da pulverização aérea da proposta de Lei de agrotóxicos encaminhado á AL;
40. Incluir nas ações de territorialização a identificação do processo produtivo formais e informais;
41. Garantir que o produtor e o comercio hortifrutigranjeiro possuam rastreabilidade nos produtos;
42. Fim dos incentivos fiscais para o comércio de agrotóxicos;
43. Fortalecer o monitoramento de agrotóxicos dos alimentos hortifrutigranjeiros;
44. Realizar estudos prévios dos impactos da saúde á saúde nos grandes empreendimentos antes da liberação dos órgãos ambientais;
45. Realizar estudos das bacias hidrográficas dos órgãos competentes para controle da liberação, outorga na industrialização das águas envasadas;
46. Atualizar a lista da RENAME em consonância com as novas tecnologias;
47. Criar unidades fiscalizadoras nos postos de fiscalização rodoviárias das vias estaduais e federais a fim de controlar o comercio de agrotóxicos.



MACRO SOBRAL

SUBEIXO I

1. Fortalecer integração da vigilância à saúde com a rede de saúde do território.
2. Assegurar ações de vigilância na atenção básica mediante integração de ações programadas e de demanda espontânea.
3. Equiparar o número ACE e ACS com vistas a melhorar o controle de endemias, com vinculação territorial.
4. Fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador por território.
5. Fortalecer a inserção/participação da vigilância nos espaços de discussão do SUS.
6. Descentralizar ações de vigilância para a atenção básica, com definição das atribuições.
7. Atualizar a legislação sanitária dos municípios e do estado.
8. Garantir equipe mínima de vigilância em saúde para os municípios de acordo com seu porte, características e riscos.
9. Garantir investimento nos sistemas de informação, com utilização de tecnologias modernas e de melhor utilização pelos gestores, técnicos e trabalhadores de saúde.

SUBEIXO II

1. Criação de centro de zoonoses por região de saúde.
2. Capacitação dos conselheiros em vigilância em saúde.
3. Criação das teias de comunicação entre as redes de atenção à saúde.
4. Criação dos aterros sanitários por região de saúde.
5. Assegurar recursos financeiros para a logística na vigilância à saúde.
6. Sensibilizar os profissionais de saúde na execução sistemática das ações da vigilância em saúde.,
7. Criação dos núcleos de saúde do trabalhador nos municípios.
8. Implantação do CEREST nas regiões de saúde.
9. Implantar, e/ou implementar e executar os códigos de postura da vigilância em saúde nos municípios.
10. Implementar e/ou fortalecer as aps.
11. Garantir recursos financeiros para a execução das ações da vigilância ambiental. Ex.: redução dos frascos para a coleta de água de análise para o LACEN.
12. Implantar e/ou implementar o núcleo de vigilância epidemiológica nos hospitais municipais.

SUBEIXO III

1. Fortalecer os polos do LACEN com a construção de um laboratório na Macro de Sobral.
2. Aporte financeiro do Ministério da Saúde para capacitação, implementação do E-SUS e implantação do PEC.
3. Consórcio Regionais para manutenção de UVZ, baseado na localização geográficas dos que já existem.
4. Vincular uma campanha de posse responsável de cão e gato.
5. Produzir um espaço ou fazer parceria para prática de proteção à saúde orientado pela Vigilância em Saúde.
6. Retornar a campanha de participação de idosos e escolares nas ações de mobilização de Vigilância em Saúde.
7. Inserir na grade curricular disciplina sobre ações de proteção à SAÚDE;
8. Implantação do controle biológico, em depósitos específicos (cisterna, cacimbão e similares).
9. Aprovar uma lei para que as casas tenham caixas d'água com tampa (lacrada).
10. Investir em mais pesquisas nas faculdades públicas no controle e combate sustentável de pragas e vetores.



11. Fortalecer campanhas educativas para enfrentamento da obesidade e melhoria da qualidade de vida através do PSE e do projeto nascer no Ceará.
12. Acompanhamento nutricional na PUERICULTURA (ver novo programa do governo de acompanhar crianças até 5 anos)

SUBEIXO IV

1. Sensibilizar a gestão sobre a necessidade de discutir e validar os Códigos de Postura.
2. Divulgar as ações de vigilância à saúde em todos os meios de comunicação dos territórios.
3. Criar fóruns municipais para discutir temáticas e situação de saúde na comunidade.
4. Implantar e ou implementar conselhos de saúde locais;
5. Subsidiar com dados epidemiológicos o processo de elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico;
6. Fortalecer a efetivação das ações de Vigilância em Saúde, (equipamentos, recursos humanos, valorização profissional) de modo a viabilizar a participação junto aos espaços de controle social.
7. Discutir nos espaços de participação popular a implantação dos planos de resíduos sólidos na modalidade de consórcios regionais.
8. Realizar conferências Municipais (bienais) de Vigilância em Saúde.
9. Fortalecer as ouvidorias do SUS.
10. Fortalecer a integração entre os conselhos de saúde e ouvidorias do SUS.
11. Instituir planos municipais de educação para trabalhar as temáticas de saúde direcionadas também à comunidade e controle social;
12. Elaborar cartilha informativa sobre ações e serviços da Vigilância em Saúde.



MACRO CARIRI

SUBEIXO I

1. Qualificar os profissionais em Vigilância à Saúde (Saúde do Trabalhador), e gestores, no tocante as relações humanas, acolhimento e humanização no atendimento.
2. Ampliar os recursos financeiros da Vigilância em saúde por bloco, de forma a realizar todas as ações integralmente.
3. Incorporar e ampliar o número dos agentes de endemias por município de acordo com a nova PNAB equivalente ao mínimo de 50% em relação ao quantitativo dos agentes comunitários de saúde cadastrados na estratégia saúde da família, considerando as 750 pessoas por ACS.
4. Organizar os recursos de saúde aplicando o ciclo PDCA (Planejar, Dirigir, Controlar e Agir), buscando maior eficiência nas ações do atendimento e eliminando os riscos de saúde com atividades coletivas e integralizadas.
5. Criar a rede de laboratórios de entomologia médica, ampliar e adequar a infraestrutura em recursos humanos dos laboratórios regionais de entomologia médica, integrando ao Centro de Zoonoses, garantindo o acesso e atendendo as necessidades dos 45 municípios da região.
6. Manter o incentivo estadual de qualificação das ações de controle às Arboviroses.
7. Implementar política nacional de saúde do trabalhador fortalecendo as ações de atenção integral com ênfase na vigilância, promoção, proteção à saúde dos trabalhadores, com a criação de núcleos sentinela regionais.
8. Fortalecer e ampliar a rede de laboratório em saúde pública. Garantindo o funcionamento dos laboratórios de saúde pública –LACEN, na Macrorregião, com recursos financeiros e quadro de pessoal adequado.
9. Descentralizar a distribuição de soros de forma geral para as regionais.
10. Incentivar as iniciativas (programas e projetos) de promoção à saúde e prevenção as doenças com foco na intersetorialidade.
11. Garantir a integralidade da assistência à saúde do trabalhador com eficácia e efetividade clínica e sanitária.
12. Instituir a rede regionalizada de vigilância em saúde, incluindo LACEN, CERST e SVO.

SUBEIXO II

1. Assegurar equipes efetivas de vigilância em saúde exclusivas para desenvolverem ações continuadas de prevenção e promoção da saúde (os núcleos de educação em saúde e mobilização social – NESMS), em todas as esferas governamentais.
2. Garantir unidades de vigilância em zoonoses por região de saúde de maneira consorciada, assegurando o acesso e atendimento das necessidades dos 45 municípios.
3. Implantar na macrorregional Cariri, um centro de referência de diagnóstico e tratamento para portadores da doença de chagas, bem como garantir que as ações do programa PCDCh sejam realizadas por todos os municípios.
4. Garantir o acesso das ações do CERST às demais regionais de saúde (17ª, 18ª e 19ª).
5. Fortalecer os serviços de vigilância sanitária municipais, transformando-os em agências reguladoras municipais para exercerem o seu papel regulador e fiscalizador de forma independente e autônoma, como parte integrante do SUS e submetida ao controle social.
6. Adquirir a nível macrorregional ou consórcio, incineradores para receber os resíduos dos serviços de saúde.
7. Assegurar políticas públicas de vigilância em saúde para as populações ribeirinhas, com evidência para as populações onde passarão as águas da transposição do rio São Francisco, cobrando a conclusão dos trabalhos do Eixo Norte.
8. Garantir políticas públicas com financiamento compatíveis para a vigilância em saúde e vigilância em saúde do trabalhador, que garantam o pleno exercício das atividades de fiscalização, inspeção, monitoramento e educação em saúde, assegurando assim, a qualidade e eficácia dos serviços prestados à população.



9. Diminuir o tempo de aquisição e avaliar a efetividade dos larvicidas. Garantir a substituição do Larvicida por produto mais eficaz ao combate do vetor das Arboviroses em todo o Estado do Ceará.
10. Reestruturar e atualizar a rede sentinela de saúde do trabalhador pactuada em 2010 no estado do Ceará.
11. Ampliar os recursos financeiros da vigilância em saúde garantindo que sejam repassados por blocos específicos das vigilâncias.
12. Criar um sistema de informação estadual de vigilância sanitária. E implantar um sistema de monitoramento de saúde do trabalhador.

SUBEIXO III

1. Assegurar o Mapeamento de processo produtivo no território das equipes da atenção básica, com identificação de atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território pela Atenção Básica.
2. Fortalecer o sistema de vigilância à saúde que envolva os diversos setores da saúde, da agricultura, do trabalho e do meio ambiente, quanto ao uso indiscriminado de agrotóxicos, incluindo na fiscalização a sua aplicação, a coleta e o destino final das embalagens, bem como orientações de promoção e proteção à saúde individual e coletiva das populações através de ações de conscientização dos perigos para a saúde para o meio ambiente decorrente de sua utilização.
3. Garantir a Formação de equipes de VISAT nas secretarias municipais de saúde.
4. Assegurar a obrigatoriedade da inclusão do Nutricionista em todos os Núcleos Ampliados de Saúde da Família, visando a promoção da saúde através da educação alimentar e nutricional.
5. Incluir as ações de VISA nos PMS, PAS, LOAE LDO.
6. Efetivar a vigilância em saúde enquanto função de Estado com a criação pelo governo do estado do Ceará de quadro permanente da visa articulando o nível central e as coordenadorias regionais de saúde com acesso por concurso público e Plano de Cargos Carreira e Salários-PCCS.
7. Criar o código sanitário municipal para regular as ações de vigilância sanitária passíveis de sanções de acordo com as legislações estaduais e federais.
8. Implantar comissões intersetoriais de prevenção da violência nos territórios.
9. Fortalecer os sistemas municipais de VISA transformando-as em agências reguladoras municipais, para exercerem o seu papel regulador e fiscalizador de forma autônoma, como parte integrante do SUS e submetida ao controle social.
10. Intensificar as ações de vigilância da água para consumo humano, do solo e do ar.
11. Implementar observatório regional de Vigilância em Saúde, com criação de uma gerência intersetorial de VISA nos municípios.
12. Ampliar e direcionar os recursos financeiros voltados para Leishmanioses, Doença de Chagas e Saúde do Trabalhador.

SUBEIXO IV

1. Propor a obrigatoriedade nos organogramas das secretarias saúde dos municípios o núcleo das vigilâncias (epidemiologia, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador).
2. Propor sistemas de informações que interajam entre si, e que sirva de suporte para tomada de decisões dos gestores.
3. Atualizar trimestralmente o banco de dados dos sistemas de informações.
4. Aumentar o financiamento da saúde para custeio e investimento nas vigilâncias.
5. Incentivar financeiramente a pesquisa das alternativas sustentáveis para o controle de vetores.
6. Incluir ações de vigilância em saúde nos planos municipais de saúde, articulada com os demais setores.
7. Implantar os códigos de postura através de leis municipais.
8. Criar e implantar um sistema de monitoramento de saúde do trabalhador.



9. Reverter em benfeitorias para a infraestrutura da visa todos os recursos financeiros arrecadados por este setor na liberação de alvarás aplicação de multas.
10. Construir a nível macro e ou regional aterro sanitário.
11. Implementar ações de VS de caráter educativo, junto as comunidades, trabalhadores, estudantes, associações, populações indígenas, mulheres, idosos, negros, campo das florestas/águas, LGBT, ciganos, pessoas em situação de rua, circenses, pessoas deficiente, patologia e estabelecimentos de saúde.
12. Adequar as infraestruturas dos estabelecimentos de saúde para segurança e acessibilidade dos trabalhadores e usuários.



MACRO LITORAL LESTE

SUBEIXO I

1. Fazer cumprir a Portaria GM Nº 1823 de 23/08/2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
2. Construção de uma estratégia de mapeamento das áreas de risco, vulnerabilidade e processos produtivos dos territórios.
3. Fortalecer a Vigilância em Saúde para atingir a universalidade e a integralidade, como ordenadora do sistema, organizando as redes de saúde de modo que atendam às necessidades do perfil demográfico e epidemiológico dos territórios de saúde.
4. Atualizar e utilizar as informações das salas de situação das Unidades Básicas de Saúde dos seus territórios para planejamento das ações em saúde pela Equipe Técnica de Vigilância em Saúde.
5. Fortalecer as ações de prevenção em saúde considerando a parceria com a educação (Programa Saúde na Escola-PSE).
6. Ofertar ações e serviços para prevenção e combate às drogas.
7. Ofertar serviços pactuados pela atenção especializada, considerando as taxas de morbidade e mortalidade do território.
8. Intensificar ações de educação em saúde nas comunidades para fortalecimento da promoção de saúde.
9. Promover ações de prevenção a acidentes de trabalho e/ou adoecimento relacionado ao trabalho.
10. Fortalecer parceria entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério Público, principalmente para fiscalização e controle dos acidentes de trabalho.
11. Ampliar as Linhas de Cuidado, incorporando as doenças negligenciadas com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêuticas e reabilitação proporcionando acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita.
12. Realizar territorialização das ações de vigilância em saúde, conforme perfil epidemiológico local, tendo em vista que o reconhecimento do território, por meio da territorialização, de informações, compõe as ferramentas básicas da vigilância da saúde e dá suporte ao planejamento estratégico-situacional, cuja natureza é participativa, realizado de forma contínua e ascendente a partir de um território definido.

SUBEIXO II

1. Ampliar os recursos da Vigilância em Saúde que visem a efetivação das ações, firmando parcerias das esferas.
2. Construir, implantar e custear Unidade de Vigilância de Zoonoses – UVZ, consorciada (Estado), estrutura física e técnica, vinculada ao SUS, responsável por atividades referentes à vigilância, prevenção e controle de zoonoses.
3. Garantir saneamento básico em 100% dos municípios (área urbana e rural).
4. Implantar Aterro Sanitário – Coleta Seletiva - Reciclagem de Lixo por meio de consórcio.
5. Estruturar uma equipe mínima para Vigilância em Saúde, garantindo as condições de trabalho necessárias: estrutura física adequada, materiais para o desenvolvimento do trabalho e transporte para o setor.
6. Implantação / implementação e atualização do Código Sanitário.
7. Paridade de financiamento tripartite em campo para Agente de Combate em Endemias e Agente Comunitário de Saúde.
8. Proporcionar a integração das vigilâncias, por meio de atuação integrada dessas estruturas para o enfrentamento dos problemas de saúde, combinando saberes e tecnologias diversas para intervir sobre a realidade.
9. Criação de novos comitês para discussão das temáticas relacionadas à Vigilância em Saúde (Ex: Comitê Saúde do Trabalhador).



10. Requalificar o espaço decisório do Colegiado Inter gestores Regional, por meio da ampliação da participação política dos prefeitos para o exercício da governança Macrorregional.
11. Inserção do setor saúde no processo de submissão de licenciamento de grandes empreendimentos (carcinicultura, cerâmicas, agronegócio), para avaliar o impacto à saúde e intensificar as fiscalizações, por meio dos órgãos responsáveis, uma vez que as atividades podem causar dano ao meio ambiente e a saúde da população.
12. Fortalecimento da Política Macrorregional de Saúde do Trabalhador e Ambiente por meio do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental - CERESTA.

SUBEIXO III

1. Adicionar ao Organograma Municipal o cargo de Coordenador da Vigilância em Saúde.
2. Implementar, efetivar e fortalecer os programas de todas as Redes de Atenção a Saúde - RAS, buscando suas especificidades, respeitando a acessibilidade (Decreto 5296/2004) e suas normas – ABNT.
3. Descentralizar o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN para as Macrorregionais de Saúde.
4. Reajustar o repasse financeiro destinado às ações de Vigilância em Saúde (Piso Fixo de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária - VISA), garantindo recursos humanos, estrutura física, além de equiparar o recurso dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) de acordo com o número de servidores atuantes.
5. Estabelecer uma política de comunicação e fortalecimento do controle social para o SUS com o objetivo de manter a população constantemente informada sobre os serviços oferecidos, políticas públicas, direitos, educação e promoção da saúde, entre outros.
6. Criar uma Política Pública de Atenção ao Cuidador.
7. Garantir repasse mensal do incentivo do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) aos municípios para fortalecimento das ações.
8. Investir em pesquisas para uso de outras substâncias ou meios de controle vetorial.
9. Monitorar, avaliar e divulgar as ações da Vigilância em Saúde, realizando reuniões de monitoramento periódico das informações geradas.
10. Efetivar e fortalecer as ações de educação permanente nas três esferas de governo, com ênfase na Vigilância em Saúde.
11. Realizar capacitações em Vigilância e Saúde do Trabalhador para profissionais da Atenção Básica, Centros de Reabilitação e Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

SUBEIXO IV

1. Estimular a participação e representação da sociedade civil nas ações de controle e capacitação dos órgãos vinculados às áreas agrícola e pecuária em parceria com a ADAGRI e EMATERCE.
2. Criar estratégias de educação em saúde, de forma participativa, tais como: reuniões nos territórios, fóruns, palestras, encontros, conferências, que facilitem o acesso às informações e indicadores da Vigilância em Saúde; por meio das mídias sociais (internet, rádio, televisão, carro de som e outros), com o objetivo de redução de riscos e agravos por meio da Atenção Básica.
3. Respeito e cumprimento às deliberações das conferências de saúde e demais instâncias de controle social nas três esferas de governo, sob pena de responsabilização judicial, entendendo que esses são os espaços deliberativos de efetiva participação.
4. Valorizar o saber popular no SUS, estimulando e fortalecendo as redes de cuidadores que construam ações de cuidado, arte, cultura e saúde, desde as práticas e tradições oriundas do saber acumulado dos povos.
5. Fortalecer a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, por meio de ações do Conselho Municipal de Saúde (CMS), incentivando à sua implementação nos serviços públicos de saúde, reconhecendo seu potencial para qualificar a participação popular no SUS.



6. Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os Conselhos de Saúde possam exercer, plenamente, suas funções, cumprindo com suas atribuições definidas em lei.
7. Monitorar e divulgar à população os resultados da qualidade da água, fornecidos pelos sistemas de abastecimento de água, bem como penalizar os órgãos responsáveis pelo abastecimento público que apresentarem resultados insatisfatórios.
8. Instituir a obrigatoriedade das Brigadas de Combate ao *Aedes aegypti* nos prédios públicos e privados.
9. Fortalecimento dos Conselhos Locais, garantindo a capacitação continuada por meio de calendário regular.
10. Fortalecer as ações de prevenção e promoção voltadas à realidade do território em que a equipe de saúde atua, empoderando-a sobre os determinantes de saúde e doença de seu território, articulando-se com os atores locais (igrejas, associações, escola, movimentos sociais e outros).
11. Criação de um Conselho Macrorregional de Saúde.
12. Elaborar Plano Municipal e Estadual de Vigilância em Saúde em parceria com a sociedade civil.



MACROQUIXADÁ

SUBEIXO I

1. Promover/Efetivar a integralidade das Vigilâncias com a Rede de Atenção, nas três esferas de governo (Federal, Estadual, Municipal).
2. Acréscimo no valor dos procedimentos do bloco de Vigilância em Saúde.
3. Criar leis estabelecendo tempo integral de 40 horas para os Vigilantes em Saúde, nas três esferas de governo, bem como um piso salarial digno.
4. Estabelecer perfil dos profissionais que atuam na Vigilância em Saúde.
5. Realizar capacitação permanente para os profissionais de Vigilância em Saúde, nas três esferas de governo.
6. Efetivar de fato a política Nacional de Saúde do Trabalhador, através de maior vigilância dos agravos, bem como inspeção dos ambientes de trabalho.
7. Fortalecimento da intersetorialidade da Vigilância em Saúde com outras Instituições/Órgãos - sendo a Vigilância à Saúde promotora do processo de intervenção dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (Ex.: Trabalhar em parceria com a Agricultura - a questão do uso indiscriminado do agrotóxico; DETRAN - Prevenção de acidentes de trânsito; secretaria de segurança pública - prevenção a violência; Secretaria de Desenvolvimento Econômico - trabalhando o saneamento e grandes empreendimentos).
8. Implementar a parceria da Saúde com a Educação, estabelecendo uma maior integração das ações de Vigilância em Saúde como temas transversais no currículo de todos os níveis de escolaridade da rede de ensino (Ensino fundamental, médio e superior).

SUBEIXO II

1. Disponibilidade, por parte do nível federal, de imunobiológicos em quantidade suficiente e organização dos serviços de forma a evitar os desperdícios (planejamento de ações e conhecimento do território).
2. Financiamento, pelo nível federal, de Centro de Controle de Zoonoses Regional e consórcios municipais, com equipe multidisciplinar e transporte adequado para atender as demandas da Região / municípios.
3. Fortalecimento da comunicação entre as Redes de Atenção e o Serviço de Vigilância em Saúde
4. Ampliar o co-financiamento destinado a Vigilância em Saúde pelo nível Estadual e Federal
5. Garantia de recursos, pelo nível federal, para a implantação da vigilância em saúde no nível hospitalar.
6. Descentralizar as ações de educação permanente, levando cursos de aperfeiçoamento para as Regiões de Saúde.
7. Criar estratégias de monitoramento de indicadores e utilização das informações para melhorar o planejamento /implantação de ações nos níveis Municipal, Estadual e Federal.

SUBEIXO III

1. Garantir o Laboratório de Saúde Pública funcionando com recursos humanos, tecnológicos e insumos suficientes para entregar os resultados de exame em tempo hábil.
2. Estabelecer critérios mínimos (perfil) e quantidade de trabalhadores (de acordo com população) para atuar na Vigilância em saúde.
3. Garantia, pelos três níveis de governo, de insumos, estrutura e condições de trabalho que permitam a execução das atividades de Vigilância em Saúde.
4. Reformulação da grade curricular dos cursos de formação de profissionais de saúde para a importância da transversalidade da Vigilância em Saúde.
5. Criar política de monitoramento de Vigilância em Saúde para Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco.
6. Articular políticas públicas de saneamento e infraestrutura de intervenção para o controle e vetores.



7. Integrar pessoas com deficiência física nas políticas públicas de saúde (acessibilidade).
8. Democratizar tecnologias que possibilitem monitoramento da Vigilância em Saúde em tempo oportuno.
9. Estado do Ceará continuar elegendo Equipe Saúde da família como prioridade na Atenção Primária de Saúde.
10. Determinar que os gestores utilizem os indicadores de saúde para implantar políticas públicas de saúde, de acordo com a necessidade real do território.

SUBEIXO IV

1. Ampliar recursos financeiros para as Vigilâncias Sanitária, Ambiental, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador.
2. Promover capacitação em EAD e/ou presencial sobre Vigilância em Saúde e Controle Social para conselheiros e população.
3. Realizar feira estadual e regional sobre Controle Social e Vigilância em Saúde.
4. Incluir na grade curricular da SEDUC/CE o tema Controle Social e Vigilância em Saúde.
5. Incentivar, mediante financiamento de projetos, o processo de coleta seletiva de lixo nos municípios.
6. Propor criação de aterro sanitário com incinerador, mediante consórcios interfederativos municipais nas Regiões de Saúde.
7. Incentivar a criação e/ou reestruturação de conselhos locais de saúde, de modo a identificar meios de enfrentamento das principais iniquidades sociais em saúde nos territórios.
8. Investir em recursos humanos, materiais e tecnológicos, observando a compatibilidade com o perfil epidemiológico e demográfico dos Municípios / Estado.
9. Ampliar rede de Vigilância em Saúde do trabalhador, criando um núcleo em cada regional de saúde.
10. Disponibilização de recurso financeiros do nível federal para a construção de matadouros públicos municipais, dentro dos critérios de qualidade exigidos pela legislação.
11. Especificar o quantitativo de profissionais necessários e perfil profissiográfico (escolaridade e formação técnica) para atuar nas equipes de Vigilância em Saúde.
12. Implanta/implementar procedimentos padrões para atuação da Vigilância Sanitária dos municípios, de modo a alinhar as ações / procedimentos.



MACRORREGIONAL FORTALEZA

SUBEIXO I – O LUGAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS

1. Fomentar a política de vigilância a saúde no território de forma participativa (gestão, profissionais de saúde e comunidade) visando a redução de vulnerabilidades e agravos, fortalecendo a participação social por meio dos conselhos de saúde e demais instituições sociais.
2. Implantar o Núcleo de vigilância em saúde nas Unidades de prontos Atendimentos (UPA).
3. Garantir a implantação e o custeio (tripartite) da rede de unidades de vigilâncias de zoonoses (UVZ) nas regiões de saúde.
4. Estabelecer espaços de diálogos e tecnologias de informação para tornar efetiva a comunicação da vigilância em saúde entre Atenção Primária nas três esferas de governo.
5. Elaborar planejamento estratégico ascendente, integrado e articulado nos três níveis de gestão a curto, médio e longo prazo, incluindo previsão orçamentária e descrição operacional, no sentido de otimizar recursos e ações de Vigilância em saúde.
6. Implantar equipes de vigilância a saúde do trabalhador (município e regional) e capacitar seus integrantes para identificação dos riscos inerentes a cada ambiente de trabalho e oportuna notificação relativas a saúde do trabalhador;
7. Fortalecer as ações da Vigilância em Saúde (VS) através da intersetorialidade entre os serviços de saúde. Integrar os profissionais da VS com os profissionais da atenção primária para prevenir, eliminar e diminuir riscos à saúde presentes nos territórios.
8. A Vigilância em Saúde deve ser proativa, mobilizadora e não agir somente em resposta a demandas. Deve antecipar as questões de interesse, realizando eventos, ocupando espaços para apresentar pautas positivas, buscando apoios e parcerias, fortalecendo assim sua gestão.
9. Garantir, através da educação permanente, que as informações e orientações sobre as ações e protocolos de Vigilância em Saúde (prevenção, controle e promoção integral à saúde) sejam disponibilizadas para os profissionais da saúde.
10. Promover informações sistemáticas aos serviços de saúde como forma de garantir a retroalimentação dos agravos e ações desenvolvidas. Melhorar a qualidade das informações disponibilizadas, bem como seu acesso, estabelecendo fluxo de comunicação que inclua os sistemas existentes e aqueles a serem criados.
11. Promover a humanização da assistência no âmbito dos serviços de saúde.
12. Constituição de parcerias com a comunidade e fortalecimento de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e controle social na gestão do SUS e melhoria das condutas para a prevenção, controle e promoção integral à saúde.



SUBEIXO II – RESPONSABILIDADES DO ESTADO E DOS GOVERNOS COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. Garantir o pleno funcionamento dos núcleos hospitalares de epidemiologia para facilitar o monitoramento dos casos notificados, mapeamento da área e intervenção de ações em tempo oportuno. (UNIÃO)
2. Proporcionar um processo de avaliação e monitoramento contínuo das ações desenvolvidas em prol da melhoria dos resultados dos indicadores pactuados e da assistência prestada aos usuários do SUS (ESTADO E UNIÃO)
3. Valorizar os profissionais atuantes nas vigilâncias através da disponibilização de incentivo financeiro para rateio individual entre as categorias como forma de estímulo para desenvolvimento das ações. (UNIÃO)
4. Garantir a formação de equipe mínima multidisciplinar com dimensionamento adequado para as equipes de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Saúde do Trabalhador e dos Laboratórios de referência de Saúde Pública para garantir a integração das práticas e processos de trabalho integrado. (UNIÃO)
5. Estabelecer mecanismos de mapeamento dos territórios a partir da atenção primária para identificação dos processos produtivos a fim de reconhecer as modalidades de trabalho na área de abrangência, os graus de risco e informações afins para estabelecer a relação trabalho-saúde-doença. (ESTADUAL)
6. Garantir e fortalecer a utilização de protocolos de transtornos mentais relacionados ao trabalho para nortear a Rede de Atenção Psicossocial à Saúde- RAPS, estruturando um fluxo de atenção, investigação e notificação junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, dentre eles os impactos decorrentes das violências. (UNIÃO)
7. Dar maior publicidade aos resultados das conferências de saúde, inserindo-os nos sites de todos os sindicatos, centrais sindicais e demais associações representativas dos trabalhadores, assegurando o maior comprometimento dos representantes legais destas entidades, do governo e dos setores públicos do Estado, para que as propostas aprovadas possam ser implementadas, de modo a impactar positivamente na vida dos trabalhadores e trabalhadoras. (ESTADO)
8. Elaborar programas educacionais e transversais em vigilância em saúde nas escolas desde o pré-escolar ao infanto-juvenil por meio de palestras e/ou inserção em disciplinas já existentes promovidas e realizadas pelos Núcleos de Educação em Saúde e Mobilização Social - NESMS, incluindo temas sobre autocuidado e hábitos saudáveis. (UNIÃO)
9. Garantir e ampliar os recursos, além de detalhar a utilização a serem destinados ao bloco de vigilância em saúde, pelas três esferas de gestão, para garantir as diversas ações de vigilância, bem como os serviços de todas as vigilâncias. (saúde ambiental, sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, zoonoses, imunização, endemias, programas específicos), com aplicação integral e prestação de contas específicas. (UNIÃO E ESTADO)
10. Contrapartida financeira estadual e federal para a otimização dos processos de trabalho e desenvolvimento de novas tecnologias de vigilância em saúde; (UNIÃO E ESTADO)



11. Garantir incentivo financeiro aos municípios para criação de unidade de vigilância e zoos sanitárias, diminuindo assim a incidência de animais doentes soltos nas ruas e facilitando o diagnóstico das doenças desses animais. (UNIÃO)

12. Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias e instrumentos de gestão garantindo vigilância integrada a ações de atenção primária. (ESTADO).

SUBEIXO III – SABERES, PRÁTICAS, PROCESSOS DE TRABALHOS E TECNOLOGIAS NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

1. Intensificar a fiscalização e auditoria para maior e melhor desempenho de produtividade dos serviços públicos e conveniados.

2. Fortalecer e intensificar as ações relacionados a saúde do homem com participação da equipe multidisciplinar de maneira contínua.

3. Intensificar ações de promoção a saúde nas escolas fortalecendo a integração entre a Secretaria da Educação e Secretaria da Saúde, em conjunto com a comunidade.

4. Implementar a política de Educação Permanente nos municípios, com aporte financeiro, de forma a garantir maior impacto nas atividades educativas de prevenção e promoção da saúde;

5. Legalizar a entrada compulsória dos Agentes de Endemias em imóvel abandonado ou fechados por falta de contatos com proprietário;

6. Melhorar a disponibilização e realização de exames realizados pelos LACENS e equipar com insumo e aparelho estes laboratórios aumentando a agilidade e diagnóstico de doenças;

7. Incentivar campanhas de alimentação saudável com ênfase na educação alimentar a partir da pré-escola; aumentando o acesso das crianças a alimentação saudável dentro da escola e abordando o tema junto aos adolescentes e adultos;

8. Conscientizar a população sobre as principais medidas de controle vetorial, seus danos e benefícios, como também a corresponsabilidade no cuidado do meio ambiente.

9. Estimular a educação em saúde ambiental como forma de proteção da água, do solo e destino adequado dos resíduos sólidos favorecendo a prevenção de agravos à saúde;

10. Assegurar as ações pactuadas na coleta e controle de água a serem analisadas laboratorialmente como forma de garantir a qualidade da água para a saúde da população;

11. Assegurar as ações Intersetoriais com participação da comunidade nas ações da Vigilância em Saúde desenvolvidas no território através de fórum de discussões para elaboração do planejamento em conjunto;

12. Estimular a criação de grupos para incentivo de atividade física e alimentação saudável;

13. Garantir recurso específico para compra e manutenção de equipamentos para informatização dos serviços de saúde favorecendo agilidade, economia e organização das informações;



14. Efetivar as ações de controle vetorial desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) através de supervisão direcionada a categoria sob o risco de perda financeira quando detectado o não cumprimento das ações;
15. Criação de boletins epidemiológicos mensal de todos os agravos (Estado e Município).
16. Garantir transporte para as execuções das atividades de Vigilância em Saúde (Municipal, Estadual e Federal).
17. Trabalhando por meio das Regiões de Saúde e seus espaços de comunicação (CIR), tendo como objetivo garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;
18. Descentralizar os programas da vigilância em saúde para atenção básica; Vincular os agentes de vigilância em saúde à unidade básica de saúde/saúde da família; Propor redesenho territorial – mapeamento: cadastro SIAB/SISLOC geoprocessado; Garantir dentro do território existência de agente comunitário e agente de vigilância em saúde; Realizar análise da situação de saúde por meio dos sistemas SISFAD/SIAB/SIM/SINAN/SINASC/SIA/SIH, entre outros.
19. Na organização da atenção, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Controle de Endemias (ACE) desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser co-responsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, e embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.
20. Equipar a VS com kit composto: carro, computador e insumos necessários à execução das atividades;
21. Criar um canal de informação unificado para divulgação dos dados de VS com a população;
22. Regulamentar junto ao sistema municipal de educação a inserção de programas e conteúdos obrigatórios que estimulem informações sobre o SUS, direito à saúde, educação popular em saúde, práticas integrativas, bem como o monitoramento do processo nutricional das crianças e o incentivo a prática de atividades físico-recreativas;
23. Combater o assédio moral e sexual nas relações de trabalho e fortalecer a implementação de políticas públicas de forma a garantir o direito à saúde do trabalhador e da trabalhadora. Estimular a proposição ou regulamentação de Leis em nível nacional, estadual e municipal sobre assédio, exigindo o seu cumprimento no âmbito dos espaços públicos e privados, incentivando, ainda, a vigilância, a fiscalização e o combate a todas as formas de violação de direitos, de discriminação e de desrespeito à dignidade do trabalhador e da trabalhadora formal e informal.
24. Realizar concurso público para trabalhadores de vigilância em saúde.



25. Garantir a divulgação dos direitos dos trabalhadores e deveres dos empregadores, nos meios de comunicação direcionada aos trabalhadores, às empresas, às escolas e à comunidade, bem como desenvolver ações educativas e de promoção da saúde, buscando o envolvimento técnico e financeiro de todos os segmentos representativos: Sindicatos, Ministério do Trabalho e Emprego, Previdência Social, Secretarias de Saúde, Ministério Público do Trabalho e outros.
26. Fortalecer as ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador e os Centros de Referência em Saúde do trabalhador - CEREST existentes criando um CEREST em cada regional de saúde no estado e nas regiões de maior demanda, para promoção e proteção da saúde e prevenção de acidentes, efetivando seus membros por concursos públicos, capacitando também os integrantes da Comissão Intersetorial de Saúde do trabalhador - CIST, garantindo verbas e estrutura específicas, e recursos humanos suficientes para o desenvolvimento desse trabalho com equipe técnica multidisciplinar;
27. Estabelecer normas regulamentadoras pelos órgãos responsáveis pelo abastecimento de água, no que se referem ao cuidado específico das caixas d'água pelos seus proprietários/moradores visando a potabilidade da água e evitando a proliferação de vetores;
28. Qualificar o profissional de saúde e assegurar a melhoria das condições e das relações de trabalho, por meio da implementação das ações de Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional, contribuindo desse modo para redução das situações de risco social, químico, físico, psíquico e biológico e valorização do trabalhador de saúde.
29. Incluir nas ações de educação permanente para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família - ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, processos formativos em práticas integrativas de cuidados, arte e cultura como tecnologias a serem inseridas nas ações de educação /promoção em saúde no território;
30. Realização de cursos de Vigilância em Saúde em modalidade presencial, semipresencial e a distancia para todos os profissionais de saúde de todos os níveis de formação (médio, técnico, superior) e setores, como também para gestores e conselheiros.
31. Produzir e divulgar informativos quadrimestrais sobre a situação de saúde do Município, incluindo os indicadores de controle de vetores e indicadores relacionados ao estado nutricional da população, garantindo o acesso à informação
32. Elaborar e implantar protocolos e fichas de notificação de acidentes de trabalho e ou doenças ocupacionais nas unidades de saúde e de pronto atendimento, caracterizando onexo causal dos agravos relacionados ao trabalho, na lógica da equidade do cuidado e atenção integral ao trabalhador. Realizar o acompanhamento da evolução dos indicadores em saúde do trabalhador e da trabalhadora.
33. Garantir a implementação das ações direcionadas a capacitação e sensibilização dos profissionais e gestores quanto à notificação dos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho com a participação da atenção básica e da CIST.
34. Garantir a promoção de ambientes saudáveis de trabalho associados à implementação de medidas protetoras, com o fim do processo de trabalho centrado apenas no alcance de resultados e cumprimento de metas à custa do esgotamento intelectual e emocional gerador de sofrimento, estresse e adoecimento mental.



SUBEIXO IV – VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA PARA ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

1 - Incluir nos processos de Educação Permanente dos Trabalhadores e do Controle Social conceitos básicos relacionados aos diversos componentes de Vigilância em Saúde, inclusive garantindo a identificação e mapeamento dos riscos ocupacionais e estruturando estratégias para envolvimento de atores das políticas intersetoriais, dos movimentos sociais e sindicais de modo a assegurar as discussões sobre esta temática para além do setor saúde na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, embasados nas normas vigentes e na garantia de direitos.

2 - Criar e implantar comissões municipais de saúde do trabalhador nas unidades e serviços de saúde composta por profissionais da área, com a finalidade de acompanhar, fiscalizar, exigir preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT e demais notificações dos problemas relacionados à saúde do trabalhador, com garantia de educação permanente dos mesmos.

3 - Implantar/implementar comissões de atendimento e prevenção à violência nas diversas redes de atenção a saúde nas redes intersetoriais (educação, assistência social, direitos humanos e segurança), garantindo a segurança dos profissionais e usuários, incentivando a reciprocidade do respeito e o acolhimento do profissional para com o usuário, em observância aos princípios da Política de Humanização.

4 - Incluir o recorte de gênero nas diversas ações de educação permanente dos profissionais da Rede Pública de Saúde do Município.

5 - Incluir nos processos de educação permanente dos trabalhadores e trabalhadoras em todos os pontos da rede, as temáticas relativas ao acesso e atendimento humanizado às pessoas com deficiência, população LGBT, população em situação de rua, usuários de drogas, negra, soropositivas, indígenas, como forma de combater o preconceito e o racismo institucional

6 - Estruturar ações de promoção em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS voltada para as mulheres que sofrem violência doméstica, na expectativa de prevenir e cuidar de sofrimentos decorrentes a violência familiar.

7 - Estabelecer uma política de comunicação para o SUS com o objetivo de atender os interesses da população, valorizando e respeitando as práticas e saberes culturais, o acesso à informação e a interação das redes do SUS.

8 - Incentivar o processo de mobilização social nos territórios a partir das potencialidades locais, considerando idéias inovadoras e criativas sobre uso racional dos recursos ambientais.

9 - Lutar pela criação de legislação federal definindo o assédio moral e as violências no ambiente de trabalho como crime, punindo quem os praticou, resguardando ao trabalhador o direito de denunciar e notificar riscos de assédio moral, institucional e perseguição política. Que a justiça intervenha de forma rápida e eficaz nas situações de assédio moral com reparação de danos às vítimas e punição corretiva aos autores.

10 - Capacitar lideranças comunitárias para disseminação do conhecimento sobre vigilância em saúde.



11 - Garantir a criação e implementação da Política Municipal e Estadual de Educação Popular em Saúde e a Política Municipal e Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Cuidados como estratégias de fortalecimento da humanização, promoção e cuidado integral à saúde e fortalecimento da participação popular.

12 - Executar uma política de comunicação sobre o papel da Vigilância Sanitária - VISA para a sociedade civil, utilizando linguagem acessível à população, outros atores e meios adequados à realidade local como através da mídia, o uso de aplicativos, a exploração da internet e das redes sociais, recursos tecnológicos, além de investir em parcerias com a imprensa, sindicatos e com instituições de ensino, bem como participar de reuniões com associações de bairros e de produtores locais, para disseminar informações sobre o risco sanitário, a fim de promover uma maior participação do cidadão e demais setores da sociedade como vigilante e parceiro da vigilância sanitária.

13 - Promover a saúde do idoso por meio de práticas corporais, alimentação saudável, prevenção de usos de álcool, tabaco e outras drogas, construção de uma cultura de paz e prevenção da violência incluindo atividades intergeracionais, escolas de educação básica e outros equipamentos sociais e culturais, integrando as famílias

14 - Ampliação, fortalecimento e inclusão na grade curricular de promoção em saúde e Pactuação com secretaria da educação;

15 - Fortalecer a participação da sociedade como forma de conhecer as reais necessidades da comunidade para o planejamento das ações em saúde;

16 - Implementar as ações da política nacional de educação permanente com a participação comunitária voltada a Vigilância em saúde;

17 - Oferecer capacitações aos estabelecimentos responsáveis por manipulação de alimentos para oferecer ao consumidor produto de qualidade e redução de risco à saúde;

18 - Fortalecer a política de Vigilância em Saúde alinhada com as demais políticas no ambiente do SUS considerando a política de equidade, respeitando o cumprimento aos direitos humanos, justiça social e superação das desigualdades sociais;

19 - Estimular a comunidade, os trabalhadores da saúde a identificar e monitorar as situações de risco presentes na comunidade e ambiente de trabalho;

20 - Trabalhar as capacitações/treinamentos/atualizações e contratação de novos profissionais com o ensino em situações reais de atenção básica e vigilância em saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso também colocar na discussão das prioridades de educação permanente, junto às Comissões Interinstitucionais Ensino-Serviços, as demandas por qualificação em vigilância em saúde na atenção básica para os profissionais que estão atuando no SUS.

21 - Fortalecer os comitês de arboviroses e mortalidade materno infantil de maneira intersetorial e com participação popular com realização de fóruns.

22 - Criação de conselhos locais, distritais para UBS para discutir ações pertinentes ao seu território.



- 23 - Inserir na grade curricular do Ensino Fundamental I e II e Ensino Médio conhecimentos básicos sobre o SUS e o Controle Social; Garantir a implementação dos temas como: Gravidez Precoce; Adesão ao Pré natal; Planejamento Familiar e Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis na grade curricular das escolas públicas da rede Municipal, Estadual e Federal, tendo em vista o aumento de casos de gravidez precoce, tuberculose e ISTs entre jovens e adolescentes.
- 24 - Garantir que o modelo de gestão priorize as necessidades sociais com a definição de parâmetros assistenciais;
- 25 - Promover amplo debate nas diversas instâncias públicas fomentando a compreensão da vigilância em saúde como modelo orientador das políticas.
- 26 - Proposta: Garantia e prioridade de assistência integral de pré- natal de risco na referência regional com base nos índices de mortalidade infantil de cada município
- 27 - Proposta: Garantir o abastecimento de insumos aos laboratórios da rede LACEN assegurando a realização de diagnóstico precoce, e materiais educacionais e campanhas educativas na mídia.
- 28 - Proposta-Garantir que as ações de Bem Estar Animal sejam repassadas à Secretaria de Meio Ambiente e desvinculadas dos Centros de Zoonoses, buscando a solução regional do problema de animais errantes através de parcerias, objetivando um consórcio metropolitano com o aumento efetivo de RH para a Zoonoses.
- 29 - Desenvolver sistema de comunicação que através da implantação de protocolos estabelecidos na Vigilância em Saúde, levem as informações adequadas das ocorrências de doenças endêmicas identificadas no município aos grupos de interesse, assegurando o diálogo e a participação social nas resoluções e acompanhamento das ações efetivas.
- 30 - Criação do conselho itinerante, onde se daria através de reuniões periódicas em localidades proporcionando uma maior facilidade na formulação de políticas de saúde intersetoriais;
- 31 - Proporcionar diversos grupos de formação de multiplicadores sociais, entre eles os adolescentes;
- 32 - Realização de Campanhas periódicas visando a sensibilização da população a aderir a prevenção como melhor veículo de promoção da saúde;
- 33 - Criar projeto de acessibilidade com intuito da prevenção de acidentes nas vias publicas;
- 34 - Qualificar os vendedores informais de alimentos no armazenamento, preparação acondicionamento para evitar possíveis surtos alimentares;
- 35 - Valorizar o saber popular no SUS, estimulando e fortalecendo as redes de cuidadores que construam ações de cuidado e saúde, desde as práticas e tradições oriundas do saber acumulado dos povos.
- 36 - Garantir o atendimento e cadastro de famílias de moradores de rua, nas Unidades Básicas de Saúde, garantindo a assistência integral em todos os níveis de atenção à saúde.
- 37 - Fortalecer a Vigilância em Saúde participativa e democrática, assegurando o respeito às instâncias de controle social do SUS, aprofundando-as mediante a instalação de conselhos gestores paritários e deliberativos nas unidades e serviços de saúde.



38 - Garantir a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para uma saúde participativa e democrática.

39 - Ampliar a Atenção Básica para atingir a universalidade e integralidade, fortalecendo-a como ordenadora do sistema organizando das redes de saúde de modo que atendam as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico,



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: ()

I. NOME ÓRGÃO OU PESSOA A QUEM DEVE SER DIRIGIDA A MOÇÃO

1. Assinale Repúdio (); Denuncia(); Congratulações();

Outro () Qual?

Municipal () Regional () Estadual () Nacional ()

III. TÍTULO DA MOÇÃO:

IV. TEXTO DA MOÇÃO:

V. RELAÇÃO DOS DELEGADOS APOIADORES DA MOÇÃO

[illegible]

ATENDE PERSENTUAL MINIMO PARA LEITURA	SIM()	NÃO ()
APROVADO ()	REJEITADO ()	



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
Tejuoca	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
Macrorregião Fortaleza	4.680.920		288	144	72	72

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
Cariré	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
Varjota	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
Cratêus	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
Macrorregião Sobral	1.634.050		224	112	56	56

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
Abaíara	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
Caririagu	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
Macrorregião Cariri	1.468.977		188	94	47	47

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 Macrorregional.



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
Macrorregião Sertão Central	640.179		80	40	20	20

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 80 delegados para a Conferência Macrorregional.



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
Jaguaratama	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
Macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe	539.537		80	40	20	20

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 ajusta 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 a Conferência Macrorregional.

**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 (1ªCNVS);

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 dos 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.

Paragrafo 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 e 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.



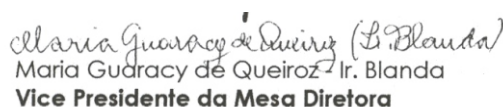
4. Deliberar que a participação de entidades representativas de categorias profissionais nos Conselhos de Saúde, somente poderá ocorrer na composição de representantes do segmento de profissionais de saúde/trabalhadores de saúde.

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