# "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS"

**Fortaleza-Ceará**

**2019**

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Conselho Estadual de Saúde do Ceará: Manual Orientador da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Tema: "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS"

Tiragem: XXX exemplares

Coordenação
Presidente – **Marcos Antônio Gadelha Maia**
Secretário Executivo de Vigilância e Regulação de Saúde da Secretaria da Saúde
SECRETÁRIO DA SAÚDE (Respondendo)
Coordenador Geral
Presidente do Conselho Estadual de Saúde – **Pedro Alves de Araújo Filho**

Secretaria Geral
Membros da Mesa Diretora - **Pedro Alves de Araújo Filho, Reginaldo Alves das Chagas, Kilvia Maria de Lima Oliveira, José Cardoso Mendes**
Secretária Executiva -**Maria Goretti Sousa Pinheiro**

**Comissão de Formulação e Relatoria**

**Asevedo Quirino de Sousa**
Coordenador Geral
**Pedro Alves de Araújo Filho**
Coordenador Adjunto
Membros: **José Araújo Júnior, Kilvia Maria Lima de Oliveira Teixeira e Reginaldo Alves das Chagas**

**Comissão de Comunicação Informação e Acessibilidade**

**Maria Irene Filha de Sousa**
Coordenadora Geral
**Francisca Josilene Fernandes dos Santos**
Coordenadora Adjunta
Membros: **Geuza Maria Dantas Lélis, Gerlene Castelo Branco Coelho, Francisca Claudia Pires de Sousa Nonato, Maria José Cardoso(Mazé), Maria Arnete Borges**

**Comissão de Articulação e Mobilização**

**Davyane Farias Correia**
Coordenadora Geral
**José Artur Gomes da Silva**
Coordenador Adjunto
Membros: **Silmara Cristine Brito Furtado, Maria Arnete Borges, Francisca Claudia Pires de Sousa Nonato, Laciana Farias Lacerda**

**Comissão de Infraestrutura**

**Joaquim José Gomes Nunes Neto**
Coordenador Geral
**Nara Cristina Batista Teixeira**

Coordenadora Adjunta
Membros: **Lucineia Oliveira Pires, Marjory Romão de Sousa, Jimily Mendonça Maciel, José Araújo Júnior, Agnel Conde Neto**

**Comissão de Cultura Estudos e Movimentos Sociais**

**Kilvia Maria de Lima Oliveira**
Coordenadora Geral
**José Teles dos Santos**
Coordenador Adjunto
Membros: **José Cardoso Mendes, Francisca Josilene Fernandes dos Santos, Davyane Farias Correia, Francisca Gregório de Oliveira, Francinete Cabral Lima, José Araújo Júnior, Sônia Maria Vieira de Sousa**

**Comitê Executivo**
**Secretário de Saúde/SESA –**
**Financeiro da SESA**
**Secretária Executiva/Cesau -**
**Financeiro/Cesau -**

Técnicos do CESAU - **Francisco Gilson Rocha Lima, Hariádina Salveano de Sousa, Joana D'Arc Taveira dos Santos, José Hibiss Farias Ribeiro, Lucivaldo Farias Maciel, Manoel Rodrigues e Silva, Maria Aurea Martins de Sousa Silva, Maria do Socorro Cardoso Nogueira Moreira, Maria Valbenia de Almeida, Paulo César Araújo, Rogena Weaver Noronha Brasil**

Apoio Administrativo - **Álvaro Mariani Neto, Ana Cristina Tabosa, Francisco Nathaniel, Lima Rebouças, Francisco Rodrigues Soares, Francisco Rodrigues Soares Filho, Kaio Stenio Targino Silveira, Luis Lúcio de Sousa Netto, Manuel Geraldo Neto, Ozenir Honório da Silva, Vitor Jorge Freitas Cavalcante**

Diagramação

**Ana Cristina Tabosa**
**Hariádina Salveano de Sousa**
**José Hibiss Farias Ribeiro**
**Manoel Rodrigues e Silva**
**Pedro Alves de Araújo Filho**

Ficha Catalográfica:

**Camilo Sobreira de Santana**

Governador do Estado do Ceará

**Maria Izolda Cela de Arruda Coelho**

Vice-Governadora do Estado do Ceará

**Marcos Antônio Gadelha Maia**

Secretário Executivo de Vigilância e Regulação de Saúde da Secretaria da Saúde

SECRETÁRIO DA SAÚDE (Respondendo)

**MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ – CESAU**

**(2018 – 2020)**

Pedro Alves de Araújo Filho

**Presidente**

Reginaldo Alves das Chagas

**Vice-Presidente**

Kilvia Maria Soares

**Secretária-Geral**

José Cardoso Mendes

**Secretário Adjunto**

## SUMÁRIO

Lista de tabelas .....
Prefácio 1 .....
Prefácio 2 .....
1. Apresentação .....
2. Programação .....
3. Metodologia .....
4. Plenária de Segmentos para eleição dos delegados .....
5. Modelo de Relatório .....
6. Resolução aprova a realização da conferência regional de saúde .....
7. Resolução aprova o Regimento.....
8. Regimento Interno .....
9. Decreto Nº /2019 Convoca a ___ Conferência Regional de Saúde .....
10. Portaria Nº /2019 Institui a Comissão Organizadora .....
11. Lista dos membros do CRS.....
12. Anexos:
- Resolução Cesau Nº _____de _____ de _____ 2019
- Regimento na 8ª CES
- Deliberações da 7ª Conferência Estadual de Saúde
- Deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde
- Ficha de Inscrição dos (as) Delegados (as) eleitos (as)

# DOCUMENTO ORIENTADOR DE APOIO AOS DEBATES DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

## APRESENTAÇÃO

Atualmente os desafios para a defesa da saúde se avolumaram para dimensões colossais, tendo dois pilares fundamentais. O primeiro pilar de desafios diz respeito à resistência aos mais violentos ataques aos princípios e diretrizes do SUS, realizados por forças que buscam uma contratação social para esse direito aos moldes anteriores a 1988. O outro pilar de desafios trata da formulação de políticas que possam desenvolver o SUS, na direção da superação de seus gargalos, que não são poucos. No último período, é possível tirar bons exemplos para comemorar e acumular forças. Realizamos a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, a Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, essa última presenteou o SUS, depois de 30 anos, com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

***No entanto, os desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado e da sociedade, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em soluções que permitam fazer com que o Direito à Saúde seja materializado na garantia do acesso a ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.***

Através das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, cujos

resultados já estão estampados nos principais jornais do Brasil. Assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa "8ª + 8", a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986. E, é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS (=8ª+8) são os mesmos, ou seja, o tema central é "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS". Os Eixos temáticos serão: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada na Constituição Brasileira e o caráter de inovação da participação social na saúde está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde.

Tendo como referência a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Ceará realizará sua 8ª Conferência Estadual de Saúde, numa conjuntura de crise política, econômica e social nacional e mundial, em que ao mesmo tempo que projetos de Sociedade e de Estado alinhados às políticas de austeridade questionam os Sistemas Universais de Saúde e o papel do Estado na garantia de direitos sociais, as históricas e profundas desigualdades sociais decorrentes do processo de acumulação capitalista evidenciam a importância e necessidade de que o Estado garanta um pacto de Proteção Social para a população.

Nesse contexto, com o objetivo de fortalecer e efetivar a participação e o Controle Social no SUS, identificamos a necessidade de se discutir, construir e pactuar diretrizes para a organização e funcionamento dos conselhos de saúde no nosso Estado, assim, incluímos o Eixo Temático IV - Composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

A etapa nacional será realizada de 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília, e será precedida por etapas municipais, de 02 de janeiro a 15 de abril, e pelas etapas

estaduais e distrital. Para a 8ª Conferência Estadual de Saúde, além das etapas municipais, contaremos com etapas regionais, como estratégia para discutirmos as necessidades e a política de saúde para o povo cearense de modo regionalizado. As etapas regionais acontecerão de 25 de abril a 30 de maio, e a etapa estadual nos dias 26 e 27 de junho. Todas as etapas com caráter deliberativo no âmbito de suas competências e devem contribuir para **formulação das políticas de saúde municipais e estaduais, ao mesmo tempo em que as propostas de cunho nacional serão levadas para deliberação na etapa nacional da 16ª CNS (=8ª+8).** A avaliação das condições de saúde e formulação de diretrizes, nesse momento, deverá levar em conta os avanços na definição organizativa e as diferentes dimensões da crise que vivemos, onde os componentes, político e organizativo, são muito relevantes.

***Contribuições para o debate***

O presente Documento Orientador tem como objetivo orientar as discussões nas etapas municipais e estaduais; atende ao disposto no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª +8) que foi aprovado pela Resolução CNS nº 594, de 09 de agosto de 2018; foi elaborado pela Comissão Organizadora da Conferência e aprovado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

O documento aborda as questões relacionadas ao tema central e aos eixos temáticos definidos para a 16ª CNS (=8ª+8) a partir do acúmulo do que foi produzido no âmbito do CNS nos últimos anos e da consulta a documentos oficiais e produções acadêmicas relacionadas. Ao final do texto relacionado a cada um dos temas, estão sugeridas **Perguntas Estimuladoras para o Debate.**

A fim de possibilitar a mobilização de atores dos diferentes segmentos sociais em torno de debates fundamentais na defesa da democracia brasileira, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano, e do SUS como política pública brasileira, foram realizadas atividades formativas preparatórias que compõe a agenda do CNS, como: a Semana da Saúde 2018, o Fórum Social Mundial, o 13º Congresso Rede Unida e o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO);

Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018; Plenárias Populares.

Também, o Conselho Nacional de Saúde promoveu as seguintes atividades temáticas, que foram coordenadas pelas suas Comissões Intersetoriais: Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; 1º Seminário de Saúde Mental; 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência "Garantia da Assistência Integrada", Oficinas sobre o financiamento em parceria com a CGU; 5º Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP).

Os resultados e produtos destas atividades, e outros documentos que venham a ser produzidos com o objetivo de aprofundar ou apresentar recortes em relação aos temas da conferência ficarão disponíveis na página eletrônica da 16ª CNS (=8ª+8) (conselho.saude.gov.br/16cns/) para contribuir com os debates e na formulação de diretrizes e propostas para a Etapa Nacional da conferência.

**16ª Conferência Nacional de Saúde (= 8ª+8) – Grande ação em defesa do SUS e da Democracia**

Num contexto de retrocessos das políticas sociais, a 16ª Conferência Nacional de Saúde, sendo o maior evento de participação social no Brasil, torna-se ainda mais relevante como uma grande ação em defesa do SUS e da democracia.

O desafio atual é conseguir a contribuição de toda a sociedade, de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde.

Defender o SUS **significa defender ações e serviços de saúde para a totalidade da população brasileira**, sendo que **para mais de 75% desta população o SUS é a única opção de assistência à saúde,** e defender conquistas que são exemplos para o mundo:

- ***Sistema nacional de transplantes***
- ***Sistema de hemocentro***
- ***Resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes Tratamento da Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids)***
- ***Distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes***
- ***Sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana,***
- ***Produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes***
- ***Expansão do programa saúde da família e a melhoria dos indicadores de saúde.***

**Leia, reflita, debata, critique.**
**Traga sua voz e suas propostas para a 16ª CNS (=8ª+8) e 8ª Conferência Estadual de Saúde**

**TEMA**

**DEMOCRACIA E SAÚDE**

Após a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, entre os quais, destaca-se o Direito Humano à Saúde e a proteção da vida. Contudo, a ampliação e universalização de direitos sociais, demorou pelo menos 40 anos até que esse processo fosse introduzido no Brasil, que só passou a internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 a 200, o conceito ampliado da saúde, responsabilizando o Estado pela sua garantia ao definir - *"Saúde é direito de todos e dever do Estado"*- e pela criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, processo motivado pela Declaração de Alma-Ata de 1978, mas principalmente pelo

movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, como parte da luta pela democracia, o movimento sanitário alcançou a garantia constitucional do direito universal à saúde e a elaboração institucional do SUS, tendo como pontos altos a 8º Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a própria promulgação da Constituição Federal.

Durante a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o sanitarista Sérgio Arouca em seu discurso defendeu a ideia de que "Democracia é saúde". Naquele momento o país vivia o período de redemocratização política e a Conferência fez a associação da Democracia com a Saúde, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a à condição de Direito Humano Fundamental. De acordo com Arouca conseguir a democracia era o "ponto de partida" para se ter saúde, ou seja, "a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia".

***(...) saúde não é simplesmente ausência de doença: "é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)". Sergio Arouca, 1986.***

Entretanto, o Brasil foi um dos raros países que conseguiu produzir esse tipo de proteção social com políticas abrangentes e solidárias. Nos demais países, essa

lógica estava sofrendo ataques brutais durante a década de 1980, seja com a Margaret Thatcher, na Inglaterra, ou com o Ronald Reagan, nos Estados Unidos, que apresentavam para o mundo o neoliberalismo e as políticas de austeridade econômica que impõe ajustes fiscais, processos recessivos e políticas sociais restritas.

***Os ataques ao Estado Democrático de Direito colocam a Saúde em risco***

A Constituição Federal de 1988 foi promulgada numa época de instabilidade econômica e de crise do capitalismo mundial, durante a qual os movimentos sociais que foram a base da mobilização das novas conquistas se retraíram; a ideologia neoliberal baseada nos processos de financeirização, de mercadorização e da desnormatização da relação Estado/Sociedade, proliferava pelo mundo e na América Latina; e os trabalhadores perdiam poder de compra causado pela estagnação econômica e pela hiperinflação. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo, por meio de isenções fiscais e de descontos no imposto de renda, consolidando os investimentos no setor privado.

Com isso, a Constituição Cidadã vem sendo atacada desde sua promulgação, o que impôs barreiras para efetivação de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o Direito à Saúde e ao Bem-Estar Social. Todavia, os mais duros ataques ao Estado Democrático de Direito, preconizado pela Constituição Federal de 1988, foram feitos justamente ao seu caráter Democrático e de Direito.

Dessa forma, ao não respeitar a soberania da vontade popular de uma eleição majoritária e ao instituir a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, romperam com o modelo de proteção social inscritos na nossa Constituição.

Tal investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos, não só do Brasil, mas do mundo, não só do nível nacional, mas também do nível local, do

território onde vivemos, como dizem "do global ao local", pois, o que está em disputa é o modelo de Estado e de Sociedade, como vivemos e como morremos, quem vive e quem morre, e a disputa entre a vida e a morte.

As consequências dessas disputas podem representar o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, pois seus desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas e não-humanas. A escolha é: Todos têm Direito à Vida? Alguns são descartáveis e podem ser eliminados? O conhecimento humano, a ciência e a tecnologia, a matriz de desenvolvimento econômico, impactarão nas relações de produção da vida; no avanço ou na tragédia, no local e no global. É possível ver o espectro da morte cobrir vastos territórios pelo mundo, como tem sido divulgado nos diversos meios de comunicação nacional e internacional: são as gaiolas com crianças na fronteira dos Estados Unidos; são os novos navios negreiros no Mediterrâneo; é a xenofobia e a intolerância ganhando força no Brasil e no mundo; é a violência como solução de conflitos; é uma brutal e cruel concentração de riqueza no mundo e no Brasil, diante disso, a defesa da vida passa a ter um caráter civilizatório na contemporaneidade.

***Lutar pela saúde é lutar pela Democracia***

Objetivamente, essas disputas travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como os que experimentamos nas três últimas décadas e resultaram em aprimoramento e fortalecimento do SUS. Contudo, diante das ameaças a direitos, da redução de investimentos, da retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da democracia.

Foram, portanto, os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes forças sociais (majoritariamente sem ligações partidárias, vinculadas a um amplo leque de organizações da sociedade civil e movimentos populares, desde organizações de usuários, organizações religiosas, profissionais

de saúde, gestores até as populações em situação de vulnerabilidade) conseguissem, mesmo de forma subfinanciada, importantes vitórias na implementação do SUS e da Saúde como Direito, como a Lei 8.142/90, que deu materialidade ao princípio constitucional, da participação da comunidade no planejamento e gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos de Saúde, sendo fundamental para os avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa tivesse "força de lei", consagrando o papel do Controle Social em relação a saúde, na formulação, fiscalização e mobilização da sociedade.

Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau, cumpre com seu papel de Controle Social, uma vez que as entidades que possuem assento, das diferentes representações (dos usuários, profissionais de saúde e gestores/prestadores de serviços) tem o mesmo direito a voz e voto.

***O papel do controle social na luta pela Democracia e Saúde***

As Conferências de Saúde têm sua relevância reconhecida para fortalecimento do processo democrático de participação social no processo de planejamento e gestão do SUS, por meio da construção de diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde que atendam os anseios e necessidades da população. O reconhecimento está centrado na sua potencialidade de fortalecer o arranjo democrático do estado brasileiro e no caráter de inovação que introduz na formulação e execução de políticas públicas. Sempre é oportuno lembrar o registro legal e o acúmulo produzido até o momento, principalmente quando se prepara uma Conferência Nacional de Saúde em um contexto de tamanha complexidade como o atual, onde os níveis de saúde da população mostram contradições e perigosos retrocessos.

Esse processo de conferência, assim como os Conselhos de Saúde, representam uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa

direta, de caráter ascendente, iniciando seu processo nos níveis municipais, estaduais, distrital, culminando com a etapa nacional.

***Democracia Representativa: os cidadãos devem escolher representantes políticos através de eleições. Assim, os indivíduos eleitos passam a ser responsáveis por representar, em tese, os interesses do povo na tomada das decisões de âmbito público.***

***Democracia Participativa Direta: os cidadãos debatem e votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver intermediários. A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões.***

As Conferências de Saúde, constituem-se, portanto, como espaços potentes de participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e das coletividades, do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros. Como registra o Parágrafo 1º, do Artigo 1º, da Constituição Brasileira de 1988, *"Todo poder emana do povo"* e deve ser exercido pelos representantes eleitos na perspectiva de fortalecer o Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e no pluralismo político. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, que respondem a essa condição primeira, devem operar pautados nos objetivos fundamentais de construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, religião ou credo e quaisquer outras formas de discriminação (Constituição Federal, Art. 3º).

Conforme determina a Lei Federal nº 8.142/90, as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas que, sem prejuízo das funções das instâncias de governo, têm

a representação dos vários segmentos sociais que constituem os diferentes territórios de abrangência, "para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes" (Lei Federal nº 8142/90, Art. 1º, Parágrafo 1º). As Conferências são, portanto, dispositivo previsto na legislação brasileira e compõem a arquitetura do Estado Democrático de Direito, conforme determina a Constituição Brasileira. Por outro lado, o caráter de inovação está justamente no reconhecimento de que o "Poder emana do povo", ou seja, não é apenas na escolha direta ou indireta de representantes políticos que se exerce a cidadania, no contexto da arquitetura institucional prevista na Constituição. É também, no caso da saúde, na participação direta, vocalizando suas opiniões e necessidades, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) expressa o caráter democrático do Estado Brasileiro por meio de políticas que devem ser formuladas e geridas pelos representantes na estrutura do Estado de forma a responder às necessidades de saúde da população e também na participação de representantes de grupos e instituições na avaliação, monitoramento e definição de diretrizes. Essa dupla inserção da participação cidadã, na escolha de representantes para a co-gestão governamental e na definição de diretrizes e avaliação das políticas e da situação de saúde, dá um caráter de inovação, fortalecendo o slogan que ecoou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de que "Saúde é Democracia", constituindo a ideia de que não basta um sistema de assistência às doenças, mas um sistema pautado na promoção e proteção da saúde.

Sendo assim, é preciso um sistema que, sob responsabilidade do Estado brasileiro, também atue nas condições que fortaleçam a saúde individual e coletiva, porque a saúde, "como direito fundamental do ser humano", inclui a "formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção,

proteção e recuperação" (Lei Federal nº 8080/90, Art. 2º). Trata-se do reconhecimento, como registra o Art. 3º da Lei Federal nº 8080/90, que

***"os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais".***

## Perguntas estimuladoras para o debate

1. **Como construir um Estado Social sobre as bases da solidariedade, da justiça social e da corresponsabilização coletiva pelos riscos individuais e coletivos, considerando as vulnerabilidades sociais, em um momento de questionamento profundo do papel do Estado e de políticas públicas voltadas para reversão do quadro de desigualdades inerentes ao processo de acumulação capitalista?**

2. ***Em quais situações do cotidiano podemos perceber o respeito à vontade popular, ou seja, como percebemos as conquistas do Estado Democrático de Direito na vida cotidiana no pleno exercício da cidadania?***

3. ***Quando a vontade popular é desrespeitada os direitos à saúde são diminuídos? É possível perceber isso no dia-a-dia da vida das pessoas, em seus territórios?***

## EIXO TEMÁTICO I - SAÚDE COMO DIREITO

A definição de que a saúde compõe um direito de todas as pessoas e grupos não é uma invenção do processo de Reforma Sanitária Brasileira e tampouco foi inserido na Constituição Brasileira de forma inédita. A Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948 menciona em seu art. 25:

***Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.***

O conceito de saúde decorrente dessa declaração exige que saúde seja entendida como direito humano fundamental, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente. O conceito de "pessoa" que está registrado no documento reconhece a diversidade humana e as condições de adversidade que mulheres e homens estão submetidos por condições estruturais e conjunturais constituídas sócio historicamente que não estão, portanto, totalmente sob sua capacidade de superação.

***Entender a Saúde como direito universal significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. No entanto, precisamos respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, equidade. Essa condição está associada ao***

***reconhecimento que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde.***

**A indivisibilidade** dos direitos significa que direitos outros, como: educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde, portanto, não devemos separar os direitos, entendendo que um não é mais importante que o outro, pois todos são fundamentais para o bem viver. A Constituição brasileira de 1988 registra esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde no entendimento do que ela representa para as pessoas e coletividades.

Ainda, para que a saúde seja tratada como direito humano, além de **universal e indivisível,** os direitos devem ser **interdependentes**, o que significa que para termos saúde de qualidade, depende que outros direitos não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o bem viver, sejam também garantidos. Colocar a saúde como um direito humano significa considerar que a saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida.

A concepção de saúde como **direito humano** foi referendada pelo movimento da reforma sanitária brasileira, no contexto das lutas contra a ditadura militar pela redemocratização do país, que agregou movimentos populares, profissionais de saúde, professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, que juntos lutavam por um novo modelo de sociedade e de estado que garantisse direitos sociais a todos os brasileiros.

Este movimento culminou com a realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, realizada em 1986, considerada o marco histórico da construção do maior sistema universal de saúde público do mundo, o SUS. Para muitos, esta conferência é lembrada como "um divisor de águas" da democracia participativa, por ter sido a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à participação da sociedade, e que confirmou o **conceito ampliado de saúde**, como mera ausência

de doenças, e passa a agregar fatores determinantes e condicionantes de saúde, de forma intersetorial.

Além dessa importante contribuição, a 8ª CNS foi inspiradora para formulação das bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a qual definiu a **Saúde como Direito de todos e Dever do Estado**, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

**A Constituição Federal de 1988** deu materialidade legal para a "Saúde como Direito de todos e Dever do Estado", o que não significa que a conquista legal tenha deixado de travar disputas com a tendência mercantilista de saúde e com o modelo de estado e de sociedade que a sustenta. Esta conquista constitucional foi apenas um passo deste processo de luta que vem sendo desencadeado cotidianamente pela mobilização da sociedade, principalmente pelos movimentos sociais e instâncias de Controle Social, ao longo destes 30 anos.

O momento atual, que inclui uma crise moral, ética e política relevante, também coloca em questão o processo histórico que antecedeu à Constituição atual. Mas é importante lembrar que os problemas de saúde que vivemos atualmente não são idênticos aqueles que o Brasil vivia até o final da década de 1980.

Avanços importantes no acesso às ações e serviços de saúde são visíveis e a negação dessa condição é argumento político dos setores que pretendem destruir essa conquista. Um exemplo, apenas, para recuperar a memória.

***Até o início da década de 1980, o acesso à assistência à saúde no sistema público era restrito na maior parte das condições aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos trabalhadores do mercado formal de trabalho (com carteira assinada) e uma parte importante da população, sem emprego formal ou em situação de desemprego, somente tinha acesso a ações de saúde pública e prevenção de doenças.***

Para esses segmentos de população, nas cidades e no campo, a assistência centrada nas doenças era feita em serviços filantrópicos, quando disponíveis, ou com o pagamento dos serviços. Ou seja, essa assistência, que segregava as pessoas, gerava ainda mais vulnerabilidade, com maior afastamento ao trabalho e fragilização econômica. Pertence ao registro da história da saúde no Brasil, principalmente em populações do campo e das periferias urbanas, a necessidade de venda de patrimônio pessoal e familiar, inclusive aquele que garantia o sustento, para acessar meios de tratamento das doenças.

A partir da Constituição de 1988, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado, o acesso a ações e serviços de saúde se torna universal, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania e que o conjunto de impostos e contribuições que todos os brasileiros e brasileiras recolhem regularmente às esferas de governo deve ser a fonte da sustentabilidade dessas ações. Não há gratuidade na sustentação do sistema de saúde: as fontes que mantém os orçamentos fiscais e da seguridade social tem como contribuintes as pessoas físicas e jurídicas que circulam pelo território.

Uma vez promulgada a Constituição Federal, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica que a regulamentasse. **No caso, a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 - Lei 8080/90** que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

***O controle social na garantia do direito à saúde***

Como a Lei 8080/90 sofreu vários vetos do presidente da república, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela **Lei nº 8142/90** que regula a participação social, por meio de instâncias oficiais de Controle Social, quais sejam: **Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.** Assim**,** garantiu-se a participação de atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios

do país com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

***O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública: fiscalização, monitoramento e controle das ações da Administração Pública. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo a oportunidade de os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão da coisa pública.***

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Juntamente com a gestão destas instâncias e de outras redes de articulação em prol da garantia da participação social, o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

Neste contexto, destaca-se ainda, o papel estratégico que tem o controle social na avaliação ética em pesquisa envolvendo seres humanos e na autêntica defesa dos sujeitos de pesquisa. No Brasil, esse controle vem sendo realizado por meio da atuação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, formada por especialistas, gestores e conselheiros nacionais de saúde representantes dos segmentos de trabalhadores e de usuários do SUS. Com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo

Conselho, tem caráter consultivo, deliberativo, normativo e educativo, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

***A regulação social da ética em pesquisa tem uma missão primordial de assegurar a autonomia e os direitos dos participantes de pesquisas, garantindo-lhes dignidade e pleno exercício de sua cidadania e toda e qualquer estratégia de afastar do controle social a prerrogativa desta regulação e acompanhamento deve ser frontalmente combatida, face ao que acontece esporadicamente com algumas propostas de lei que tenta retirar, ou descaracterizar, o papel do controle social junto aos Comitês de Ética em Pesquisa.***

## Perguntas estimuladoras para o debate

1. ***Quais obstáculos dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde?***
2. ***Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação ...) estão acessíveis a todas as pessoas?***
3. ***As especificidades de cada pessoa são respeitadas?***
4. ***As condições e fatores que expõe as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas?***
5. ***Como tem sido a sua participação e do seu grupo social na garantia do direito à saúde no seu território?***

## EIXO TEMÁTICO II - CONSOLIDAÇÃO DO SUS

***Reafirmar os princípios do SUS***

O SUS pode ser entendido a partir de um núcleo comum (único), que concentra os chamados **princípios doutrinários** associado aos **princípios organizativos** que orienta a operacionalização do sistema de saúde.

**Os princípios doutrinários**, aqueles chamados de princípios ideológicos/basilares do SUS, conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação/implementação, norteiam os **princípios organizativos ou diretrizes** na organização e operacionalização do Sistema.

***Universalidade*** - é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Historicamente quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS isto é diferente. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.

***Equidade*** - O objetivo da equidade é diminuir desigualdades, o que não significa que equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, tem suas peculiaridades e, portanto, necessidades diferentes. Equidade busca reconhecer a pluralidade e diversidade das necessidades de saúde, significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às

necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social, pois as iniquidades sociais e econômicas, constituídas e condicionadas sócio historicamente, geram desigualdades no acesso, na gestão e na produção e distribuição de ações e serviços de saúde.

***Integralidade*** - O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, não fragmentado e integrado a comunidade, o que significa que para atender às suas necessidades de ações em saúde deve-se levar em conta os aspectos envolvidos na vida do ser humano. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Os **princípios/diretrizes organizativos** que, como o nome diz, trata da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo de operacionalização a fim de concretizar o SUS na prática.

***Regionalização e Hierarquização***

De acordo com a CF, "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada". A regionalização e a hierarquização são formas de organização e funcionamento do SUS, o que vale dizer que os serviços devem ser organizados em rede de atenção, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, de modo a garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, de tal sorte que o cidadão tenha a garantia de acesso ao cuidado no tempo oportuno e de forma qualificada. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de

encaminhamento e de retorno de informações do nível básico do serviço. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

***Descentralização e Comando único***

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. No SUS, a descentralização deve se dar até o município, o qual deverá ter garantido condições de gestão, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Quanto mais perto estiver do cidadão, mais chance de acerto, pois está mais próximo da realidade e da possibilidade de a sociedade exercer o Controle Social.

***Participação Social***

O princípio da participação social é um dos marcos históricos do movimento da Reforma sanitária, quando, no final dos anos 1970, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais entre outros, se engajaram na luta pela redemocratização e pela saúde como direito.

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, onde a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, participando do poder decisório na perspectiva da co-responsabilidade e da co-gestão, radicalizando na democracia.

Ao estabelecer como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação Social/popular, a Constituição Federal de 1988 apontou para a

relevância da inserção da população brasileira na definição e acompanhamento de políticas públicas em defesa do direito à saúde, considerando que quanto maior o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores as chances de êxito. Haja visto, que diminui o distanciamento entre quem define a política de saúde, e a quem se destina esta política. Além disso, este princípio atribuiu importância a instâncias populares na fiscalização e controle social das ações do Estado e como instrumento para o exercício e aprimoramento da cidadania, considerando as especificidades de cada região brasileira.

### *O Modelo de Gestão fundamental para efetivação do SUS*

Discutir e pensar sobre Modelo de Gestão, em todas as áreas, significa fazer escolhas ou tomar decisões sobre qual o melhor caminho para atingirmos nossos objetivos. Do ponto de vista das organizações (públicas e privadas), o modelo de gestão representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, de como as coisas devem acontecer.

A gestão está além da prática gerencial. Os aspectos políticos, econômicos e sociais influenciam o modelo de gestão a ser adotado, que não se restringe apenas aos aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da gestão. A gestão é um processo técnico, político e social de produzir resultados.

Sendo assim, do ponto de vista do Estado, o modelo de gestão caracteriza-se como sendo o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas e estratégias de ação para levar a política pública a cumprir sua missão com eficácia e atendendo com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade.

Para a consolidação do sistema de saúde há necessidade do desenvolvimento de um modelo de gestão condizente com suas diretrizes. A principal característica da gestão concebida no SUS é a **Gestão Estratégica e Participativa**, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, **com**

**ênfase no controle social**, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os **Conselhos e as Conferências de Saúde,** instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Neste modelo, a gestão estratégica e participativa do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, operar e executar as ações e serviços de saúde; definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; monitorar o nível de saúde da população e seus indicadores; gerenciar e aplicar de maneira suficiente os recursos orçamentários e financeiros; definir políticas de recursos humanos; realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, com a participação ativa da comunidade em todas essas ações.

Os conselhos de saúde, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo, assim, para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

Neste momento, em que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) tem como um dos seus objetivos reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas, é fundamental a reafirmação das diretrizes que devem nortear o modelo de gestão a ser implementado no SUS:

1. Gestão de caráter estratégico e participativo.
2. Formulação e execução de políticas econômicas e sociais com impacto na redução de riscos de doenças e de outros agravos.

3. Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.
4. Execução, direta pelo Estado, de ações e serviços de saúde.
5. Caráter complementar da participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, que devem estar submetidas às diretrizes do SUS, incluindo o controle social.
6. Organização das ações e dos serviços de saúde de forma regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade crescente e articulada em redes de atenção.
7. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, com promoção de equidade.
8. Aplicação de recursos financeiros em ações e serviços de saúde públicos de forma constante, crescente e suficiente por parte da União, do Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

**Importância de um modelo de atenção que atenda aos princípios do SUS e seja resolutivo**

Os Modelos de Atenção à Saúde referem-se a combinações e estruturação de tecnologias que devem servir para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades, individuais ou coletivas, de saúde da população. Em suma, um modelo de atenção reflete as escolhas técnicas, as decisões políticas e os financiamentos estruturados para esse atendimento.

Considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais, culturais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades, a avaliação da situação de saúde da população que

configura a realidade sanitária vivida pelo Brasil deve ser a base para a estruturação do modelo de atenção.

Complementando, podemos dizer que o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade

Por essa característica, a definição, ou as escolhas em torno do modelo de atenção é palco de disputas por projetos no campo da saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, ou seja, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

Com o SUS, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, torna-se necessária a mudança do modelo de atenção à saúde. Ao longo dos anos de implementação do SUS trava-se uma disputa para a substituição do modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão, por um modelo de atenção que conjugue, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos.

No âmbito do SUS a organização da atenção à saúde deve considerar, além é claro dos três princípios fundamentais como o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade, uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja o resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

***As características do Modelo de Atenção para a consolidação do SUS***

O modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões:

1. Integralidade do cuidado
2. Garantia do acesso
3. Regionalização e descentralização dos serviços
4. Ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população
5. Ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais
6. Intervenção nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais.

Nesta perspectiva, é importante que a assistência seja organizada pela lógica da centralidade de uma Atenção Básica coordenadora do cuidado integral, contínuo e longitudinal, orientadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, descentralizada, próxima da vida das pessoas, com cobertura de serviços e ações para 100% da população, em articulação com demais dimensões do sistema, como a média e alta complexidade, que devem estar organizadas quantitativamente e qualitativamente para garantir a integralidade do Sistema.

***A defesa da Estratégia de Saúde da Família para a consolidação do Modelo de Atenção resolutivo***

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Embora ainda em implementação, ampliação e qualificação, a ESF já conta com avanços significativos, tais como:

1. Modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade;

2. Atenção contínua e longitudinal por uma mesma Equipe de Profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócio epidemiológicos;
3. A Atenção Básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema;
4. Aumento da resolutividade de ações;
5. Afirmação da Atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como modelo de atenção estruturante da Atenção Básica e do SUS por promover a reorientação do processo de trabalho e das ações em saúde com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos de uma Atenção Primária à Saúde integral, considerando que o modelo biomédico tradicional de assistência hegemônico impôs um descompasso dos princípios do SUS em relação à realidade concreta de implantação do sistema público de saúde universal e de qualidade no País, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Nestes anos de implementação, a ESF alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde, redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outros.

Tais avanços se deram em parte por medidas como:

1. Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
2. Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde;
3. Criação do Programa Brasil Sorridente;
4. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
5. Criação do Programa Mais Médicos, ampliando a cobertura territorial com a presença do profissional de saúde e consequentemente aumento quantitativo e qualitativo da população atendida.

Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 municípios possuem Estratégia de Saúde da Família e mais de 121 milhões de pessoas - mais de 2/3 da população, estão sendo beneficiadas pela ESF.

***Perguntas estimuladoras para o debate***

1. *Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade nos diferentes níveis de atenção para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas?*
2. *Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?*
3. *Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?*

## EIXO TEMÁTICO III
## FINANCIAMENTO DO SUS

***Da conquista à fragilização da Seguridade Social***

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabeleceu um marco no sistema de proteção social do país, na ampliação da solidariedade e inclusão social, ao adotar a concepção de **Seguridade Social como um direito universal que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.** Substituindo assim, a lógica dos seguros, na qual o direito era restrito à assistência médica e destinado somente aos trabalhadores formais com carteira de trabalho assinada.

Apesar desse avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido importantes ataques, desde a década de 1990, dificultando, assim, que as pessoas alcancem efetivamente a proteção social que lhes é de direito. De um lado, estão aqueles que insistem na defesa da Seguridade como base de um projeto de Estado Social; de outro lado, estão os que consideram as determinações constitucionais um empecilho ao equilíbrio das contas públicas.

A Desvinculação de Receitas da União (DRU), criada em 1994, permitia a desvinculação de 20% das receitas da Seguridade Social. Com a Emenda Constitucional (EC) 93/2016 prorroga a DRU até 2023 e amplia de 20% para 30% o percentual a ser desvinculado e estabelece também a possibilidade de desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e municípios (DRE e DRM). Esses recursos em sua maior parte, são redirecionados para o alcance de metas fiscais. Além disso, a EC 95/2016 que congela por 20 anos as despesas da União, representa um duro golpe para o financiamento das políticas sociais e dos direitos inscritos na Constituição.

Parte desses ataques são caracterizados pela implementação da denominada **política de austeridade fiscal** representadas por um conjunto de medidas de ajuste macroeconômico do doutrinário neoliberal e materializados com reformas que alteram direitos trabalhistas, previdenciários e de cortes de gastos com saúde e educação, sob o argumento de necessidade de reequilibrar as contas públicas e como estratégia de superação da crise econômica que se vive, reflexos da crise do

predatório capitalismo financeiro, externamente; e na conjuntura interna, de uma crise política atrelada a escandalosos esquemas de corrupção.

Assim, em nome do desenvolvimento econômico e da modernização do Estado os governos colocam a política econômica como prioridade, ou seja, as metas e resultados fiscais são as principais finalidades de suas ações, subordinando, assim, as políticas da seguridade social a um verdadeiro processo de retirada dos direitos sociais e garantias existentes. Cabe, ainda, ressaltar que as reformas trabalhista e da previdência social têm, também, uma significativa contribuição no agravamento do desmonte da seguridade social.

***O Subfinanciamento do SUS***

A partir da década de 1990, o desafio de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros e todas as brasileiras de forma descentralizada, universal, equânime e integral reforçou a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde. A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto às necessidades do sistema como os legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à Saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS.

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Antes do SUS, o financiamento praticamente se restringia às contribuições dos trabalhadores organizados que, mais tarde, ficaram vinculados à Previdência Social. Apesar de estar previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde que preveem fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo, o financiamento do SUS tem sido instável e insuficiente, caracterizando real **Subfinanciamento** do SUS, desde a sua criação.

***"não aplicação integral do orçamento da Seguridade Social no financiamento da saúde, previdência e assistência social, que se reflete na***

***não priorização da saúde como um direito constitucional e universal, ao lado de momentos de crises fiscal e financeira do Estado brasileiro são fatores determinantes de insuficiência histórica do financiamento do SUS"***

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o financiamento da saúde pública é precarizado, as sucessivas renúncias fiscais e subvenções de dinheiro público, inclusive para o setor privado de saúde, têm provocado uma expansão deste setor que subverte a ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS.

As tentativas de vinculação de receitas e/ou de percentuais de gastos mínimos não conseguiram reduzir a instabilidade do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo. Os 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde definido pela CF de 1988 nunca foi cumprido.

***A histórica luta pela redução da instabilidade de financiamento do SUS***

As disputas e embates por recursos financeiros para o desenvolvimento de um SUS público e universal estão presentes na sociedade brasileira desde a sua criação.

Já nos primeiros anos de implementação, foram várias as iniciativas para viabilizar a sustentabilidade financeira do SUS. Por exemplo, no ano de 1993, a PEC 169 propunha: a aplicação, pela União, de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) + 10% das Receitas de Impostos Federais; a aplicação, pelos Estados, pelo DF e pelos Municípios, de no mínimo 10% da receita resultante dos seus impostos. Em 1995, a PEC 82 propunha a instituição da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Em 1997, considerando o Subfinanciamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela Lei nº 9.311/1996, com vigência

entre 1997 e 2007, quando sua prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional. Inicialmente destinada integralmente à Saúde não representou acréscimo de financiamento para o SUS ao longo de sua vigência, perdendo, a partir de 1994, a sua condição inicial de "fonte exclusiva" quando parte do arrecadado passou a financiar o Fundo de Emergência Social (FSE), processo que, posteriormente, ficou denominado como DRU- Desvinculação de Receitas da União, mecanismo que permite ao governo federal retirar 30% do orçamento da seguridade social (OSS) para o tesouro nacional.

***Aprovada a Emenda Constitucional nº 29 – EC 29, que constituiu uma desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social, e a partir de 2000, substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do PIB, determinou a aplicação de, no mínimo, 12% da Receita de Impostos e Transferências pelos Estados e DF e de, no mínimo, 15% da Receita de Impostos e Transferências pelos Municípios. O desempenho do PIB ao longo da primeira década deste século XXI foi pouco dinâmico, o que acarretou a perda de dinamismo dos recursos federais frente às necessidades crescentes do SUS.***

A regulamentação da EC 29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS. Durante este período houve uma luta do controle social para esta regulamentação, como o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 1/2003 e outros projetos de lei que propunham mudanças na aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas, inclusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta em 2007).

**PLC 1/2003**

| | |
|---|---|
| União | Aplicação de, no mínimo, 10% das Receitas Correntes Brutas |
| Estados e DF | Aplicação de, no mínimo 12% das Receitas de Impostos e de transferências constitucionais |
| Municípios e DF | Aplicação de, no mínimo, 15% das Receitas de Impostos e de transferências constitucionais |

Assim, com a vigência da Emenda Constitucional 29 a partir do ano de 2000, mantém-se um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes para o financiamento do SUS.

***A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fossem resolvidos. A regulamentação da EC 29 aconteceu no ano de 2012 com a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), que, apesar de estabelecer claramente "o que pode" e "o que não pode" ser considerado como ações de saúde e aumentar a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS, não incluiu os 10% das Receitas Correntes Brutas, mantendo a regra estabelecida na EC 29, o que significou que novos recursos financeiros para a saúde universal não foram assegurados.***

**O Movimento Nacional em Defesa da Saúde - "Saúde Mais 10",**

Neste momento, a partir do diálogo entre diferentes movimentos sociais focados na saúde pública e com o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde e de várias entidades nacionais e movimentos sociais, nasceu o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - "Saúde Mais 10", tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, sendo necessária a alteração da LC 141/2012.

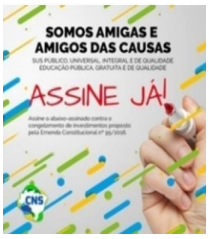
***O movimento com mais de 2,1 milhões de assinaturas viabilizou a tramitação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) 321/2013 que previa a aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta da União (ou seu equivalente em RCL) no financiamento da saúde, mas que não teve respaldo do Congresso Nacional.***

A luta e mobilização pelo financiamento adequado ao tamanho dos desafios dos SUS não tiveram trégua no controle social. Em continuidade ao movimento Saúde Mais 10, a frente ABRASUS lança manifesto em defesa do SUS no período preparatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015). Neste momento a defesa da aprovação da PEC 01/2015 passa a ser fundamental para a garantia do atendimento gratuito e de qualidade aos brasileiros e às brasileiras, ao assegurar o percentual mínimo da receita corrente líquida para custeio da saúde no Brasil.

***O agravamento do Subfinanciamento do SUS com a EC 95***

A partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofre mais um duro golpe. É aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95/2016, que ficou conhecida como a "PEC da Morte". Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036 afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública.

Na prática, a consequência final desse processo é a deterioração progressiva das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.




**O Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou o abaixo assinado contra a Emenda Constitucional nº 95/2016 para ser enviado ao Supremo Tribunal Federal (STF).**

***O objetivo do abaixo-assinado é impedir a execução ilegal da Emenda Constitucional 95/2016, que substitui o "teto" (limite máximo) de despesas nas áreas de saúde e educação pelo "piso" (limite mínimo) de 2018 a 2036. Estima-se que, com o congelamento de investimentos, haverá uma redução de 400 bilhões no orçamento durante esse período. A fixação da regra do "teto" reduzirá, na prática, as despesas por habitante com o SUS e com a educação pública. Ainda que a população cresça nas próximas duas décadas, o governo vai reduzir os investimentos, mesmo diante de direitos básicos, garantidos na Constituição de 1988. "O acesso à saúde e à educação como obrigação do Estado deve estar acima de quaisquer divergências político-ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna", diz o documento.***

***Desafios para um financiamento capaz de favorecer a implantação da saúde universal no nosso país***

- Que a União aplique 10%, no mínimo, da sua receita corrente bruta (ou seu equivalente em RCL) em ações e serviços públicos de saúde.
- Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL (fonte de financiamento para a saúde) para instituições financeiras (atual 9%) para 18%
- O aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social);

- O estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social, e consequentemente para a saúde.
- Defesa do caráter público e universal do direito à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.
- Implementação da ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS, não permitindo que os interesses privatizantes sejam preponderantes no modelo de gestão e de atenção à saúde no SUS
- Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a "saúde" financeira do referido orçamento

***Perguntas estimuladoras para o debate:***

1. ***Quais são as principais consequências da falta do financiamento insuficiente do sistema público de saúde na realidade local, regional e nacional?***
2. ***Quais são as principais ações possíveis para a superação do Subfinanciamento da saúde?***

## EIXO TEMÁTICO IV
## COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A Lei nº 8.142/90 que regulamenta a diretriz constitucional (artigo 198, inciso III, da CF/88) de participação da comunidade no processo de planejamento e gestão do SUS, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas estratégicas para o controle social da Administração Pública.

O Conselho de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e fiscalização das políticas de saúde nas esferas municipais,

estaduais e federal. Representa um importante espaço para a efetivação do Controle Social dando voz à sociedade que participa do planejamento, monitoramento e avaliação as ações e serviços públicos de saúde e dos serviços privados contratados e conveniados no âmbito do SUS.

A Lei nº 8.142/90 reforçada pela Lei Complementar nº 141/2012, condiciona o repasse de recursos do SUS a instituição e efetivo funcionamento dos Fundos e Conselhos de Saúde em cada ente da federação, além da elaboração do Plano de Saúde e dos demais instrumentos de gestão com a devida participação e apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde.

A Lei Federal supracitada no seu § 2° define o Conselho de Saúde como órgão colegiado, permanente e deliberativo do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas em leis específicas, desde que obedecida a Lei no 8.142/90 e deliberações de Conferências. Composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Define ainda, que a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos e que terá sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Em consonância com a Lei Federal, a Resolução nº 453/2012 em conjunto com a Resolução nº 554/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), define as diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Devendo ser observado também, o Acórdão TCU 1.130/2017 do Tribunal de Contas da União,

que visa o aprimoramento das funções e desempenho das atividades do controle social na saúde.

Em consonância com as diretrizes e recomendações que constam na legislação sobre composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, gostaríamos de destacar alguns pontos para reflexão e discussão nesta conferência, cujas deliberações devem nortear a reformulação da composição, organização e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde do Ceará.

Cabe ressaltar que no decorrer de 2018, o Cesau visitou os Conselhos Municipais de Saúde - CMS com objetivo de realizar diagnóstico e prestar apoio referente a composição, organização e funcionamento dos CMS. Os resultados preliminares das referidas visitas, apontam fragilidades e divergências entre as normativas e o efetivo funcionamento dos Conselhos. Nesse horizonte de compreensão, destacamos ainda o processo de revisão do regimento interno do Cesau e algumas questões omissas na legislação nacional, evidenciando a necessidade de construção de diretrizes complementares sobre organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

**Composição**

A Resolução 453/2012 do CNS estabelece que o número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei. As vagas e, consequentemente, a paridade definida em Lei, deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;

b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, com ou sem fins lucrativos.

As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas, conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 453/2012 e 604/2018.

A composição dos Conselhos de Saúde e suas possíveis alterações somente devem ocorrer em decorrência de proposição deliberada em Conferência de Saúde respeitando a paridade definida na legislação. Por outro lado, o processo eleitoral para os membros dos Conselhos de Saúde para renovação dos mandatos tem se mostrado um ponto frágil na perspectiva de que esse seja um processo transparente e democrático. Pois, a própria legislação é contraditória nessa questão, já que delega às entidades, movimentos e instituições eleitas para compor o Conselho de Saúde a realização das eleições/escolha de seus representantes comunicando o Conselho posteriormente, conforme Res. 453/2012 do CNS.

Por sua vez, o Decreto nº 5.839/2006 e resoluções que regulamentam a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a eleição das entidades e dos movimentos sociais nacionais de usuários do SUS, das entidades nacionais de profissionais de saúde e de prestadores de serviços de saúde, não se aplicam ao Conselho Estadual e Conselhos Municipais, haja vista que a composição desses conselhos é determinada em Conferência de Saúde e não sofre alteração a cada mudança de mandato, como é possível no CNS.

Desse modo, destacamos que cabe ao Conselho de Saúde constituir comissão eleitoral para convocar e conduzir a eleição dos representantes das entidades, movimentos e instituições de usuários e entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde. Sendo a indicação aplicável apenas aos

representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde, por serem cargos individuais de livre nomeação e exoneração.

**Organização e Funcionamento**

A falta de condições necessárias para o funcionamento dos Conselhos, de modo autônomo e independente, tem se constituído um entrave para que estes executem a contento suas funções, evidentemente, fragilizando a efetivação do Controle Social na saúde do Ceará.

O Acórdão TCU 1.130/2017 e Res. CNS 554/2017 estabelecem que os Conselhos de Saúde têm a prerrogativa e a responsabilidade objetiva de estabelecer as diretrizes para a gestão e para a atenção à saúde em sua esfera de competência. Por sua vez, a Res. 453/2012 do CNS em sua 4ª diretriz define que as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico.

Sendo recomendado que secretaria-executiva seja coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão, com a função de ajudar a promover o diálogo entre o Pleno do Conselho, Mesa Diretora e Gestores e é de fundamental importância para o efetivo desempenho do Conselho de Saúde e para a consolidação do Controle Social.

A despeito da ausência na legislação nacional em vigor de orientação sobre mandato, exceto o que está definido em legislação específica para o Conselho Nacional de Saúde e demais conselhos estaduais e municipais, é consenso que o mandato do conselheiro (a) de saúde será de 2 anos com direito a recondução por igual período, ou seja, por mais 2 anos. Entretanto, não se observa, na maioria das leis e regimentos dos municípios visitados, orientações claras sobre processo

eleitoral e a definição de interstício entre os mandatos, isto é, período em que o conselheiro/a deverá ficar, obrigatoriamente, afastado do Conselho após expirado seu mandato. Entendemos que o interstício deve ser equivalente ao período de mandato.

Consideramos o afastamento importante para proporcionar renovação das representações e uma maior capilaridade e apropriação da sociedade sobre a função e importância do Controle Social no SUS, além do que está recomendado na Res. 453/2012 do CNS.

Sobre a estrutura dos Conselhos é recomendado que sejam definidos em lei, tendo como estrutura básica: Plenário, Mesa Diretora e Secretaria Executiva, podendo ser acrescido de comissões de acordo com a necessidade. Verificamos municípios sem mesa diretora e secretaria executiva em lei ou devidamente regularizados. Lembramos que a Mesa Diretora deve ser eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa na legislação.

Conforme Acórdão TCU nº 1130/2017 e Res. nº 554/2017 do CNS ***a autoridade máxima da direção do SUS em sua esfera de competência não deve e nem pode acumular o exercício de presidente do Conselho de Saúde, a fim de privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública.***

Consequentemente, o gestor da pasta não deve ser o presidente do colegiado e por analogia não poderá fazer parte da mesa diretora do Conselho, porque em algum momento este poderia assumir a presidência do colegiado. Por outro lado, a participação do Secretário(a) de Saúde nas reuniões e cotidiano do Conselho é fundamental para o Controle Social no SUS e para a construção de uma relação democrática, dialógica e transparente de corresponsabilidade e de co-gestão entre Conselho de Saúde e gestão para a efetivação do direito à saúde.

## *ALGUNS NÚMEROS DO SUS*

- Contribuição expressiva para o aumento da expectativa de vida 1988 – 69,7 Anos 2018 – 76 Anos
- Mais de 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais ao ano
- Mais de 1,4 bilhão de consultas médicas ao ano
- Mais de 11,5 milhões de internações ao ano
- Saúde da Família atinge a mais de 112 milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%) ao ano
- 619 milhões de atendimentos realizados em mulheres no SUS ao ano
- 2,7 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde ao ano
- Mais de 27 mil transplantes ao ano
- Mais de 150 milhões de pessoas por ano atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
- Mais de 250 mil agentes comunitários de saúde na quase totalidade de municípios
- O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos para toda a população
- O Programa Nacional de Imunizações contempla crianças, adolescentes, adultos, idosos gestantes e povos indígenas.
- Ao todo, são disponibilizadas na rotina de imunização 19 vacinas, cuja proteção inicia nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida.

# REGIMENTO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

**RESOLUÇÃO Nº. _____ , de _____ de _____ de 2019.**

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde, em sua 475ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 07 de janeiro de 2019, 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 8ª Conferência Estadual de Saúde.

## CAPÍTULO I
## DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art.1º. A 8ª Conferência Estadual de Saúde – 8ª CES, convocada pela Portaria nº 80/2018/Cesau/SESA para 26 a 27 de Junho de 2019, etapa para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8), convocada pelo Decreto Presidencial nº 9.463, de 08 de agosto de 2018, publicado no Diário Oficial da União de 10 de agosto de 2018, tem como objetivos:

I - Reafirmar, fortalecer e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, público, universal, integral, equânime com financiamento adequado e regular visando garantir a saúde como direito humano e dever do Estado com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

II - Propor diretrizes para formulação da Política Municipal, Regional e Estadual de Saúde e o fortalecimento das ações e serviços de saúde;

III – Mobilizar, debater e estabelecer diálogos com a sociedade cearense acerca da temática da Conferência com enfoque na defesa da democracia, da saúde como direito e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS;

V – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

VI – Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual – PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS;

VII – Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.

VIII – Discutir e definir diretrizes para organização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde do Ceará;

IX – Discutir e redefinir a composição dos Conselhos Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde do Ceará;

X - Garantir a permanência do Controle Social do SUS por meio dos Conselhos de Saúde como órgãos permanentes e deliberativos orgânicos do Sistema Único de Saúde.

## CAPÍTULO II

## DO TEMA

Art.2º. A 8ª Conferência Estadual de Saúde (8ª CES) tem como tema central "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS".

§1º. Os eixos temáticos da 8ª CES são:
I – eixo 1: Saúde como direito;
II – eixo 2: Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
III – eixo 3: Financiamento adequado e suficiente para o SUS;
IV – eixo 4: Composição, Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde.

§2º. O Documento Orientador da 8ª CES, de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão de Formulação e Relatoria, com base no tema central e eixos temáticos da 16ª Conferência Nacional de Saúde e deverá considerar as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde.

§3º. Os eixos temáticos poderão sofrer ajustes respeitando o debate acumulado pelo Conselho Estadual de Saúde.

§4º. As apresentações dos (as) Expositores (as), nas distintas etapas da Conferência, têm a finalidade de qualificar os debates e serão orientadas por ementas.

## CAPÍTULO III
## DA REALIZAÇÃO

### SEÇÃO I
### DAS ETAPAS

Art.3º. A 8ª CES terá abrangência estadual, precedida da realização das Etapas Municipais e Regionais, assim como Conferências Livres, conforme abaixo:

I – As etapas municipais deverão ser realizadas entre 02 de janeiro a 15 de abril 2019;

II – As etapas regionais deverão ser realizadas entre 25 de abril a 30 de maio de 2019;

III – As Conferências Livres poderão ser realizadas até 30 de maio de 2019;

IV – A Etapa Estadual, dias 26 e 27 de junho de 2019.

§1º. Considera-se Regiões 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 ocorrerá ainda que não sejam realizadas as etapas previstas nos incisos I, II e II em sua integralidade.

§3º. Em todas as etapas da 8ª Conferência Estadual de Saúde (CES) será assegurada a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos, obedecendo ao previsto na Resolução CNS nº 453/2012 e na Lei nº 8.142/1990.

## SEÇÃO II
## ETAPA MUNICIPAL

Art.4º. As Conferências Municipais e/ou Plenárias Populares são etapas preparatórias às Conferências Regionais de Saúde (CRS) devendo ter ampla divulgação e mobilização sendo à participação na condição de delegados (as) ou convidados (as).

§1º. As etapas municipais elegerão delegados (as) para a Etapa Estadual e às respectivas CRS.

§2º. Somente os Delegados Eleitos nas Conferências Municipais participarão das Conferências em suas respectivas regiões com o objetivo de alinhamento de propostas. As Etapas Regionais não elegerão delegados para a 8ª Conferência Estadual de Saúde.

§3º. O conjunto dos (as) delegados (as) municipais deverão ser eleitos pelos municípios respeitando o princípio da paridade e a proporcionalidade do contingente populacional municipal, conforme as **TABELAS A**, em anexo, para as etapas regionais e etapa estadual.

§4º. As Plenárias das Conferências Municipais deverão incentivar que sejam eleitas pessoas que ainda não participaram de outras conferências e que tenham demonstrado compromisso ético e político com a conferência, bem como com os debates em torno do tema central da 8ª CES.

Art.5º. Os debates poderão utilizar como referência o documento orientador, compreendido como instrumento de apoio ao debate, aprovado pelo Cesau, reformulado pela Comissão Organizadora e Relatoria da 8ª CES sem prejuízo de outros textos.

§1º. O tema central e eixos temáticos poderão ser trabalhados de modo agregado desde que seja garantido o debate de todos os temas propostos, preferencialmente, em Grupos de Trabalho (GT), cujos resultados devem ser consolidados, sistematizados e hierarquizados, no máximo, em cinco_propostas, por eixo temático e seus respectivos níveis federativos de competências, para apresentação à Plenária Final e encaminhados a Comissão Organizadora da CRS.

§2º. O número máximo de propostas por eixo definidos no §1º não se aplicam ao eixo 4, por se tratar da elaboração de diretrizes sobre a composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde;

§3º. Os (as) coordenadores (as) das Comissões de Organização das CMS devem encaminhar os Relatórios Finais (RF) contendo o consolidado de propostas por eixo temático e seus respectivos níveis de competência e a relação de delegados eleitos, titulares e suplentes, devidamente identificados em formulário próprio – nome completo, data de nascimento, CPF, RG, Eixo Temático que deseja participar (de acordo com a disponibilidade de vagas por Eixo) e contatos (telefone e e-mail) - à Comissão Organizadora da CRS, no prazo máximo de 10 dias da realização do evento. Após este prazo, a comissão não receberá o referido relatório, não havendo possibilidade de prorrogação para inscrições de delegados e envio de propostas.

§4º. A consolidação dos relatórios das Etapas Municipais pela Comissão de Relatoria da CMS e o Documento Orientador, subsidiarão a realização e os debates da Etapa Regional.

## SEÇÃO III
## ETAPA REGIONAL

Art.6º. Cada Região de Saúde realizará sua Conferência Regional de Saúde – CRS, como subsídio para a Etapa Estadual, com a participação dos(as) delegados(as) eleitos(as) nas respectivas conferências municipais componentes da região e convidados(as) da regional de saúde, articulando, mobilizando e acompanhando os municípios na realização de suas Conferências, Plenárias e/ou Reuniões ampliadas.

§1º. A Comissão Organizadora da Conferência Regional de Saúde – CRS, será responsável pela realização da Etapa Regional, com o acompanhamento do Conselho Estadual de Saúde do Ceará.

§2º. As Comissões Organizadoras da Etapa Regional serão compostas por representantes dos Conselhos Municipais do município-sede da Região de Saúde, representantes das Secretarias Municipais de Saúde, representantes das

Coordenadorias Regionais de Saúde e representantes do Cesau;

§3º. Cada Comissão Organizadora da CRS, designará Relatores (as) que serão responsáveis, além de todos os registros da CRS, consolidação das propostas e o relatório final para a Etapa Estadual, cumprindo-se os prazos previstos neste Regimento.

§4º. Os (as) Relatores (as) das CRS serão credenciados pela Comissão de Formulação e Relatoria da 8ª Conferência Estadual de Saúde – 8ª CES, onde terão acesso on-line, para emissão das propostas para a 8ª CES;

§5º O tema central e eixos temáticos deverão ser discutidos, preferencialmente, em Grupos de Trabalho (GT), cujos resultados devem ser consolidados, sistematizados e hierarquizados, no máximo, em cinco propostas, por eixo temático e seus respectivos níveis federativos de competências, para apresentação à Plenária Final e encaminhados a Comissão Organizadora da 8ª CES.

§6º. O número máximo de propostas por eixo definidos no parágrafo anterior não se aplicam ao eixo 4, por se tratar da elaboração de diretrizes sobre a composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde;

§7º. Os (as) coordenadores (as) das Comissões de Organização das CRS devem encaminhar e cadastrar no link disponibilizado pela pela Comissão Organizadora da 8ª CES, os respectivos Relatórios Finais (RF) contendo o consolidado de propostas por eixo temático e seus respectivos níveis de competência e a relação de delegados eleitos, titulares e suplentes, devidamente identificados em formulário próprio – nome completo, data de nascimento, CPF, RG, Eixo Temático que deseja participar (de acordo com a disponibilidade de vagas por Eixo) e contatos (telefone e e-mail) - à Comissão Organizadora à Comissão Organizadora da 8ª CES, até às 17h do dia 10 de junho de 2019. Após este

prazo, o sistema será fechado não havendo possibilidade de prorrogação para o envio das propostas e dos dados dos delegados.

## SEÇÃO IV
## ETAPA ESTADUAL

Art.7º. A Etapa Estadual terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador, nos Relatórios das Conferências Regionais, aprovará propostas para Etapa Nacional , 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 às Etapas Municipais e Regionais e Conferências Livres.

Art.8º. O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau) definirá o número de delegados (as) por Região de Saúde que participarão da Etapa Estadual, observando a paridade prevista na Lei nº 8.142/1990, na Resolução Nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução Nº 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde e Relatório Final da 7ª Conferência Estadual de Saúde, respectivamente disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.html

Art.9º. Na Etapa Estadual só poderão participar os (as) delegados (as) eleitos (as) nas Conferências Municipais, os Conselheiros Estaduais de Saúde (delegados natos), titulares e suplentes, e convidados(as) do Cesau, 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.

Art.10º. As inscrições dos (as) delegados (as) da Etapa Estadual, eleitos (as) para participarem da 16ª CNS, serão realizadas pela Comissão Organizadora da 8ª

Conferência Estadual de Saúde – 8ª CES.

Parágrafo único: A 8ª CES elegerá 120 delegados para 16ª CNS conforme **TABELA B**, em anexo.

Art.11º. A 8ª CES será realizada em Fortaleza – CE.

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

§2º. O Regimento, Manual Orientador para a 8ª CES e o Sistema Virtual de Envio de Propostas e Delegados (as) proposto pela Comissão de Formulação e Relatoria e Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade 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 deste colegiado para pesquisa, por tempo indeterminado.

§4º. O Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde ficará aberto para consulta pública e sugestões de alterações no site: www.cesau.ce.gov.br até às 17h, do dia 31 de maio de 2019;

§5º. As sugestões obtidas da consulta virtual a que se refere o §4º deste artigo serão sistematizadas pela Comissão de Formulação e Relatoria da 8ª CES.

§6º. O regimento da Etapa Estadual, sistematizado pela Comissão de Formulação e Relatoria após consulta virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, em Reunião do Pleno do Cesau, anterior a realização da Etapa Estadual.

§7º. Ficam encerradas quaisquer alterações no Regimento da 8ª CES após aprovação pelo Pleno do Cesau oriundo de processo de consulta pública, portanto, não será realizada leitura, discussão, alterações e apreciação do Regimento da 8ª CES durante a Etapa Estadual.

## SEÇÃO V
## DAS CONFERÊNCIAS LIVRES

Art.12º. Conferências Livres são instrumentos de participação que ampliam e estimulam a construção de espaços de discussão e debate onde os diversos setores da sociedade brasileira podem expressar, debater e aprofundar a discussão contribuindo para a formulação das diretrizes da nova Política Estadual de Saúde.

§1º. As Conferências Livres poderão ser organizadas por eixo temático ou por temas diversos que tenham estreita relação com a Política de Saúde, 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, povos de matrizes africanas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT), pessoas vivendo com HIV/AIDS, dentre outras), podendo ser constituídas no âmbito Regional e Estadual, com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos.

§2º. As Conferências Livres devem se orientar pelo documento base que norteia todos os diálogos e a construção das propostas nas etapas da 8ª CES. A forma de abordagem do Texto-base é livre, cabendo à organização da etapa defini-la.

§3º. A Conferência Livre para ser validada pela Comissão Organizadora da 8ª CES

precisa cumprir os seguintes requisitos:

a- Contar com pelo menos 40 (quarenta) participantes, equivalente a 5% do número de delegados previstos para a 8ª CES;

b - Ser realizada no prazo estabelecido neste regimento;

c - Comunicar à comissão organizadora da 8ª CES dia, horário, local e temática abordada da Conferência Livre;

d - Encaminhar o relatório final conforme modelo disponibilizado no site do Cesau;

§4º. A Conferência Livre validada terá suas propostas sistematizadas e incorporadas no caderno de propostas, a ser utilizado na Etapa Estadual

§5º. **As Conferências Livres não elegerão delegados(as)**. Seu principal objetivo é diversificar e ampliar os caminhos e ferramentas de participação da sociedade civil, trabalhadores da saúde e poder público para apresentar sugestões para os eixos temáticos debatidos à Comissão Organizadora da Etapa correspondente.

## SEÇÃO VI

## DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art.13º. Serão consideradas como instâncias deliberativas da 8ª Conferência Estadual de Saúde:

I – Plenária de Abertura;

II – Plenárias Temáticas/Grupos de Trabalho;

III – Plenária por Segmento;

IV – Plenária Final;

§1º. Os grupos de trabalho serão compostos, preferencialmente, respeitando a paridade nos termos da Resolução CNS no 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará, com

participação de convidados (as), conforme citado nesse regimento, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§2º. Os grupos de trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e deliberar sobre as Propostas Municipais e Regionais consolidadas;

§3º. A Plenária Final da 8ª CES tem por objetivo apresentar as propostas consolidadas provenientes dos Grupos de Trabalho em conformidade ao documento orientador, bem como as moções de âmbito regional e estadual, com um número mínimo de 82 (oitenta e duas) assinaturas dos participantes presentes na Etapa Estadual.

§4º. A Solenidade de Abertura terá como objetivo realizar uma Conferência Magna com o Tema Central: ***"Democracia e Saúde:*** *Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS".*

§5º. As Plenárias Temáticas terão um (u0ma) coordenador (as) e um (uma) secretário (as), indicados (as) pela Comissão de Formulação e Relatoria da 8ª CES e um (uma) relator (as) eleito (a) pelos membros da Plenária;

§6º. E as Plenárias Temáticas, compostas paritariamente, ocorrerão simultaneamente por eixo(s) temático(s);

Art.14º. O Consolidado das propostas das Etapas Municipais, Regionais e Estadual será lido e votado por eixo temático conforme segue:

§1º. Considerar-se-á aprovadas compondo o Relatório Final da CMS as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis nos GT de cada Eixo Temático;

§2º. As propostas que obtiverem entre 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) serão apreciadas pela plenária final;

§3º. As propostas que obtiverem menos de 50% (cinquenta por cento) dos votos serão consideradas não aprovada e constarão apenas no relatório final da etapa municipal, regional e Estadual;

§4º. Não será permitido o envio de mais de cinco propostas por eixo temático. Caso existam mais de cinco propostas, serão apreciadas na plenária final;

§5º. Caso os GT não consigam propor pelo menos cinco propostas caberá à Plenária Final construir, analisar e deliberar sobre novas propostas necessárias para atingir ao limite preconizado;

§6º. A Plenária Final terá como objetivo analisar e debater propostas provenientes do Relatório Consolidado das Plenárias Temáticas, bem como as moções de âmbito nacional, estadual e municipal;

§7º. Os resultados serão incluídos no Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde pela Comissão de Formulação e Relatoria;

§8º. O Relatório aprovado na Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde será encaminhado e ao Conselho Nacional de Saúde – CNS e, posteriormente, à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

## CAPÍTULO IV
## DOS PARTICIPANTES

Art.15º. A 8ª Conferência Estadual de Saúde – CES, contará com os seguintes participantes:

a) delegados(as) natos(as) do Conselho Estadual de Saúde do Ceará, com direito a voz e voto;
b) delegados(as) eleitos(as) na Etapa Municipal da 8ª CES, conforme as **TABELAS A**, em anexo; e

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

§1º. Serão convidados(as), com direito a voz, para a 8ª CES representantes de ONGs, entidades, instituições estaduais, nacionais, com atuação de relevância na defesa do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde e setores afins totalizando 40 (quarenta) convidados (as) que serão indicados (as) pela Comissão Executiva e aprovados (as) pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde do Ceará;

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

Art.16º. O credenciamento dos (as) delegados (as) suplentes eleitos (as) em substituição aos delegados (as) titulares eleitos (as) só poderá ser efetuada no dia do credenciamento da Etapa Estadual, mediante declaração assinada pelo (a) titular informando sua desistência e/ou renúncia.

Art.17º. Os (as) participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 8ª CES, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

Art.18º. Os (as) delegados (as) e convidados (as) que participarão da 8ª CES, serão credenciados (as) no local do evento, no horário de 8h às 12h.

Art.19º. Os (as) delegados (as) serão direcionados aos Grupos de Trabalho da 8ª CES conforme o Eixo Temático escolhido na Municipal e informado no formulário de inscrição, via internet, enviado à Comissão de Relatoria da 8ª CES.

Parágrafo único – Não poderá haver alteração da escolha dos eixos temáticos, após a confirmação e envio on-line do formulário de inscrição para a participação à 8ª CES.

## CAPÍTULO V

## DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art.20º. A Comissão Organizadora contará com coordenadores(as) das comissões compostas para a 8ª CES, coordenada pela Mesa Diretora e Secretária (o) Executiva (o) do Cesau, que trabalhará de modo articulado com os demais órgãos da Secretaria Estadual da Saúde – SESA, instâncias, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais envolvidos, para apoio técnico, administrativo, financeiro, logístico e de infraestrutura da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

§1º. A Comissão Organizadora contará com estrutura para o desenvolvimento das atividades previstas;

I. Plenário do Cesau

II. Coordenação Geral:

**Mesa Diretora do Cesau**

**Secretaria-Executiva do Cesau**

III. Secretário-Geral

IV. Coordenador(es) da Comissão de Formulação e Relatoria

V. Coordenador(es) da Comissão Comunicação, Informação e Acessibilidade

VI. Coordenador(es) da Comissão de Articulação e Mobilização

VII. Coordenador(es) da Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade

VIII. Coordenador(es) da Comissão de Cultura, Educação e Movimentos Sociais

§2º. A Coordenação Geral envolve os membros da Mesa Diretora e a Secretária Executiva do Cesau;

§3º. O Secretário-Geral será o Presidente do Cesau;

§4º. Os Coordenador(es) das Comissão de Formulação e Relatoria, Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade, Comissão de Articulação e Mobilização e Comissão de Cultura e Educação serão escolhidos(as) entre os conselheiros(as) do Cesau.

## CAPÍTULO VI
## DAS COMISSÕES

Art.21º. As Comissões da 8ª Conferência Estadual de Saúde serão compostas por 10 (dez) membros e 02 (dois) coordenadores (as): Geral e Adjunto, após as eleições dos conselheiros que participarão das comissões, poderá ser ampliada com a inclusão Técnicos (as) da Secretaria Executiva do Cesau e da Secretaria da Saúde – SESA.

§1º. Após as eleições, em havendo renovação de mandato dos (as) conselheiros (as) no período da 8ª CES, serão eleitos (as) os (as) novos (as) coordenadores (as) e membros para composição das referidas Comissões, e os membros da Mesa Diretora poderão integrar as Comissões nos termos do *caput* deste artigo;

§2º Os membros a que se refere o *caput* deste artigo permanecerão nas Comissões, mesmo com mandatos expirados, ainda que não tenham mandatos renovados no Pleno do Cesau.

### SEÇÃO I
### DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art.22º. À Comissão Executiva compete:

§1º. Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

§2º. Subsidiar e apoiar a realização das atividades das demais Comissões;

§3º. Propor e viabilizar a execução do orçamento e providenciar as suplementações orçamentárias;

§4º. Prestar contas à Comissão Organizadora dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões estaduais na participação das etapas preparatórias para a 8ª CES;

§5º. Garantir o cumprimento do Termo de Referência (TR), aprovado pelo Pleno do Cesau, seu acompanhamento e sua fiscalização e execução na Etapa Estadual;

§6º. Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 8ª CES;

§7º. Articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e a Secretária da Saúde do Estado do Ceará;

§8º. Enviar orientações e informações relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora aos Conselhos Municipais de Saúde, aos movimentos sociais, populares e sindicais, aos gestores e prestadores de serviço de saúde e às demais entidades da sociedade civil sobre a 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§9º. Apoiar as etapas Municipal, Regional e Estadual na condução dos atos preparatórios para a 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§10º. Propor a lista dos (as) convidados (as) participantes da 8ª CES, obedecendo a paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e

Resolução nº 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará;

§11º. Solicitar a participação de técnicos (as) dos setores da Secretaria da Saúde – SESA, no exercício das suas atribuições, para contribuir, em caráter temporário ou permanente com a organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§12º. Formular a sistemática de credenciamento e votação da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§13º. Acompanhar o credenciamento dos Convidados (as) e dos (as) Delegados (as) da Etapa Estadual;

§14º. Organizar os procedimentos para a votação dos (as) Delegados (as) da Etapa Estadual e os seus controles necessários;

§15º. Propor e organizar a Secretaria da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§16º. Promover, em articulação com a Comissão de Comunicação e Informação e a Comissão de Mobilização e Articulação, a divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde, considerando os princípios e as condições de Acessibilidade;

§17º. Providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

§18º. A Comissão Executiva deverá participar de todas as reuniões da Comissão Organizadora.

Art.23º. À Comissão Organizadora compete:

§1º. Promover as ações necessárias à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde, atendendo às deliberações do Cesau e da Secretária de Saúde do Estado e propor:

a – O detalhamento de sua metodologia;

b – Os nomes dos (as) expositores (as) das mesas redondas e participantes das demais atividades, bem como os documentos técnicos e roteiros de apoio;

c – Os critérios para participação e definição dos (as) convidados (as) estaduais e nacionais, a serem aprovados pelo Pleno do Cesau;

d – A elaboração de ementas para os (as) expositores (as) das mesas;

§2º. Empenhar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e Acessibilidade para a Etapa Estadual;

§3º. Analisar e aprovar a prestação de contas da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§4º. Encaminhar até 60 (sessenta) dias, após o encerramento da Conferência, o Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde ao Conselho Nacional de Saúde, com prazo de edição previsto para o primeiro trimestre de 2020, para ampla divulgação e início dos processos de monitoramento;

.§5º. Apreciar os recursos relativos ao credenciamento dos(as) Delegados(as), assim como discutir questões pertinentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde.

§6º. Propor critérios de credenciamento dos (as) Delegados (as) da etapa estadual;

§7º. Aprovar a proposta de programação e submetê-la ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará;

§8º. Estimular, monitorar e apoiar a realização das Etapas Municipais e Regionais da Conferência de Saúde;

§9º. Resolver as questões julgadas pertinentes não previstas nos itens anteriores.

Art.24º. À Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade compete:

§1º. Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade necessárias à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde, referentes ao local, equipamentos e instalações audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação, tradutor de sinais, acessibilidade no local do evento, entre outros necessários;

§2º. Supervisionar, junto a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§3º. Planejar estratégias relativas ao credenciamento dos(as) Delegados(as), assim como discutir questões pertinentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde, submetendo-as ao Pleno do Cesau;

§4º. Providenciar a confecção e a distribuição de material informativo da 8ª CES;

§5º. Organizar a identificação das salas dos GT que discutirão os eixos temáticos;

§6º. Planejar a logística de organização da alimentação (café da manhã, almoço e coquetel de abertura) e entrega de material de credenciamento para os (as) participantes da 8ª CES;

§7º. Planejar a logística de organização das aquisições de passagens, hospedagens e translados dos convidados da 8ª CES;

§8º. Planejar a logística de organização das aquisições de passagens, hospedagens e translados dos (as) conselheiros (as) estaduais de acordo com a Lei Complementar nº144, de 04 de setembro de 2014;

§9º. Confeccionar os certificados, banners, panfletos e crachás para os participantes da 8ª CES;

§10º. Confeccionar as placas de homenagens determinadas pelo Pleno do Cesau aos homenageados na 8ª CES;

§11º. Organizar e encaminhar o processo de aquisição de passagens dos(as) delegados(as) eleitos(as) na 8ª CES que participarão da 16ª CNS;

§12º. Viabilizar a estrutura de Palco (banner, microfones, instalações audiovisuais, iluminação, rádios comunicadores para a equipe, entre outros), interprete de libras;

§13º. Viabilizar material permanente da 8ª CES em braile;

§14º. Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, asseguradas condições para sua efetiva participação;

§15º. Articular parcerias com empresas, instituições e/ou entidades para aquisição de brindes e degustações;

Art.25º. À Comissão de Formulação e Relatoria compete:

§1º. Elaborar e propor o Regimento, Portarias, Resoluções, Manual Orientador da 8ª CES;

§2º. Promover o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Regionais à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§3º. Orientar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias e dos Grupos de Trabalho;

§4º. Sistematizar a produção dos Grupos de Trabalho;

§5º. Elaborar e propor o método para consolidação das Propostas das Etapas Municipais e Regionais para a Etapa Estadual;

§6º. Coordenar a elaboração e a organização das moções de âmbito municipal, regional e estadual, aprovadas na Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§7º. Propor nomes para compor a equipe de relatores da Plenária Final da 8ª CES;

§8º. Elaborar o Relatório Final da 8ª CES;

§9º. Propor metodologia para a etapa final da 8ª CES;

§10º. Reunir os textos das apresentações dos expositores para fins de registro e divulgação.

§11º. Propor, encaminhar e coordenar a publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a 8ª CES;

§12º. Estimular e acompanhar o encaminhamento, em tempo hábil, das Propostas das Conferências Regionais à Comissão de Formulação e Relatoria da 8ª CES.

§13º. A Comissão de Formulação e Relatoria trabalhará articulada com a Comissão de Comunicação e com a Assessoria de Comunicação do Conselho Estadual de Saúde do Ceará na produção e divulgação dos textos para a 8ª CES.

§14º. Averiguar lista de delegados eleitos para para 16ª Conferência Estadual de Saúde observando a paridade e segmento, de acordo com a resolução 01/98 CESAU, resolução 453/2012 CNS e havendo discordância substituir peso suplente

Art. 26º. À Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade compete:

§1º. Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde e Conferências Livres, incluindo imprensa, Internet e outras mídias;

§2º. Submeter para consulta virtual a proposta do regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde para os Conselhos Municipais, Comissão Organizadora da CRS, mídias sociais e site do Cesau, até o prazo estipulado neste Regimento;

§3º. Disponibilizar as propostas do Regimento da Etapa Estadual, enviadas pela consulta virtual à Comissão de Relatoria para consolidação das sugestões e/ou alterações para posterior aprovação final do Pleno do Cesau;

§4º. Promover a divulgação do Regimento Final Aprovado pelo Pleno do Cesau da 8ª CES;

§5º. Orientar as atividades de comunicação social da 8ª CES e das Conferências Livres;

§6º. Apresentar relatórios periódicos das ações de comunicação e divulgação, incluindo recursos na mídia;

§7º. Divulgar a produção de materiais, da programação e o Relatório Final da 8ª CES;

§8º. Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes nas etapas das 8ª CES e das Conferências Livres;

§9º. Promover ampla divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde nos meios de comunicação social, inclusive o virtual;

§10º. Articular, em conjunto com a Secretaria Executiva do Cesau e órgãos de Comunicação da Secretaria da Saúde do Estado, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§11º. Assegurar que todo o material da 8ª Conferência Estadual de Saúde seja produzida de maneira a garantir acessibilidade (material em braile e intérpretes de libras);

§12º. Criar arte para os materiais gráficos (banners, folders, panfletos, crachás, logo, certificado, placa de homenagem, identificação das salas dos Grupos de Trabalho, dentre outros) para a 8ª CES;

§13º. Assegurar o (a) profissional para o cerimonial durante a 8ª CES;

§14º. A Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade trabalhará articulada com a Assessoria de Comunicação do Conselho Estadual de Saúde no desenvolvimento das ações da 8ª CES.

Art. 27º. À Comissão de Articulação e Mobilização compete:

§1º. Estimular a organização e a realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios e Regionais, em todas as etapas da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§2º. Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes nas etapas das 8ª CES e das Conferências Livres;

§3º. Estimular a realização de atividades para discussão do Documento Orientador;

§4º. Mobilizar e estimular a participação paritária dos (as) Usuários (as), trabalhadores (as) e gestores e prestadores de serviços de saúde em relação ao conjunto dos (as) Delegadas (as) de todas as etapas da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§5º. Fortalecer e articular o intercâmbio sobre o alcance do tema da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§6º. Garantir a articulação dos movimentos sociais, populares e sindicais para a realização de ato político, em cada uma das 03 (três) instâncias das conferências , com vistas a sensibilizar a opinião pública para o tema e os eixos temáticos da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art.28º. À Comissão de Cultura, Educação e Movimentos Sociais compete:

§1º. Identificar grupos de arte e cultura, especialmente aqueles que desenvolvem ações no âmbito da saúde e mobilizá-los para participar do processo de construção da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§2º. Participar diretamente da organização da Programação Cultural da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

§3º. Promover grande ato político-cultural durante a Etapa Estadual da 8ª CES objetivando inserir o tema da conferência nas mídias sociais e na agenda cultural da cidade com vistas a ampliar a relevância sociocultural da conferência;

§4º. Contribuir com a construção metodológica da 8ª Conferência Estadual de Saúde, identificando e compartilhando referências, dinâmicas, vivências e práticas que promovam o diálogo e articulação entre o saber e o protagonismo popular no âmbito da Conferência;

§5º. Assessorar a Comissão de Infraestrutura no que concerne às condições de acessibilidade contemplando as particularidades socioculturais e regionais dos diferentes grupos sociais presentes, como também no cuidado à saúde disponibilizado aos participantes; e

§6º. Propor práticas e dinâmicas de acolhimento e de humanização no espaço da Etapa Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

## CAPÍTULO VII
## DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art.29º. As despesas com a organização geral para a realização das Etapas Regionais e Estadual da 8ª CES caberão à dotação orçamentária consignada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

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

§2º. As despesas com o deslocamento e hospedagem dos(as) delegados(as) eleitos(as) nas etapas municipais para etapas regionais e a estadual, serão de responsabilidade do Município e/ou entidades.

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

§4º. Os(as) delegados(as) natos(as) do Conselho Estadual de Saúde do Ceará deverão informar antecipadamente ao Setor Financeiro do Cesau a opção para hospedagem ou pagamento de diárias nos dias da 8ª CES;

§5º. O Conselho Estadual de Saúde arcará com os custos da compra de passagens aéreas para todos os (as) delegados (as) eleitos (as) na etapa estadual para a 16ª CNS;

§6º. As despesas com as Conferências Municipais e Regionais de Saúde caberão à dotação orçamentária consignada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará;

§7º. As demais despesas com a Conferências Estaduais serão custeadas pelo Fundo Estadual da Saúde;

## CAPÍTULO VIII

## DA PLENÁRIA FINAL

Art.30º. Na Plenária Final, a coordenação dos trabalhos colocará em votação o Relatório Síntese (consolidado dos trabalhos de grupos/plenárias temáticas), para a devida apreciação, discussão e votação.

§1º. O Relatório Síntese contemplará todas as propostas discutidas nos grupos de trabalho/plenárias temáticas.

§2°. Serão contados os votos CONTRA, A FAVOR e as ABSTENÇÕES, com direito à defesa. A FAVOR e CONTRA, das propostas que não tenham atingido 70% (setenta por cento) de aprovação nas Plenárias Temáticas, destacadas no Relatório Síntese.

## CAPÍTULO IX

## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.31º. Este Regimento tem como referência o Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Art.32º. A metodologia para a realização das CRS e 8ª CES estará descrita no Manual Orientador elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau.

Art.33º. As Comissões Organizadoras das CRS devem respeitar a distribuição de vagas previstas no documento orientador.

Art.34º. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora e Comissão de Formulação de Relatoria da 8ª CES.

Art.35º. As dúvidas quanto à aplicação deste Regimento nas Etapas Regionais e Estaduais serão esclarecidas pela Comissão Organizadora e Comissão de Formulação de Relatoria da 8ª CES.

PEDRO ALVES DE ARAÚJO FILHO
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Ceará

REGINALDO ALVES DAS CHAGAS
Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Ceará

KILVIA MARIA SOARES
Secretária-Geral do Conselho Estadual de Saúde do Ceará

JOSÉ CARDOSO MENDES
Secretário Adjunto do Conselho Estadual de Saúde do Ceará

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Homologo a Resolução No_____ de _____de _____de 2019, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de _____ de _____ de _____ .

Publicada no _____

# ANEXOS

# TABELAS A

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Fortaleza – Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23001 1ª Região Fortaleza** | **279.8587** | **71** | **38** | **19** | **19** | **76** |
| ..... Aquiraz | 79.128 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Eusébio | 52.667 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Fortaleza | 2.627.482 | 64 | 32 | 16 | 16 | 64 |
| ..... Itaitinga | 39.310 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 76 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Caucaia - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23002 2ª Região Caucaia** | **619.311** | **25** | **24** | **12** | **12** | **48** |
| ..... Apuiarés | 14.719 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Caucaia | 362.223 | 10 | **6** | **3** | **3** | 12 |
| ..... General Sampaio | 6.922 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Itapajé | 51.945 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Paracuru | 33.894 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Paraipaba | 32.515 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pentecoste | 37.077 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... São Gonçalo do Amarante | 48.265 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... São Luís do Curu | 12.849 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tejuçuoca | 18.902 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 48 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Maracanaú - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23003 3ª Região Maracanaú** | **538.552** | **21** | **18** | **9** | **9** | **36** |
| ..... Acarape | 16.543 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Barreira | 20.978 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Guaiúba | 26.331 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Maracanaú | 224.804 | 6 | **4** | **2** | **2** | 8 |
| ..... Maranguape | 126.486 | 4 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pacatuba | 82.824 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Palmácia | 13.145 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Redenção | 27.441 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 36 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Baturité - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23004 4ª Região Baturité** | **138.884** | **11** | **16** | **8** | **8** | **32** |
| ..... Aracoiaba | 26.269 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Aratuba | 11.244 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Baturité | 35.351 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Capistrano | 17.668 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Guaramiranga | 3.547 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Itapiúna | 20.014 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Mulungu | 12.831 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pacoti | 11.960 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 32 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Canindé - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23005 5ª Região Canindé** | **205.936** | **11** | **12** | **6** | **6** | **24** |
| ..... Boa Viagem | 54.049 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Canindé | 77.514 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Caridade | 22.320 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Itatira | 20.675 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Madalena | 19.800 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Paramoti | 11.578 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 24 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Itapipoca - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23006 6ª Região Itapipoca** | **296.379** | **14** | **14** | **7** | **7** | **28** |
| ..... Amontada | 42.901 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Itapipoca | 127.465 | 4 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Miraíma | 13.583 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Trairi | 55.207 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tururu | 15.935 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Umirim | 19.679 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Uruburetama | 21.609 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 28 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Aracati - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23007 7ª Região Aracati** | **117.324** | **7** | **8** | **4** | **4** | **16** |
| ..... Aracati | 73.629 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Fortim | 16.272 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Icapuí | 19.685 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Itaiçaba | 7.738 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 16 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Quixadá - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23008 8ª Região Quixadá** | **322.824** | **18** | **20** | **10** | **10** | **40** |
| ..... Banabuiú | 18.027 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Choró | 13.384 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ibaretama | 13.218 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ibicuitinga | 12.350 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Milhã | 13.136 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pedra Branca | 42.841 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Quixadá | 86.605 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Quixeramobim | 78.658 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Senador Pompeu | 26.447 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Solonópole | 18.158 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 48 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Russas - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23009 9ª Região Russas** | **199006** | **10** | **10** | **5** | **5** | **20** |
| ..... Jaguaretama | 17958 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Jaguaruana | 33740 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Morada Nova | 61548 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Palhano | 9285 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Russas | 76475 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 20 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Limoeiro do Norte. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23010 10ª Região Limoeiro Norte** | **225.427** | **16** | **22** | **11** | **11** | **44** |
| ..... Alto Santo | 16.976 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ererê | 7.163 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Iracema | 14.125 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Jaguaribara | 11.295 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Jaguaribe | 34.448 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Limoeiro do Norte | 58.915 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pereiro | 16.163 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Potiretama | 6.356 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Quixeré | 21.876 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... São João do Jaguaribe | 7.621 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tabuleiro do Norte | 30.489 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 44 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Sobral. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23011 11ª Região Sobral** | **645.542** | **39** | **50** | **25** | **25** | **100** |
| ..... Alcântaras | 11.459 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Cariré | 18.660 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Catunda | 10.365 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Coreaú | 23.107 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Forquilha | 24.047 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Frecheirinha | 13.669 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Graça | 15.307 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Groaíras | 11.012 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Hidrolândia | 20.215 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Ipu | 41.576 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Irauçuba | 23.858 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Massapê | 38.210 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Meruoca | 14.948 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Moraújo | 8.636 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Mucambo | 14.377 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Pacujá | 6.202 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Pires Ferreira | 10.784 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Reriutaba | 18.769 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Santa Quitéria | 43.360 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Santana do Acaraú | 3.2023 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Senador Sá | 7.513 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Sobral | 205.529 | 6 | 4 | 2 | 2 | 8 |
| ..... Uruoca | 13.677 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Varjota | 18.239 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 100 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Acaraú. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23012 12ª Região Acaraú** | **228.503** | **12** | **14** | **7** | **7** | **28** |
| ..... Acaraú | 62.199 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Bela Cruz | 32.378 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Cruz | 23.983 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Itarema | 41.230 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Jijoca de Jericoacoara | 19.510 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Marco | 26.981 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Morrinhos | 22.222 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 28 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Tianguá. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23013 13ª Região Tianguá** | **315.504** | **16** | **16** | **8** | **8** | **32** |
| ..... Carnaubal | 17.631 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Croatá | 17.874 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Guaraciaba do Norte | 39.445 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ibiapina | 24.825 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... São Benedito | 46.648 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tianguá | 74.719 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ubajara | 34.332 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Viçosa do Ceará | 60.030 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 32 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Tauá. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23014 14ª Região Tauá** | **114.227** | **7** | **8** | **4** | **4** | **16** |
| ..... Aiuaba | 17.194 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Arneiroz | 7.777 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Parambu | 31.137 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tauá | 58.119 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 16 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Crateús. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23015 15ª Região Crateús** | **296.665** | **18** | **22** | **11** | **11** | **44** |
| ..... Ararendá | 10.823 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Crateús | 74.426 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Independência | 25.967 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ipaporanga | 11.499 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ipueiras | 37.896 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Monsenhor Tabosa | 17.038 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Nova Russas | 32.035 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Novo Oriente | 28.353 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Poranga | 12.243 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Quiterianópolis | 20.860 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tamboril | 25.525 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 44 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Camocim. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23016 16ª Região Camocim** | **156.264** | **9** | **10** | **5** | **5** | **20** |
| ..... Barroquinha | 14.880 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Camocim | 62.985 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Chaval | 12.952 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Granja | 54.365 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Martinópole | 11.082 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 20 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Icó. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23017 17ª Região Icó** | **171.424** | **11** | **14** | **7** | **7** | **28** |
| ..... Baixio | 6.228 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Cedro | 25.063 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Icó | 67.486 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ipaumirim | 12.349 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Lavras da Mangabeira | 31.335 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Orós | 21.292 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Umari | 7.671 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 28 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Iguatu - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23018 18ª Região Iguatú** | **320.563** | **18** | **20** | **10** | **10** | **40** |
| ..... Acopiara | 53.572 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Cariús | 18.804 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Catarina | 20.451 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Deputado Irapuan Pinheiro | 9.521 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Iguatu | 102.614 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Jucás | 24.597 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Mombaça | 43.735 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Piquet Carneiro | 16.731 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Quixelô | 14.860 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Saboeiro | 15.678 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 44 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Brejo Santo. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23019 19ª Região Brejo Santo** | **213.874** | **14** | **18** | **9** | **9** | **36** |
| ..... Abaiara | 11.605 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Aurora | 24.496 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Barro | 22.440 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Brejo Santo | 48.830 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Jati | 7.847 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Mauriti | 46.548 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Milagres | 28.231 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Penaforte | 8.956 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ..... Porteiras | 14.921 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 36 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Crato. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23020 20ª Região Crato** | **345.405** | **21** | **26** | **13** | **13** | **52** |
| ..... Altaneira | 7.479 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Antonina do Norte | 7.278 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Araripe | 21.398 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Assaré | 23.254 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Campos Sales | 27.209 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Crato | 130.604 | 4 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Farias Brito | 18.720 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Nova Olinda | 15.433 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Potengi | 10.918 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Salitre | 16.331 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Santana do Cariri | 17.489 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Tarrafas | 8.852 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Várzea Alegre | 40.440 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 52 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Juazeiro do Norte. Ceará.**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23021 21ª Região Juazeiro Norte** | **423.996** | **16** | **14** | **7** | **7** | **28** |
| ..... Barbalha | 59.811 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Caririaçu | 26.892 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Granjeiro | 4.425 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Jardim | 27.076 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Juazeiro do Norte | 270.383 | 7 | **4** | **2** | **2** | 8 |
| ..... Missão Velha | 35.409 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 28 delegados.

**Distribuição de delegados eleitos segundo município para a Etapa Regional e Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Regional de Saúde Cascavel - Ceará**

| Microrregião | População IBGE (TCU) 2017 | Número de Delegados segundo a paridade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Número de Delegados como proporcionalidade da População | Usuários 50% | Trabalhadores 25% | Governo e prestadores 25% | Total |
| **23022 22ª Região Cascavel** | **326.263** | **15** | **14** | **7** | **7** | **28** |
| ..... Beberibe | 53.110 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Cascavel | 71.079 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Chorozinho | 19.197 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Horizonte | 65.928 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Ocara | 25.394 | 2 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pacajus | 70.911 | 3 | **2** | **1** | **1** | 4 |
| ..... Pindoretama | 20.644 | 1 | **2** | **1** | **1** | 4 |

Fonte: População IBGE - Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) - 2017

Observação: Na distribuição das vagas foi estabelecida a previsão inicial de 800 Delegados à Etapa Estadual. Para o cálculo do número de delegados por região de saúde foi utilizada a aplicação de 2 critérios: divisão equitativo das regionais e o da proporcionalidade populacional, tomando como referência a Estimativa da População disponibilizada ao TCU (IBGE: 2017); sendo esse número ajustado ao exato mais próximo, para mais ou para menos, a atingir a paridade. Desse modo totalizando 28 delegados.

# TABELA B

| DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE | |
|---|---|
| **ESTADO/REGIÃO** | **NÚMERO DE DELEGADOS** |
| **Região Norte** | 444 |
| Rondônia | 56 |
| Acre | 48 |
| Amazonas | 76 |
| Roraima | 48 |
| Pará | 112 |
| Amapá | 48 |

| | |
|---|---|
| Tocantins | 56 |
| **Região Nordeste** | 872 |
| Maranhão | 100 |
| Piauí | 68 |
| **Ceará** | **120** |
| Rio Grande do Norte | 72 |
| Paraíba | 76 |
| Pernambuco | 124 |
| Alagoas | 72 |
| Sergipe | 60 |
| Bahia | 180 |
| **Região Centro-Oeste** | 296 |
| Mato Grosso do Sul | 64 |
| Mato Grosso | 68 |
| Goiás | 96 |
| Distrito Federal | 68 |
| **Região Sudeste** | 960 |
| Minas Gerais | 232 |
| Espírito Santo | 76 |
| Rio de Janeiro | 192 |
| São Paulo | 460 |
| **Região Sul** | 380 |
| Paraná | 140 |
| Santa Catarina | 100 |
| Rio Grande do Sul | 140 |