



# I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## RELATÓRIO DA 1ª CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – LITORAL LESTE JAGUARIBE

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

Outubro / 2017



## SUMÁRIO

1.	Apresentação .....	2
2.	Programação .....	6
3.	Propostas Aprovadas .....	9
4.	Delegados Eleitos para 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS .....	18
5.	ANEXOS .....	23
	Apresentações dos Expositores .....	24
	Documento Norteador.....	38
	Registros Fotográficos .....	53



## **APRESENTAÇÃO**

Entendendo que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assim realizamos a 1ª CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – LITORAL LESTE JAGUARIBE com o objetivo de elaborar propostas para as Políticas Municipal, Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações da Vigilância em Saúde, de acordo com as sugestões do Documento Orientador da 1ª CEVS (Conferência Estadual de Vigilância em Saúde), confirmando e reconhecendo o valor do trabalho empreendido por parceiros do Sistema Único de Saúde (SUS) que estavam mobilizados e comprometidos nos temas abordados. Também houve oportunas análises das políticas públicas para qualificar o funcionamento do SUS de forma igualitária e eficiente dentro das responsabilidades de cada ente responsável.

Os debates para obtenção das propostas foram enriquecedores e o empenho de todos valerá para que conquistemos resultados satisfatórios dentro de um sistema de saúde que acreditamos desde sempre.

As discussões continuarão para que sejam fortalecidas por meio das propostas resultantes da Conferência, reafirmando os princípios e as diretrizes do SUS, pois acreditamos que este evento foi de grande importância para seu fortalecimento, garantindo o direito à saúde da população, bem como o empoderamento das discussões nos territórios, através das instituições envolvidas, comunidades, convidados e documentos norteadores.

Por fim, agradecemos a participação de todos que contribuíram e debateram nas discussões desta Conferência que se refletiu no compromisso dos atores sociais e seus desafios na superação das dificuldades de um país em desenvolvimento à consolidação do direito à saúde para todos.



⇒ **IDENTIFICAÇÃO:**

**Data do Evento:** 03 de outubro de 2017

**Local:** Centro Vocacional Tecnológico - CVT

**Endereço:** Travessa Pedro Araújo, S/N - Bairro Ipiranga - Russas/CE

**Horário:** 8h às 17h

⇒ **COMISSÃO ORGANIZADORA:**

**I - Representantes do Conselho Municipal de Saúde do Município Sede das Regiões de Saúde:**

1. Representante do CMS de Aracati: Rafael Lima Falcão
2. Representante do CMS de Russas: Adriano de Lima Nogueira
3. Representante do CMS de Limoeiro do Norte: Maria Arnete Borges

**II – Representantes das Secretarias Municipais de Saúde / Vice-Presidentes Regionais do COSEMS:**

1. Vice-Presidente Regional do COSEMS – 7ª Região de Saúde de Aracati: Emerson de Oliveira Gomes
2. Vice-Presidente Regional do COSEMS – 9ª Região de Saúde de Russas: Daniel Maciel de Melo Peixoto
3. Vice-Presidente Regional do COSEMS – 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte: Maria Zuleide Amorim Muniz

**III – Representante das Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES:**

1. Coordenadora Regional da 7ª CRES - Aracati: Gláucia Porto de Freitas da Costa
2. Assessora Técnica da 7ª CRES – Aracati: Jussara Santos Vieira
3. Coordenador Regional da 9ª CRES - Russas: Israel Guimarães Peixoto
4. Assessora Técnica da 9ª CRES – Russas: Patrícia de Araújo Xavier
5. Coordenador Regional da 10ª CRES - Limoeiro do Norte: Helmo Nogueira de Sousa

**III – Técnicos de Vigilância em Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde:**

1. Técnico de Vigilância em Saúde da 7ª CRES - Aracati: Mere Benedita do Nascimento
2. Técnico de Vigilância em Saúde da 9ª CRES - Russas: Elisângela Maria Rodrigues Pinheiro
3. Técnico de Vigilância em Saúde da 10ª CRES - Limoeiro do Norte: Maria de Fátima Costa Lima



**V – Representantes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST):**

1. Representante do CEREST - Aracati: José Wagner da Silva Lima
2. Representante do CERESTA – Limoeiro do Norte: Alexsandra Oliveira Bessa

**⇒ COMISSÃO DE RELATORIA:**

1. Relator pela 7ª CRES – Aracati: Solange Regina dos Santos Silva
2. Relator pela 9ª CRES – Russas: Alice Maria Tavares Cavalcante
3. Relator pela 10ª CRES – Limoeiro do Norte: Virgínia Maria Moura Remígio Peixôto.

**⇒ FACILITADORES DOS GRUPOS DE TRABALHO POR SUBEIXO:**

**Subeixo 1.** Lugar da Vigilância em Saúde no SUS.

**7ª CRES:** Mere Benedita do Nascimento

**9ª CRES:** Adjoane Maurício Silva Maciel

**10ª CRES:** Cristianne Soares Chaves

**Subeixo 2.** Responsabilidades do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde.

**7ª CRES:** Gláucia Porto de Freitas da Costa e Emerson de Oliveira Gomes

**9ª CRES:** Israel Guimarães Peixoto

**10ª CRES:** Helmo Nogueira de Sousa e Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

**Subeixo 3.** Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde.

**7ª CRES:** Jussara Santos Vieira

**9ª CRES:** Dinete Leilane Teixeira Rodrigues

**10ª CRES:** Vanuza Cosme Rodrigues

**Subeixo 4.** Democracia e Participação Social no Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

**7ª CRES:** Rafael Lima Falcão

**9ª CRES:** Francisca Samya Silva de Freitas

**10ª CRES:** Fabíola Maria de Girão Lima



## ⇒ ENTIDADES PROMOTORAS

Conselho Estadual de Saúde do Ceará – CESAU  
Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM  
7ª Coordenadoria Regional de Saúde de Aracati  
9ª Coordenadoria Regional de Saúde de Russas  
10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte  
Secretaria de Saúde de Aracati  
Secretaria de Saúde de Fortim  
Secretaria de Saúde de Icapuí  
Secretaria de Saúde de Itaiçaba  
Secretaria de Saúde de Alto Santo  
Secretaria de Saúde de Ereré  
Secretaria de Saúde de Iracema  
Secretaria de Saúde de Jaguaribara  
Secretaria de Saúde de Jaguaribe  
Secretaria de Saúde de Limoeiro do Norte  
Secretaria de Saúde de Pereiro  
Secretaria de Saúde de Potiretama  
Secretaria de Saúde de Quixeré  
Secretaria de Saúde de São João do Jaguaribe  
Secretaria de Saúde de Tabuleiro do Norte  
Secretaria de Saúde de Jaguaretama  
Secretaria de Saúde de Jaguaruana  
Secretaria de Saúde de Morada Nova  
Secretaria de Saúde de Palhano  
Secretaria de Saúde de Russas

## ⇒ MESTRE DE CERIMÔNIA

Francisca Samya Silva de Freitas

## ⇒ EIXOS TEMÁTICOS

1. Lugar da Vigilância Em Saúde no SUS
2. Responsabilidades do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde
3. Saberes, Práticas, Processos de trabalho e tecnologia na Vigilância em Saúde
4. Democracia e Participação Social no fortalecimento da Vigilância em Saúde



I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## 1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 3 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/Ce.

# PROGRAMAÇÃO



## PROGRAMAÇÃO

**8h** – Credenciamento / Acolhimento

**8h30min** – Abertura / Composição da Mesa

**9h30min** – Leitura do Regimento da 1ª CMRVS

**10h** - Mesa Redonda: *“A Contribuição da Vigilância em Saúde na Formulação de Políticas Públicas”*.

- **1º Expositor:** Vera Maria Câmara Coelho – Secretária Executiva da CIB/Ceará.
- **2º Expositor:** Israel Guimarães Peixoto – Coordenador Regional de Saúde – 9ª CRES / Russas.
- **Mediador:** Isabel Cristina Cavalcanti Carlos – Secretária Adjunta da SESA

**11h** – Debates

**11h30min** – Trabalho em Grupo por Subeixo

**Subeixo 1.** Lugar da Vigilância em Saúde no SUS.

**Subeixo 2.** Responsabilidades do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde.

**Sub-Eixo 3.** Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde.

**Subeixo 4.** Democracia e Participação Social no Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

**13h** – **Intervalo:** Almoço

**14h** – Continuação do Trabalho em Grupo por Subeixo

**14h30min** - Plenária para Aprovação das Propostas

**15h** – Plenária para Eleição de Delegados para 1ª CEVS

**16h** – Encerramento



## **QUANTITATIVO DE PARTICIPANTES:**

### **⇒ DELEGADOS:**

- USUÁRIOS: 27
- TRABALHADORES DA SAÚDE: 19
- GESTOR / PRESTADOR: 17

**TOTAL : 63**

### **⇒ CONVIDADOS E APOIO : 59**

### **⇒ COMISSÃO ORGANIZADORA / RELATORIA E FACILITADORES: 24**

### **⇒ TOTAL GERAL DE PARTICIPANTES: 146**



**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**  
Dia: 3 de setembro de 2017  
Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/Ce.

# **PROPOSTAS APROVADAS**



## **SUBEIXO I**

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

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

### **QUESTÕES NORTEADORAS**

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

<b>PROPOSTAS SUBEIXO I</b>	
1	Fazer cumprir a Portaria GM Nº 1823 de 23/08/2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
2	Construção de uma estratégia de mapeamento das áreas de risco, vulnerabilidade e processos produtivos dos territórios.
3	Fortalecer a Vigilância em Saúde para atingir a universalidade e a integralidade, como ordenadora do sistema, organizando as redes de saúde de modo que atendam as necessidades do perfil demográfico e epidemiológico dos territórios de saúde.
4	Atualizar e utilizar as informações das salas de situação das Unidades Básicas de Saúde dos seus territórios para planejamento das ações em saúde pela Equipe Técnica de Vigilância em Saúde.
5	Fortalecer as ações de prevenção em saúde considerando a parceria com a educação (Programa Saúde na Escola-PSE).



6	Ofertar ações e serviços para prevenção e combate às drogas.
7	Ofertar serviços pactuados pela atenção especializada, considerando as taxas de morbidade e mortalidade do território.
8	Intensificar ações de educação em saúde nas comunidades para fortalecimento da promoção de saúde.
9	Promover ações de prevenção a acidentes de trabalho e/ou adoecimento relacionado ao trabalho.
10	Fortalecer parceria entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério Público, principalmente para fiscalização e controle dos acidentes de trabalho.
11	Ampliar as Linhas de Cuidado, incorporando as doenças negligenciadas com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêuticas e reabilitação proporcionando acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita.
12	Realizar territorialização das ações de vigilância em saúde, conforme perfil epidemiológico local, tendo em vista que o reconhecimento do território, por meio da territorialização, de informações, compõe as ferramentas básicas da vigilância da saúde e dá suporte ao planejamento estratégico-situacional, cuja natureza é participativa, realizado de forma contínua e ascendente a partir de um território definido.



## **SUBEIXO II**

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

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

#### **QUESTÕES NORTEADORAS**

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

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



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



### **SUB EIXO III**

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

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

#### **Perguntas Norteadoras:**

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

<b>PROPOSTAS SUBEIXO III</b>	
1	Adicionar ao organograma municipal o cargo de Coordenador da Vigilância em Saúde;
2	Implementar, efetivar e fortalecer os programas de todas as Redes de Atenção a Saúde, buscando suas especificidades, respeitando a acessibilidade (Decreto 5296/2004) e suas normas – ABNT;
3	Descentralizar o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN para as Macrorregionais;
4	Atualização/implantação do Código Sanitário municipal;
5	Construção e custeio de Centros de Zoonoses
6	Reajustar o repasse financeiro destinado às ações de Vigilância em Saúde (Piso Fixo de Vigilância em Saúde e VISA), garantindo recursos humanos, estrutura física, além de equiparar o recurso dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) de acordo com o número de servidores atuantes.
7	Estabelecer uma política de comunicação e fortalecimento do controle social para o SUS com o objetivo de manter a população constantemente informada sobre os serviços oferecidos, políticas públicas, direitos, educação e promoção da saúde, entre outros.
8	Criar uma Política Pública de Atenção ao Cuidador;



9	Garantir repasse mensal do incentivo do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) aos municípios para fortalecimento das ações.
10	Investir em pesquisas para uso de outras substâncias ou meios de controle vetorial.
11	Monitorar, avaliar e divulgar as ações da Vigilância em Saúde, realizando reuniões de monitoramento periódico das informações geradas.
12	Efetivar e fortalecer as ações de educação permanente nas três esferas de governo, com ênfase na Vigilância em Saúde.



## SUBEIXO IV

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

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

#### Perguntas Norteadoras:

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

PROPOSTAS SUBEIXO IV	
1	Garantia da participação e representação da sociedade civil nas ações de controle e capacitação dos órgãos vinculados às áreas agrícola e pecuária em parceria com a ADAGRI e EMATERCE.
2	Criar estratégias de educação em saúde, tais como, reuniões nos territórios (fóruns, palestras, encontros, conferências) de forma participativa nas comunidades que garanta o acesso às informações e indicadores da vigilância em saúde; por meio das mídias sociais (internet, rádio, televisão, carro de som e outros) com o objetivo de redução de riscos e agravos por meio da Atenção Básica.
3	Respeito e cumprimento às deliberações das conferências de saúde e demais instâncias de controle social nas três esferas de governo, sobre pena de responsabilização judicial, entendendo que esses são os espaços deliberativos de efetiva participação.
4	Valorizar o saber popular no SUS, estimulando e fortalecendo as redes de cuidadores que construam ações de cuidado, arte, cultura e saúde, desde as práticas e tradições oriundas do saber acumulado dos povos.



5	Fortalecer a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, por meio de ações do Conselho Municipal de Saúde (CMS) incentivando à sua implementação nos serviços públicos de saúde, reconhecendo seu potencial para qualificar a participação popular no SUS.
6	Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções, cumprindo com suas atribuições definidas em lei.
7	Monitoramento e Penalização dos sistemas de abastecimento de água e divulgar a população esses resultados mensais da qualidade da água.
8	Instituir a obrigatoriedade das brigadas de combate ao Aedes Aegypti nos prédios públicos e privados.
9	Fortalecimento dos Conselhos Locais, assim como garantir a capacitação continuada por meio de calendário regular.
10	Fortalecer as ações de prevenção e promoção voltadas para a realidade do território em que a equipe de saúde atua empoderando-a sobre os determinantes de saúde e doença de seu território, articulando-se com os atores locais (Igrejas, Associações, escola, movimentos sociais e outros).
11	Criação de um Conselho Macrorregional de Saúde.
12	Elaborar Plano Municipal e Estadual de Vigilância em Saúde em parceria com a sociedade civil.



I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## 1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 3 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/Ce.

**DELEGADOS ELEITOS PARA 1ª CEVS**



**RELAÇÃO DOS DELEGADOS PARA 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (1ª CEVS) – SEGMENTO USUÁRIO**

Nº	NOME COMPLETO	MUNICÍPIO	SEGMENTO	CPF	TELEFONE	EMAIL
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE ARACATI</b>						
1.	JOÃO PAULO DA SILVA DOS SANTOS	Fortim	Usuário	04181368319	88.9.98280946	juanpabulo2@hotmail.com
2.	VALDINEIDE DE LIMA BORGES	Fortim	Usuário	00123247365	88.9.999338831	valdineideborges@yahoo.com
3.	DANIELA FRANCO PEREIRA	Icapuí	Usuário	03026142301	88.9.93536202	danielapereira7899999@gmail.com
4.	ILDENÊ ROCHA SILVA	Itaiçaba	Usuário	38500256320	88.9.92723573	ildenerochasilva@gmail.com
5.	LORENA BEZERRA LIMA COLLARES	Itaiçaba	Usuário	00781093376	88.9.93191382	lorenabezerracollares@hotmail.com
6.	RAFAEL LIMA FALCAO	Itaiçaba	Usuário	99226596387	88.9.94106610	Rafaelfalcao04@hotmail.com
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE</b>						
7.	CLÁUDIA NUNES DIÓGENES	Iracema	Usuário	03693711837	88.9.99713090	sms.pmi@brisanet.com.br
8.	FRANCISCO PAULO PEREIRA DA SILVA	Iracema	Usuário	63611953334	88.9.94278309	sms.pmi@brisanet.com.br
9.	MARIA RIVANILDA DA COSTA FERREIRA	Jaguaribe	Usuário	74632973300	88.9.92664492	mrivanildacferreira2011@gmail.com
10.	DAMIÃO DE LIMA	Limoeiro do Norte	Usuário	82810028320	88.9.96236205	cmslimoeirodonorte@gmail.com
11.	LUZIA COSTA DO NASCIMENTO	Limoeiro do Norte	Usuário	63454840325	88.9.96943450	luziaaacosta@gmail.com
12.	MARIA ARNETE BORGES	Limoeiro do Norte	Usuário	31617018368	88.9.97824152	arneteborges@yahoo.com.br
13.	JOSÉ AUGUSTO SOUSA LIMA	Quixeré	Usuário	53341171304	88.9.99547847	Joseaugusto874@gmail.com
14.	CARLOS ANTONIO GOMES DA SILVA	São João Jaguaribe	Usuário	81072629334	88.9.9273728	conselhosaudesjj@hotmail.com



**RELAÇÃO DOS DELEGADOS PARA 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (1ª CEVS) – SEGMENTO USUÁRIO**

Nº	NOME COMPLETO	MUNICÍPIO	SEGMENTO	CPF	TELEFONE	EMAIL
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS</b>						
15.	FRANCISCO FERREIRA DA PENHA	Jaguaretama	Usuário	21502366304	88.9.81171135	
16.	MARIA DO SOCORRO CALIXTO BARBOSA	Jaguaretama	Usuário	63636530372	88.9.96875050	
17.	MARIA GISLENE DA SILVA	Jaguaruana	Usuário	92667724372	88.9.93050702	gismaria12@gmail.com
18.	FRANCISCA VERÔNICA GOMES ANDRADE	Morada Nova	Usuário	42709253372	88.9.96334490	franciscaveronica16@hotmail.com
19.	JAIME SENA DE OLIVEIRA	Morada Nova	Usuário	67935532320	88.9.96342397	
20.	RAVELIENE NUNES DE LIMA SOARES	Palhano	Usuário	91013151372	88.9.94228192	raveliene@gmail.com
21.	ANTÔNIO NOGUEIRA FREITAS	Russas	Usuário	02405032368	88.996839808	
22.	EDSON MARTINS HONORATO	Russas	Usuário	63973960372	88.9.96737274	martinsedson201@gmail.com



**RELAÇÃO DOS DELEGADOS PARA 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SEGMENTO TRABALHADOR DA SAÚDE**

Nº	NOME COMPLETO	MUNICÍPIO	SEGMENTO	CPF	TELEFONE	EMAIL
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE ARACATI</b>						
1.	JAKSON FÁBIO DA COSTA	Icapuí	Trabalhador Saúde	77801210387	88.9.96197645	jaksonfabiocosta@hotmail.com
2.	ROBÉRIA FERREIRA REBOUÇAS	Icapuí	Trabalhador Saúde	04885666490	84.9.94050558	roberia_reboucas@hotmail.com
3.	ROSINEIDE DE OLIVEIRA BARBOSA	Itaiçaba	Trabalhador Saúde	04186549303	88.9.93080634	by-rose@live.com
4.	VANIA MARIA NUNES BESERRA BARBOSA	Fortim	Trabalhador Saúde	368927693-49	88.9.92641398	vaniamnbb@yahoo.com.br
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE</b>						
5.	FRANCISCO ELDEFABIO FREIRE NUNES	Jaguaribe	Trabalhador Saúde	90301013349	88.9.99699101	feldefabio01@hotmail.com
6.	OSÉIAS MOURA DE FREITAS	Limoeiro do Norte	Trabalhador Saúde	02734515377	88.9.97526452	oseiasmoura@yahoo.com.br
7.	JOCÉLIO SOUSA ALMEIDA	Quixeré	Trabalhador Saúde	76563146368	88.9.92271175	jocelioquixere@yahoo.com.br
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS</b>						
8.	KLESIA WILLMA RODRIGUES PEREIRA	Morada Nova	Trabalhador Saúde	01329156340	88.9.98285646	klesiawillma@hotmail.com
9.	NAYANA EMILY SILVA DE CARVALHO	Palhano	Trabalhador Saúde	02613351381	85.9.94443486	nayanaemily@hotmail.com



**RELAÇÃO DOS DELEGADOS PARA 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SEGMENTO GESTOR / PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nº	NOME COMPLETO	MUNICÍPIO	SEGMENTO	CPF	TELEFONE	EMAIL
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE ARACATI</b>						
1.	CARMEM LÚCIA DA SILVA SALES	Fortim	Governo	23065982404	88.9.97330506	carmemfortim@hotmail.com
2.	MARIA JOSÉ DA COSTA	Icapuí	Governo	22383409391	88.9.81299020	mariaicapui@hotmail.com
3.	EDVÂNIA SILVA DE OLIVEIRA COSTA	Itaiçaba	Governo	81515065391	88.994005342	edvania_costa@yahoo.com.br
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE</b>						
4.	INÁCIO ROMEU DIÓGENES ALMEIDA	Iracema	Governo	966.508.933-15	(88) 9.97111314	romeudiogenes@yahoo.com.br
5.	THALITA SOARES RIMES	Limoeiro do Norte	Governo	03762259399	88.9.97664887	thalitasrimes@gmail.com
6.	FRANCISCA MARÍLIA QUEIRÓZ SILVA	Quixeré	Governo	66493048320	88.9.92520509	mariliasqueiroz@hotmail.com
7.	SAMANTA DAISY DE OLIVEIRA HOLANDA	São João do Jaguaribe	Governo	88431118334	88.9.96140154	samantaholanda@gmail.com
8.	MARIA DO CARMO COSTA	Limoeiro do Norte- CERESTA	Governo	08839395334	85.9.99412188	mariadocarmocosta13@hotmail.com
<b>REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS</b>						
9.	JOSÉ ALVES DA SILVA	Jaguetama	Governo	33030308391	88.9.81124182	zealvesdp@hotmail.com
10.	MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA	Morada Nova	Governo	26707748300	88.9.97045711	mazezinhaprof@hotmail.com
11.	NOILDA MARIA ROCHA SILVA	Russas	Governo	38216353391	88.9.96154741	noildarocha@yahoo.com.br



I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## 1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 03 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

**A N E X O S**



I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia:** 03 de setembro de 2017

**Local:** CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

## **Apresentações dos Expositores**



# APRESENTAÇÃO DE VERA CÂMARA COELHO

22/12/2017



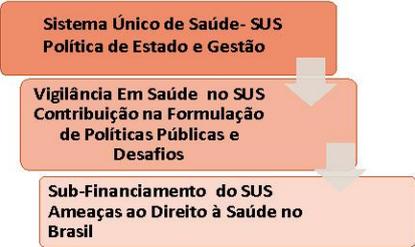
1ª CONFERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Macrorregião Litoral Leste Jaguaribe

**A Contribuição da Vigilância Em Saúde na  
Formulação das Políticas Públicas**

Russas, 03/10/2017  
Vera Coelho



1ª CONFERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Macrorregião Litoral Leste Jaguaribe



```
graph TD; A[Sistema Único de Saúde- SUS  
Política de Estado e Gestão] --> B[Vigilância Em Saúde no SUS  
Contribuição na Formulação  
de Políticas Públicas e  
Desafios]; B --> C[Sub-Financiamento do SUS  
Ameaças ao Direito à Saúde no  
Brasil];
```



Sistema Único de Saúde- SUS  
Política de Estado e Gestão

**Saúde na Constituição Federal**

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196)



22/12/2017

### Saúde na Constituição Federal

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: Inciso II - executar as ações de **vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a saúde do trabalhador**, e em seu Inciso VII - colaborar na **proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho**. (Art. 200)

### Saúde na Constituição Federal

#### ARTICULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE COM OUTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- A CF/ 88 afirma que a saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais amplas.



- As políticas públicas podem repercutir direta ou indiretamente sobre a saúde das pessoas.
- Evidência a melhoria da situação de saúde do conjunto da população implica numa profunda reorientação da atuação do Estado, o que requer decisões políticas dos governos, respaldadas pela sociedade.

### Saúde na Constituição Federal

#### QUATRO GRUPOS DE POLÍTICAS COM REPERCUSSÕES RELEVANTES SOBRE A SAÚDE

1. Políticas econômicas, industriais e de trabalho  
as políticas econômicas obviamente repercutem sobre condições sociais da população, incluindo as condições de saúde, de várias formas, além de delimitarem as possibilidades e limites (institucionais e financeiros) das políticas sociais



2. Políticas de habitação, saneamento e outras de infraestrutura urbana ou rural tais políticas têm uma importância enorme para a situação de saúde da população



### Saúde na Constituição Federal

#### QUATRO GRUPOS DE POLÍTICAS COM REPERCUSSÕES RELEVANTES SOBRE A SAÚDE

3. Políticas de Educação  
é amplamente reconhecida a relação entre níveis de escolaridade e a situação de alguns indicadores de saúde.



4. Políticas de combate à pobreza e de expansão de direitos de grupos em situação de vulnerabilidade social



considerando a existência no Brasil de um número expressivo de pessoas pobres, as políticas de combate à pobreza podem ter efeitos bastante importantes sobre a saúde.



22/12/2017



### Sistema Único de Saúde- SUS Regras para Funcionamento

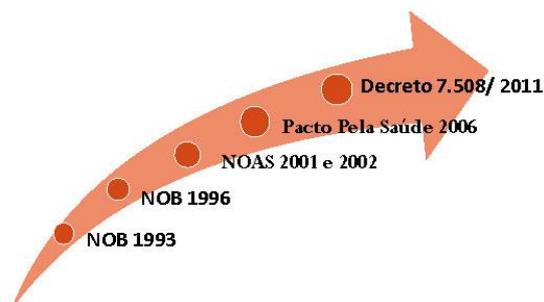
### Regras para Funcionamento do SUS

- O Sistema Único de Saúde- SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, (LOS, Art.4º)  
"O SUS é a garantia orgânica do direito à saúde."  
(Élida Pinto)
- É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde(Lei 13.097/2015)

### Regras para Funcionamento do SUS

- As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com princípios:  
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência  
II - integralidade de assistência  
IV - igualdade da assistência à saúde  
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática  
VIII - participação da comunidade  
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:  
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios  
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

### Regras para Funcionamento do SUS O Processo de Descentralização da Gestão no SUS



Para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto Pela Saúde e a sistemática do COAP, foi editada a Resolução CIT Nº 04, de 19/07/2012.



22/12/2017

### Regras para Funcionamento do SUS

#### REGIÃO DE SAÚDE



- O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), adota o conceito de Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

### Regras para Funcionamento do SUS

#### REGIÃO DE SAÚDE



- Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:
- I - atenção primária
  - II - urgência e emergência
  - III - atenção psicossocial
  - IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar
  - V - **vigilância em saúde.**

“Atenção Primária é Coordenadora e Ordenadora das RAS”

### Regras para Funcionamento do SUS

#### REDES DE ATENÇÃO:

#### estratégia de organização da atenção à saúde



- São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

(Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010).

- Pré Natal de Risco Habitual
- Parto Risco Habitual
- Pré Natal de Alto Risco
- Parto de Alto Risco
- Casa da Gestante
- Leito CANGURU
- UTI Adulto
- UTI Neo
- UCI Neo

### Regras para Funcionamento do SUS

#### REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE- RAS

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



22/12/2017



Vigilância Em Saúde no SUS  
Contribuição na Formulação de Políticas Públicas

### Vigilância Em Saúde no SUS

#### Linhas de Atuação 1

- Vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública
- Detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública
- Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis
- Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências

### Vigilância Em Saúde no SUS

#### Linhas de Atuação 2

- Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde
- Vigilância da saúde do trabalhador
- Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde
- E outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

### Vigilância Em Saúde no SUS

#### Relevância da Vigilância Em Saúde

- Pauta-se na diversidade de contextos socioculturais, que privilegia não só a cura de doenças, mas a possibilidade de melhorar a qualidade de vida da população, em qualquer etapa do processo saúde/doença no qual a pessoa ou o grupo se encontre.
- Articula os vários níveis de prevenção e de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e a implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde da população



22/12/2017

#### Vigilância Em Saúde no SUS

##### Relevância da Vigilância Em Saúde

- Com a emergência das doenças e agravos não transmissíveis, volta-se para o monitoramento de estilos de vida, fatores de risco, e suas prevalências, tais como obesidade, tabagismo, violência, uso de drogas, e outros, para propiciar ações de saúde.
- Realiza coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade e melhorar as condições de saúde.

#### Vigilância Em Saúde no SUS

##### Vigilância Em Saúde na RAS

- Norteadora do Modelo de Atenção à Saúde em cada território para a redução do risco de adoecer e garantir as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde
- Integra às Linhas de Cuidado identificando riscos sanitários e situações de vulnerabilidade a partir das quais as intervenções serão planejadas e programadas

A integração entre a Vigilância Em Saúde e a APS é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias.

#### Vigilância Em Saúde no SUS

##### Contribuição na Formulação de Políticas Públicas

- O reconhecimento do território, por meio da territorialização, de informações, compõe as ferramentas básicas da vigilância da saúde e dá suporte ao planejamento estratégico-situacional, cuja natureza é participativa, realizado de forma contínua e ascendente a partir de um território definido.
- A base territorial contém uma série de informações referentes à população, à organização social e política, à cultura e à economia local.

#### Vigilância Em Saúde no SUS

##### Contribuição na Formulação de Políticas Públicas

- No cenário atual, a implementação do modelo da vigilância da saúde é processo complexo que articula o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (proteção) e o “enfoque clínico” (assistência), constituindo em conjunto articulado de tecnologias voltadas para o pensar e agir em saúde.
- É referência para a formulação de propostas e uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações em cada país, estado ou município (territórios).



22/12/2017



### Vigilância Em Saúde no SUS Desafios

### Vigilância Em Saúde no SUS

#### Desafios para a Política Pública de Vigilância em Saúde

1. Superação da compartimentalização entre as distintas vigilâncias, apesar de terem por base princípios e processos de trabalho semelhantes. O distanciamento conceitual e operacional dificulta a atuação integrada dessas estruturas para o enfrentamento dos problemas de saúde, combinando saberes e tecnologias diversas para intervir sobre a realidade.
2. A governança regional do sistema de saúde é um dos desafios que se apresenta para o processo de superação da fragmentação da Vigilância Em Saúde, é necessário se pensar em mecanismos de governança que promovam maior integração e coordenação do sistema.

### Vigilância Em Saúde no SUS

#### Desafios para a Política Pública de Vigilância em Saúde

3. Conhecimento metodológico para avaliar e monitorar as diferenças sociais e seu impacto sobre a ocorrência de doenças
4. Trabalhar com um enfoque por problemas, desenvolvendo a análise dos seus determinantes estruturais e formas de expressão fenomenológica em termos de condições de vida e saúde dos diversos grupos sociais, identificados a partir do geoprocessamento de informações que permitem o mapeamento de condições de vida e saúde da população em distintos territórios



### Sub- Financiamento do SUS Ameaças ao Direito à Saúde no Brasil



22/12/2017

**SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

GASTO PÚBLICO EM SAÚDE (%PIB)

Ano	União	Estados <sup>1</sup>	Município	Total
2004	1,68%	0,88%	0,84%	3,40%
2005	1,68%	0,91%	0,93%	3,52%
2006	1,68%	0,95%	0,98%	3,62%
2007	1,68%	0,95%	0,97%	3,61%
2008	1,61%	1,00%	1,04%	3,65%
2009	1,74%	0,97%	1,04%	3,75%
2010	1,59%	0,96%	1,01%	3,56%
2011	1,65%	0,95%	1,05%	3,65%
2012	1,66%	0,93%	1,08%	3,68%
2013	1,60%	0,99%	1,13%	3,72%
2014	1,65%	1,01%	1,18%	3,85%

Fonte: SIOPS/MS

**SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO MS E DOS JUROS DA DÍVIDA, AMBOS EM PROPORÇÃO DO PIB, EM % - 1995 - 2015



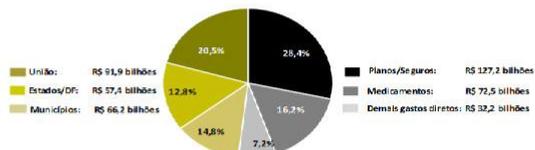
Fonte: COFIN/CNS, Banco Central do Brasil

**SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

DESPESA TOTAL COM SAÚDE NO BRASIL: PÚBLICO E PRIVADO (% E R\$ BILHÕES) - 2014

Despesa total com saúde = R\$ 447,4 bilhões (8,1% do PIB)

Despesa pública total: R\$ 215,5 bilhões      Despesa privada total: R\$ 231,9 bilhões



3,9% do PIB, sendo 1,7% da União  
 1,0% dos estados e 1,2% dos municípios.

4,2% do PIB 2014

Fonte: Ministério da Saúde (SIOPS), ANS e IBGE

**SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

PARTICIPAÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE (%) NOS PAÍSES COM SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE, 2009 - 2014.

Países	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	3,9	3,7	3,8	3,9	3,9	3,8
Cuba	11,2	9,7	9,5	8,1	8,2	10,6
França	9,0	9,0	8,9	9,0	9,0	9,0
Alemanha	9,0	8,8	8,4	8,6	8,7	8,7
Espanha	7,2	7,1	7,0	6,7	6,3	6,4
Suécia	8,1	7,7	7,6	7,8	7,9	7,6
Reino Unido	8,1	8,0	7,7	7,8	7,6	10,0

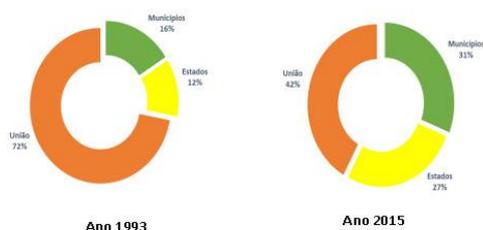
Fonte: Dados do Banco Mundial de 2016. Disponível em:  
<http://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.PUBL>. For Brazil, (Brasil, 2016)

Apesar do avanço do SUS, o Brasil está distante da dedicação dos países com sistemas universais c/ gasto público, cuja média é 8,0% do PIB.



22/12/2017

**GASTOS EM SAÚDE POR ESFERAS DE GOVERNO, BRASIL, 1993 e 2015**



Elaboração: Daniela Nóbrega  
Fonte: Anuário Estatístico do SUS 2015 - Ano 2015 SIOPS/MS

**% RECURSOS APLICADOS COM SAÚDE NO CEARÁ**

Ano	% Estado	% Municípios
2000	9,6	20,8
2004	12,7	15,8
2008	14,3	23,7
2010	16,1	21,4
2012	13,7	21,9
2014	15,7	24,7
2015	14,2	24,2
2016	13,9	22,5

Fonte: SIOPS

**RECURSOS APLICADOS COM SAÚDE NO CEARÁ**

Em Milhões de R\$

Fonte de Recursos	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
União	2.636	42,3	3.114	43,3	3.125	41,5	3.228	41,2
Estado	1.796	28,8	1.977	27,5	2.154	28,6	2.261	28,9
Municípios	1.805	28,9	2.093	29,2	2.242	30,0	2.348	29,9
TOTAL	6.237	100,0	7.184	100,0	7.521	100,0	7.837	100,0
Valor Per Capita	710,37		812,43		844,55		874,28	

Fonte: SIOPS

**PERCENTUAL DE DESPESAS EMPENHADAS GERENCIADAS PELO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, POR FONTE DE RECURSOS-2016**

Áreas	% Despesa Empenhada Tesouro	% Despesa Recursos Federais	% Despesa Outras Fontes	% Despesa TOTAL
Atenção Básica	1,7	0,2	0	1,3
Atenção de Média e Alta Complexidade	56,8	75,4	6,4	60,5
Vigilância em Saúde	1,0	2,9	0,3	1,4
Assistência Farmacêutica	2,8	8,3	0	4,0
Gestão	32,8	11,3	2,4	27,8
Investimento	4,9	1,9	90,9	5,0
% Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados SIOF/MICONS/SESA



22/12/2017

**LOA MS 2016 - MODALIDADE DE APLICAÇÃO**

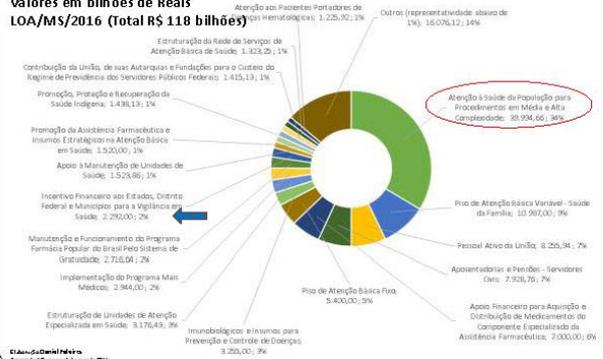
Valores em bilhões de Reais  
 LOA/MS/2016 (Total R\$118 bilhões)

Modalidade de aplicação		Valor R\$ bilhões	Valor %
Aplicação	Diretas	43,10	37,8%
	Diretas Org. F. Ent.	1,66	
Transferências	Municípios	45,14	41,8%
	Fundo a Fundo	49,53	
	Estado e DF	15,59	15,8%
	Convênio	18,68	
Outras	2,85	2,4%	
	Instituições privadas	1,12	0,9%
Totais		118,47	100,0%

Elaboração: Daniela Pereira  
 Fone: (85) 3206.0000, ext. 226

**LOA MS 2016 - APLICAÇÃO DIRETA E INDIRETA**

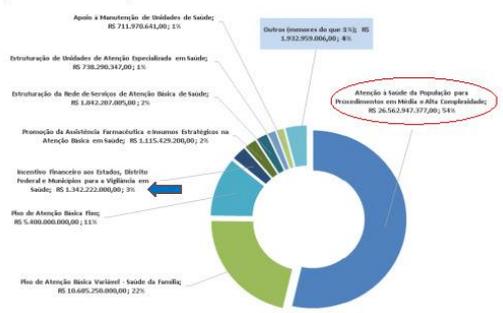
Valores em bilhões de Reais  
 LOA/MS/2016 (Total R\$ 118 bilhões)



Elaboração: Daniela Pereira  
 Fone: (85) 3206.0000, ext. 226

**LOA MS 2016 - TRANSFERÊNCIAS AOS MUNICÍPIOS**

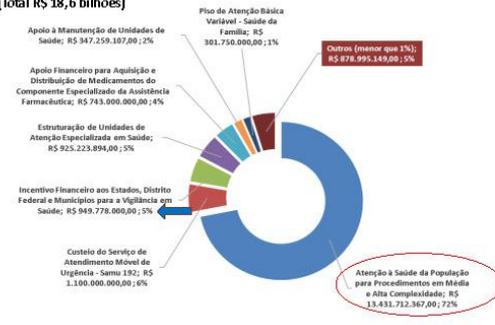
Valores em bilhões de Reais  
 LOA/MS/2016 (Total R\$ 49,5 bilhões)



Elaboração: Daniela Pereira  
 Fone: (85) 3206.0000, ext. 226

**LOA MS 2016 - TRANSFERÊNCIAS AOS ESTADOS**

Valores em bilhões de Reais  
 LOA/MS/2016 (Total R\$ 18,6 bilhões)



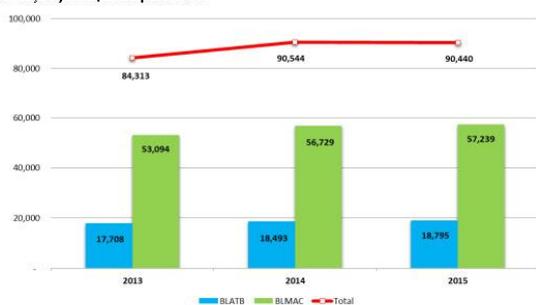
Elaboração: Daniela Pereira  
 Fone: (85) 3206.0000, ext. 226



22/12/2017

### MS 2013 A 2015 - TRANSFERÊNCIAS POR BLOCOS

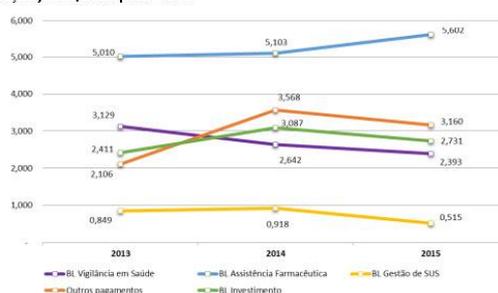
Valores em bilhões de Reais  
Atualização junho/2016 pelo IPC-A



Elaboração: Gerência de Políticas e  
Qualidade de Serviços de Saúde

### MS 2013 A 2015 - TRANSFERÊNCIAS POR BLOCOS

Valores em bilhões de Reais  
Atualização junho/2016 pelo IPC-A



Elaboração: Gerência de Políticas e  
Qualidade de Serviços de Saúde

### EC'S RECENTES E SEUS EFEITOS PARA A REDUÇÃO DO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

- EC 86 2015:  
REDUÇÃO DA APLICAÇÃO MÍNIMA EM ASPS COMPARADO À EC 29/2000  
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA OBRIGATÓRIA DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS A EXECUÇÃO
- EC 93 2016 :  
DRU, DRE, DRM: 30%; RETIRA RECURSOS PARA PAGAMENTO JUROS DA DÍVIDA E "SOCORRO" AO CAIXA DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS
- EC 95 2016 :  
AJUSTE FISCAL E NOVO REGIME FISCAL: "TETO" DE DESPESAS PRIMÁRIAS (2017-2036)

### EMENDA CONSTITUCIONAL Nº.95/2016

- Na vigência do Novo Regime Fiscal as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde equivalerá:
    - ✓ No exercício de 2017= aplicação de 15% da RCL
    - ✓ Nos exercícios posteriores= aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos pela variação do IPCA, para o período de 12 meses encerrado em junho do exercício anterior.
- RESUMIDAMENTE**
- A despesa da União com ASPS de 2017 até 2036 será a mesma, em termos reais, da executada em 2016.



22/12/2017

**IMPACTO NAS DESPESAS COM ASPS-UNIÃO- EC 86 e EC 95**

Quilates Realizados em Unidades (ARRE)

Ano	EC 86				EC 95				Diferença com a EC 86	
	RS (bilhões)	RP (bilhões de anos)	MS (R\$ mil)	MSL (R\$ mil)	RS (bilhões)	RP (bilhões de anos)	MS (R\$ mil)	MSL (R\$ mil)	Por cento (organização) em relação a EC 86	Por cento (RP) em relação a EC 86
2014	1101,1	1101,1	1.000	100,0						
2015	1111,9	1111,9	1.51	13,7	1111,9	1111,9	1,77	15,9	159,0	15,2
2016	1117,9	1117,9	1,31	11,7	1117,9	1117,9	1,71	15,3	171,0	15,3
2017	1127,2	1127,2	1,57	14,0	1127,2	1127,2	1,84	16,3	184,0	16,3
2018	1137,8	1137,8	1,73	15,2	1137,8	1137,8	2,03	18,3	203,0	18,3
2019	1147,5	1147,5	1,77	15,4	1147,5	1147,5	2,18	19,0	218,0	19,0
2020	1158,0	1158,0	1,77	15,3	1158,0	1158,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2021	1168,0	1168,0	1,77	15,3	1168,0	1168,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2022	1178,0	1178,0	1,77	15,3	1178,0	1178,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2023	1188,0	1188,0	1,77	15,3	1188,0	1188,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2024	1198,0	1198,0	1,77	15,3	1198,0	1198,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2025	1208,0	1208,0	1,77	15,3	1208,0	1208,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2026	1218,0	1218,0	1,77	15,3	1218,0	1218,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2027	1228,0	1228,0	1,77	15,3	1228,0	1228,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2028	1238,0	1238,0	1,77	15,3	1238,0	1238,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2029	1248,0	1248,0	1,77	15,3	1248,0	1248,0	2,18	19,0	218,0	19,0
2030	1258,0	1258,0	1,77	15,3	1258,0	1258,0	2,18	19,0	218,0	19,0



**AGENDA DE TRANSFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

- O Ceará sem deixar inteiramente para trás as "doenças da pobreza", já se vê frente a frente com a ampla predominância das doenças crônico-degenerativas, agravado por um elevado contingente de causas externas em seu perfil de morbimortalidade.

**O SUS está ameaçado!**

*"Como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e das parcerias com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país."*

*Debora Vieira e Rodrigo Guimarães, IUPERJ, 2016*



1ª CONFERÊNCIA MACROREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**  
Dia: 03 de setembro de 2017  
Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

22/12/2017

**OBRIGADA**

vera.coeelho13@gmail.com  
(85) 999827640



## APRESENTAÇÃO DE ISRAEL GUIMARÃES PEIXOTO



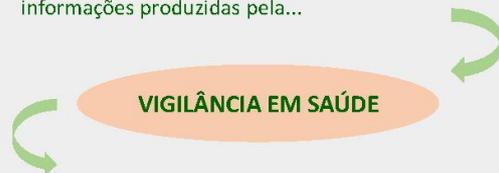
### O que é Vigilância em Saúde?

É um processo contínuo e sistemático de **coleta, consolidação, análise e disseminação de dados** sobre eventos relacionados à saúde, visando o **planejamento e a implementação de medidas de saúde pública** para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

(Art. 2º, Portaria nº 1387 de 09 de julho de 2013)



Gestores e profissionais de saúde utilizam informações produzidas pela...



...para o planejamento de ações e formulação de políticas públicas voltadas a prevenção de doenças e proteção e promoção da saúde.





# CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## 1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 03 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

### Quais são as principais ações da Vigilância em Saúde?



### Quais as competências dos entes federados na Vigilância em Saúde?

- União** → Coordenação nacional, apoio e cooperação técnica e execução em caráter complementar das ações de VS.
- Estados** → Coordenação estadual, apoio e cooperação técnica e execução em caráter complementar das ações de VS.
- Municípios** → Coordenação municipal e execução das ações de VS.



### Como se organiza a Vigilância em Saúde no Ceará?



### Como se organiza a Vigilância em Saúde no Ceará?

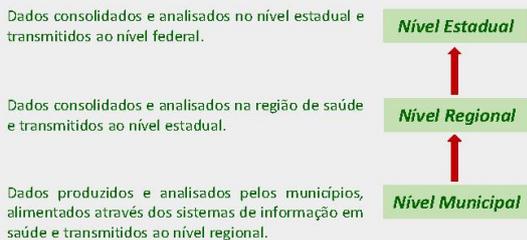


- Descentralização das ações de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR
- 22 regiões de saúde
- 5 macrorregiões de saúde
- Vigilância em saúde inserida na rede de atenção à saúde (Princípio da integralidade)

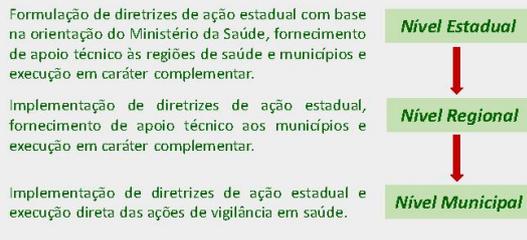




**Como se organiza a Vigilância em Saúde no Ceará?**



**Como se organiza a Vigilância em Saúde no Ceará?**

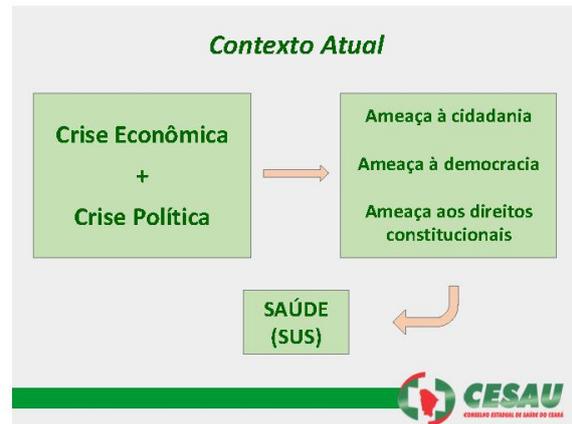


**Como a Vigilância em Saúde é usada no planejamento de ações e tomada de decisões?**



**Como a Vigilância em Saúde é usada no planejamento de ações e tomada de decisões?**





### Contexto Atual – PERGUNTAS NORTEADORAS

- Características da determinação da saúde no território correspondente à sua conferência:
  - O que promove a saúde?
  - O que ameaça a saúde?
- Problemas de grande impacto à saúde registrados no território correspondente a esta etapa da 1ª CNVS:
  - Como o impacto se distribuiu entre os diversos grupos da população?
  - Como a sociedade reage?
  - Como atua a Vigilância em Saúde com os demais setores?
  - Como atua a Vigilância em Saúde na Rede de Atenção à Saúde?
  - Como a Vigilância em Saúde interage com a Sociedade?

**CESAU**  
CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DO CEARÁ

### Tema Central e Eixos de Discussão

- ♦ **TEMA CENTRAL:**  
"Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade"
- ♦ **EIXO PRINCIPAL:**  
Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Prevenção da Saúde do povo Brasileiro.  
"Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde".

**CESAU**  
CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DO CEARÁ



**Subeixos**

- ⇒ Subeixo 1 - O lugar da vigilância em saúde no SUS
- ⇒ Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governantes com a vigilância em saúde
- ⇒ Subeixo 3 - Saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na vigilância em saúde
- ⇒ Subeixo 4 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento de iniquidades sociais em saúde



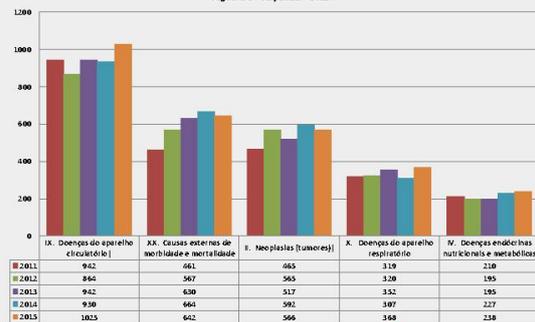
**Análise da Situação  
de Saúde  
Macrorregional**



**Mortalidade  
Geral**



Número de óbitos pelos principais capítulos CID 10, segundo Macrorregião de Saúde Litoral Leste Jaguaribe -CE., 2011 – 2015.



Fonte: TabNet - DATASUS

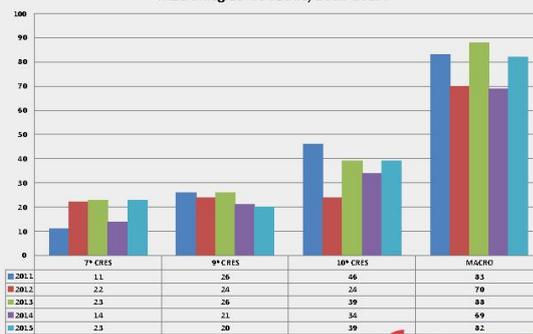




## Mortalidade Infantil



Número de óbitos em menores de 1 ano por Região de Residência e Macrorregião de Saúde, 2011-2015.



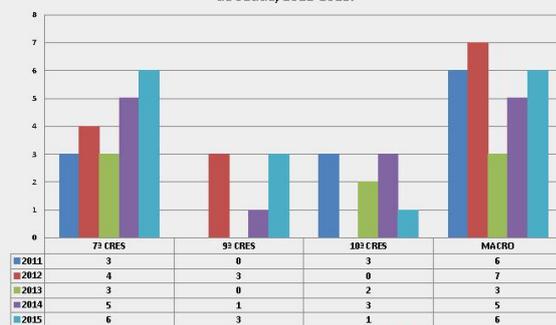
Fonte: SIM



## Mortalidade Materna



Número de óbitos maternos por Região de Residência e Macrorregião de Saúde, 2011-2015.



Fonte: SIM

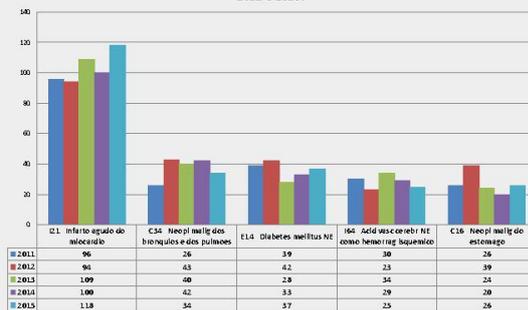




**Mortalidade Prematura Doenças Crônicas Não Transmissíveis -DCNT**



Número de óbitos prematuros pelo conjunto das 4 principais – DCNT, 2011 a 2015.



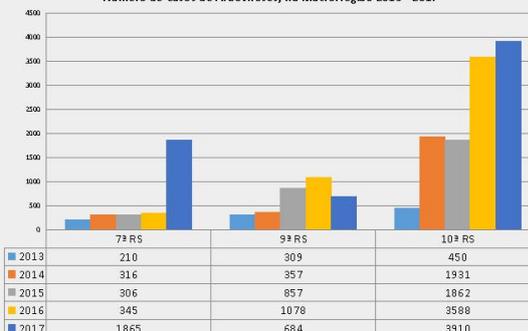
Fonte: TabNet - DATASUS



**Situação das Arboviroses**

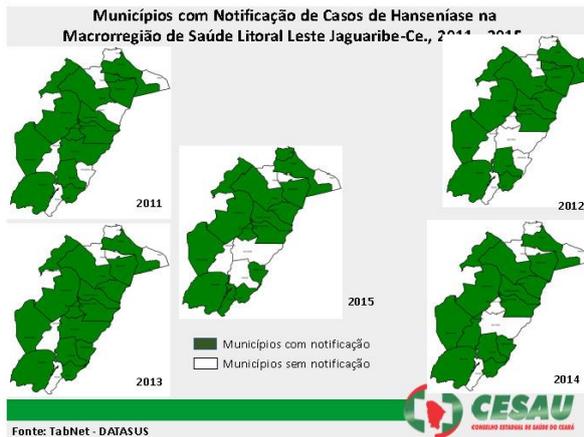


Número de Casos de Arboviroses, na Macrorregião 2013 - 2017

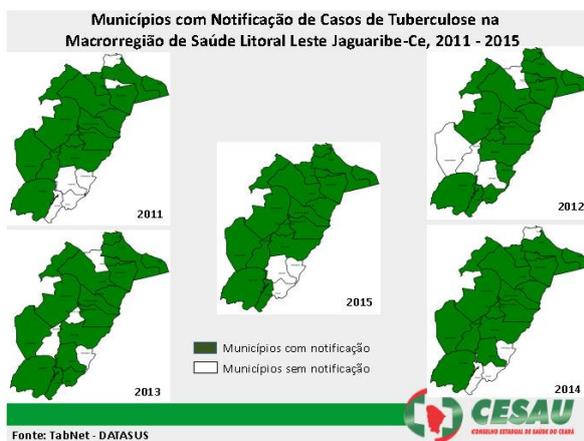




# HANSENÍASE



# TUBERCULOSE

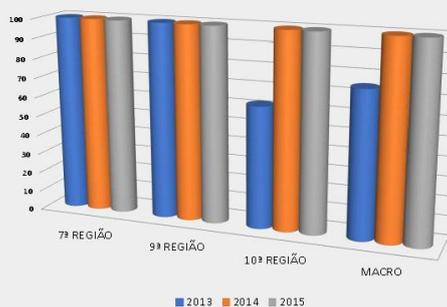




## Cobertura Vacinal



Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas



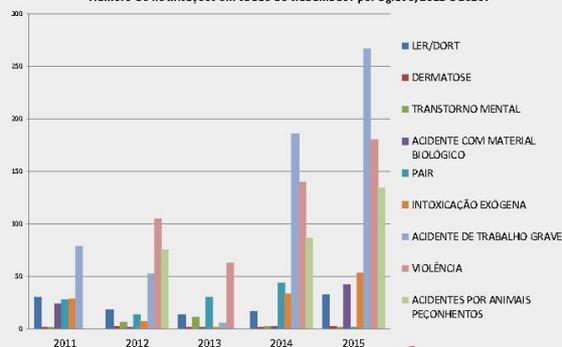
Fonte: TabNet - DATASUS



## Notificações Relacionadas ao Trabalho



Número de notificações em saúde do trabalhador por agravo, 2011 a 2015.



Fonte: SINAN

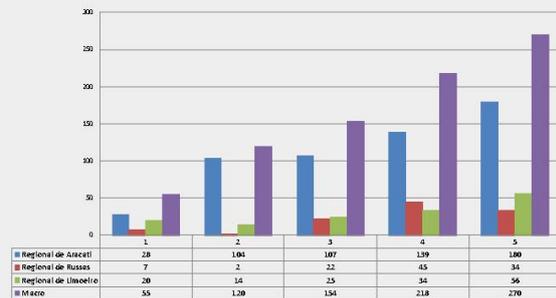




## Notificações de Violência



MACRO LITORAL LESTE  
Violência, 2011-2015. SINAN NET.



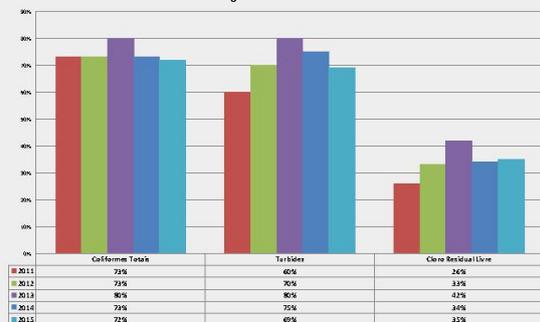
Fonte: SINAN



## Monitoramento da Qualidade da Água



Vigilância Ambiental





### Carcinicultura

Atividade tradicional que visa à criação de camarões em cativeiro;

**Ceará: áreas propícias** ao seu desenvolvimento;

**Opção de investimento e de diversificação** da atividade industrial para o estado;

**Geração de emprego e “desenvolvimento”;**\*

**Desenvolvimento desordenado: afeta sobretudo o ecossistema manguezal;**\*\* (importante na geração e produção de vida animal e na subsistência de comunidades);

Do ponto de vista científico, **deve-se evitar a concentração de fazendas** de criação de camarões, cuidar da qualidade da água e monitorar constantemente os criatórios a fim de evitar a poluição;\*\*

\* AGUIAR;SOUSA, 2017    \*\*SANTOS,2006



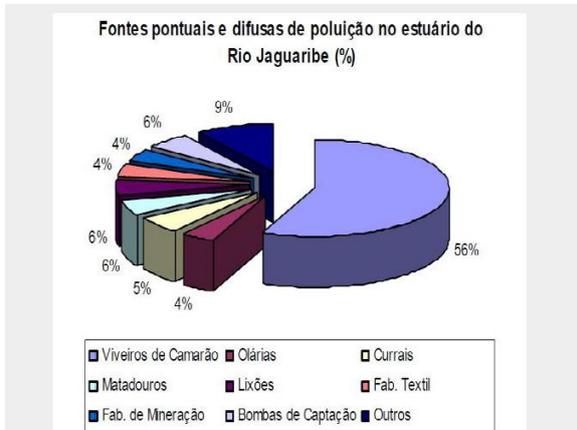
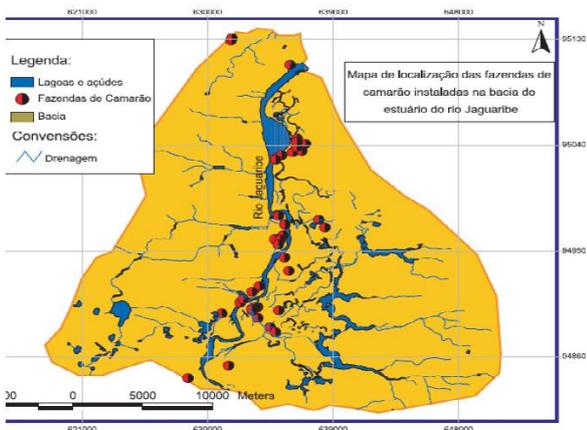
### Carcinicultura

**Região Litoral/Leste: maior produtor e detentor** de fazendas instaladas no Ceará,\*

**Litoral Leste/Jaguaribe: condições ambientais favoráveis**, principalmente na região de Aracati;\*\*

**Aumento do mercado consumidor** interno e externo;\*\*

**SEMACE:** região drenada pelo Rio Jaguaribe **há 174 empreendimentos instalados**, licenciados e não licenciados; 122 na bacia do estuário (Aracati, Fortim e Itaiçaba);\*  
**56,5% de fontes pontuais e difusas de poluição** no estuário do Rio Jaguaribe é de viveiros de camarão.\*





### Carcinicultura

SUCESSO DA INDÚSTRIA DA CARCINICULTURA

X

INCORPORAÇÃO DOS CUSTOS AMBIENTAIS

❖Acusada de causar **severos impactos ambientais\***:

Modifica o fluxo da marés;

Desmatamentos;

Acabam com a biodiversidade;

Promovem alterações no regime hídrico no fluxo e disponibilidade da água;

Contaminação do lençol freático, muitas vezes afetando o abastecimento humano.



\*AGUIAR, SOUSA, 2017

### Carcinicultura

“Não se trata de um conflito qualquer pela posse particular de um pedaço de terra, mas da luta pela sobrevivência de uma comunidade inteira” \*

Fala da Comunidade do Cumbe (Zona Rural de Aracat)



\*<http://quilombodocumbe.blogspot.com.br/2013/06/>

**OBRIGADO!**





**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia:** 03 de setembro de 2017

**Local:** CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

# Documento Norteador



**1ª CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

## **1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia:** 03 de setembro de 2017

**Local:** CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

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



# **CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MANUAL ORIENTADOR**

CEARÁ  
2017





**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**  
Dia: 03 de setembro de 2017  
Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

**Manual Orientador**



Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA

Conselho Estadual de Saúde – Cesau-CE

**Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde**

# **Manual Orientador**

**TEMA CENTRAL**

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

**EIXO PRINCIPAL**

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



**Manual Orientador**



Coordenador Geral:  
**Antonio Cleyton Martins Magalhães**  
Coordenador Adjunto:  
**Lucivaldo Farias Maciel**

**Membros**

Ana Cristina Tabosa  
Ana Lucia da Costa Mello  
Inês Prata Girão;  
Ismênia Maria Barreto Ramos;  
Lindélia Sobreira Coriolano  
Maria da Paz Andrade Monteiro  
Maria Goretti Sousa Pinheiro  
Marlucia Ramos de Fátima Sousa Gomes  
Pedro Alves de Araújo Filho  
Rogena Weaver Noronha Brasil  
Sebastiana Shirley de Oliveira Lima  
Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

Diagramação

**José Híbss Farias Ribeiro**

Revisão:

Ana Cristina Tabosa  
Kaio Stênio Targino Silveira  
Hariádina Salveano de Sousa

**Tiragem: 700 exemplares**

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

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

CDD 362.1



**I CONFERÊNCIA MACROREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia:** 03 de setembro de 2017

**Local:** CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

**Manual Orientador**



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

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

Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde

**Ana Lúcia da Costa Mello**  
Presidente

**Marcos Coelho Parahyba**  
Vice – Presidente

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

**Francisca Lucia Nunes de Arruda**  
Secretária Adjunta



Manual Orientador



SUMÁRIO

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



**Manual Orientador**



**I - Siglas e Abreviaturas**

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



## Manual Orientador



### 1 - APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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



**Manual Orientador**



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

Dessa forma, esperamos do participante:

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

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

- I) Atentar contra a ética, a moral e o decoro;
- II) Fazer de sua posição instrumento de domínio, pressão ou de menosprezo a qualquer pessoa;
- III) Prejudicar deliberadamente a reputação de outros conselheiros ou de cidadãos;
- IV) Ser, em função de seu espírito de solidariedade, conivente com erro ou qualquer infração;
- V) Usar de artifícios para adiar ou dificultar o exercício regular de direito por qualquer pessoa, causando-lhe dano moral ou material;
- VI) Permitir que perseguições ou interesses de ordem pessoal interfiram nos objetivos finalísticos da Conferência;
- VII) Falsear deliberadamente a verdade ou basear-se na má-fé;
- VIII) Permitir ou concorrer para que interesses particulares prevaleçam sobre o interesse público;
- IX) Receber vantagem de qualquer espécie, para si, familiares ou qualquer pessoa, para o cumprimento da sua missão ou para influenciar outro conselheiro para o mesmo fim;

Em face do comentado e certo da importância e do compromisso coletivo como a construção de uma sociedade mais justa, livre e fraterna e de relações democráticas que se traduzam em inclusão e direitos desejamos a todos(as) uma excelente Conferência.

## **2 – ANTECEDENTES**

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



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



Manual Orientador



SUBEIXO I

O LUGAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS

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

QUESTÕES NORTEADORAS

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

O LUGAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS:

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

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

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

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

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

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



## Manual Orientador



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

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

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

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

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



**Manual Orientador**



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

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

**QUESTÕES NORTEADORAS**

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

**RESPONSABILIDADE SANITÁRIA**

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

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

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

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

**INFORMAÇÃO PARA AÇÃO**

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

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

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



## Manual Orientador



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

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

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

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

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

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



**Manual Orientador**



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

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

**Perguntas Norteadoras:**

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

**INTRODUÇÃO**

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

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

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

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

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

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

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



## Manual Orientador



Essas quatro vertentes têm em comum:

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

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

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

### ACESSIBILIDADE E AS AÇÕES DE VS

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## NECESSIDADES CONTEMPORÂNEAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

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

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

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



Manual Orientador



SUBEIXO IV

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA  
PARA ENRENTAMENTO DAS INEQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

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

**Perguntas Norteadoras:**

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

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

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

Desta forma, partindo da compreensão que:

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



## Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Manual Orientador



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

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

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



**Manual Orientador**



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

**1. DOS OBJETIVOS**

A 1ª CEVS tem como objetivos:

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

**2. DO TEMA CENTRAL**

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

**3. DOS EIXOS TEMÁTICOS**

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

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

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

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

**4. DA PARTICIPAÇÃO**

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

#### 5. DA ETAPA MACRORREGIONAL

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

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

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

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

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

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

### 7. DA ETAPA ESTADUAL

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

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

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

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

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

Fonte: População IBGE Estimativa da população para o Tribunal de Contas da União (TCU) 6

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



## Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9. DAS MOÇÕES

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



## Manual Orientador



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

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

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

## 10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10.2. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora.

## 11. DA CONSULTA PÚBLICA

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



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

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

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

#### **CAPÍTULO I**

##### **DANATUREZAE FINALIDADE**

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

#### **CAPÍTULO II**

##### **SEÇÃO I**

##### **DAREALIZAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### **SEÇÃO II**

##### **DA ETAPA MACRORREGIONAL**

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



Manual Orientador



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

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

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

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

#### SEÇÃO IV

##### DA ETAPA ESTADUAL

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

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

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

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

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

I – Conselheiros (as) estaduais titulares e suplentes;

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

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

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

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

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

#### SEÇÃO V

##### DAS CONFERÊNCIAS LIVRES

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

2. Os subeixos da 1ª CEVS:

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

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

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

### **CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO**

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

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

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



## Manual Orientador



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

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

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

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

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

### CAPÍTULO V DAS COMISSÕES

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

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

§1º A Comissão Executiva terá os seguintes representantes:

- I – Presidente – Secretário de Saúde do Estado do Ceará
- II – Coordenação Geral – Presidente do Conselho Estadual de Saúde
- III – Coordenador Adjunto – Membro da Câmara Técnica de Acompanhamento de Regionalização da Assistência do SUS – Canoas
- IV – Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde

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

### CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 19. À Comissão Executiva compete:

- I – Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;
- II – Subsidiar e apoiar a realização das atividades das demais Comissões;
- III – garantir as condições da infraestrutura necessárias para a realização da 1ª CEVS;
- IV – Propor e viabilizar a execução do orçamento e providenciar as suplementações orçamentárias;
- V – Prestar contas à Comissão Organizadora dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões estaduais na participação das etapas preparatórias e Conferências Macrorregionais;
- VI – Viabilizar as condições de acessibilidade e de infraestruturas necessárias para a realização da 1ª CEVS, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, Internet, fax, dentre outros), hospedagem, transporte, alimentação e outras;
- VII – Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 1ª CEVS;
- VIII – Propor a lista dos (as) convidados (as) citados no §1º do artigo 10, obedecendo a paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 01/1998 do Conselho Estadual de Saúde.



**Manual Orientador**



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

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

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

II – Elaborar e propor:

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

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

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

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

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

I – Elaborar e propor o Regimento da 1ª CEVS

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

III – Consolidar as Propostas da Etapa Macrorregional;

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

V – Elaborar o Relatório Final da 1ª CEVS;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CAPÍTULO VII DOS PARTICIPANTES**

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

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

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

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

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

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

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

## CAPÍTULO VIII DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## CAPÍTULO IX DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

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

I – Os grupos de trabalho;

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

III – Plenária final.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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



#### DECRETO DE 12 DE NOVEMBRO DE 1991

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

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

#### DECRETA:

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

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

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

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

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



## ANEXO I



Manual Orientador



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

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Nome:

.....

Nome no Crachá: .....

Nº RG: ..... Órgão Expedidor: .....

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

II. ENDEREÇO

Residencial: .....

Complemento: .....

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

E-mail:.....

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

Entidade: .....

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

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

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

.....

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

.....

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

Nome do Acompanhante: .....
Nome no Crachá do Acompanhante: .....
Nº RG Acompanhante:..... Órgão Expedidor: .....
CPF do Acompanhante: ..... Data de Nascimento: ...../...../.....
Email do Acompanhante: .....
Telefone : ( ) ..... Celular: ( ) .....





**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia:** 03 de setembro de 2017

**Local:** CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

**Manual Orientador**



## **ANEXO II**



Manual Orientador



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

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

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

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



Manual Orientador



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

Macrorregional de Saúde Sobral - Ceará

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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

Desse modo totalizando 188 delegados para a Conferência Macrorregião.



Manual Orientador



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

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

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

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



Manual Orientador



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

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

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

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



Manual Orientador



**RESOLUÇÃO Nº 547, DE 09 DE JUNHO 2016**

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

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

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

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

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

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

Resolve:

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

RONALD FERREIRA DOS SANTOS  
Presidente do Conselho Nacional  
de Saúde

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

RICARDO BARROS  
Ministro de Estado da Saúde

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



## Manual Orientador



### DA FINALIDADE

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

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

### DA CONFERÊNCIA LIVRE

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

### DA REALIZAÇÃO

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

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

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

### DA INSCRIÇÃO

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

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

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

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

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

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



## Manual Orientador



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

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

### DO CREDENCIAMENTO

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

### DA PARTICIPAÇÃO

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

### DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

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

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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



Manual Orientador



RESOLUÇÃO Nº 01 /98 - CESAU

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

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

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

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

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

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

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



Manual Orientador



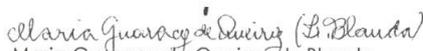
4. Deliberar que a participação de entidades representativas de categorias profissionais nos Conselhos de Saúde, somente poderá ocorrer na composição de representantes do segmento de profissionais de saúde/trabalhadores de saúde.

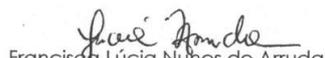
Parágrafo Único – Fica garantido aos Agentes Comunitários de Saúde concorrer vaga nos Conselhos de Saúde, na representação de trabalhadores em saúde, nível elementar.

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

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

  
Anastácio de Queiroz Sousa  
Presidente da Mesa Diretora

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

  
Francisca Lúcia Nunes de Arruda  
Secretaria da Mesa Diretora



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

RESOLUÇÃO Nº 44/2017 – CESAU

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

**CONSIDERANDO:**

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

**RESOLVE:**

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

Ana Lúcia da Costa Mello  
**Presidente**

Marcos Coelho Parahyba  
**Vice-Presidente**

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

Francisca Lucia Nunes de Arruda  
**Secretária Adjunta**



Manual Orientador



PORTARIA Nº 2088/2017.

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

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

CONSIDERANDO:

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

RESOLVE:

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

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

Henrique Jorge Javi de Sousa  
SECRETÁRIO DA SAÚDE



## RELATÓRIO FINAL DESCRITIVO DA 1ª CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Aos três dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezessete, no município de Russas, no Auditório do Centro Vocacional Tecnológico - CVT, situado na Travessa Pedro Araújo, S/N - Bairro Ipiranga, às oito horas e quarenta e cinco minutos, foi iniciado o credenciamento da **1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde Macro Litoral Leste Jaguaribe** com a boas-vindas de Israel Guimarães Peixoto - Coordenador da Coordenadoria Regional de Saúde de Russas que enfatiza o grande momento vivido após uma construção rica de vigilância na região. Roberta de Paula Oliveira - Supervisora do Núcleo de Vetores (NUVET/SESA): se apresenta e fez referência sobre a prevenção de doenças e agravos precisando prevalecer diante da situação de financiamento para enriquecer a vigilância do Estado, por meio de ações planejadas, coesas e monitoradas. Joseana de Lima Santos Nobre - Coordenadora da CORES/SESA: agradece o momento de condução do evento esperando grandes propostas juntamente com o CESAU. Daniel Maciel de Melo Peixoto - Secretário da Saúde de Russas: saúda a mesa, secretários municipais de saúde, Coordenadores Regionais. Cita a importância do momento e a necessidade de um novo financiamento da saúde pública, principalmente quanto às necessidades dos municípios que levam as dificuldades na execução das ações de vigilância e todos os custos no processo saúde-doença. Rafael: Enfatiza que o momento é importante à construção de uma vigilância rica de ações e resultados. Relata a reforma da Previdência como obstáculo para que os trabalhadores possam ser de fato executores de ações de vigilância. Isabel Cristina Cavalcanti Carlos - Secretária Adjunta da SESA/CE: Agradece o convite e diz sobre sua satisfação de estar presente nesta Conferência. Cumprimenta secretários, conselheiros. Cita a importância do SUS e todos os presentes. Aborda a prevenção para que se torne necessário a fim de cumprir nosso papel como funcionários públicos, participando de momentos como este. O trabalho em equipe nas vigilâncias traz possibilidades de mudança do cenário da promoção e prevenção à saúde. Devemos ampliar as discussões intersetoriais mesmo diante do subfinanciamento que bate à porta, buscando atender as necessidades do território com compromisso e esforços contínuos. Na Mesa Redonda foi abordada por Vera



Coelho a vigilância em saúde que precisa de uma abordagem dinâmica e que deve ser vista como política pública e a necessidade de garantia de direitos, políticas sociais que determinam o processo saúde-doença. A Saúde na Constituição onde temos que compreender que a saúde pública precisa ser intersetorial e a vigilância, permitindo a análise e conhecimento dos determinantes sociais que levam a sociedade a ter saúde e políticas integradas para levar saúde a todos. Enfatiza que as Regionais de Saúde tem papel fundamental na integração das vigilâncias, buscando vencer os desafios que certamente são muitos. Lembra que 46% dos cearenses ainda vivem na linha da pobreza e não conhecemos quem são de fato para direcionarmos ações coerentes e que possam impactar na sua qualidade de vida: “falta um conjunto de saberes da população que norteie uma condução efetiva no cuidado de suas necessidades”. Cita o subfinanciamento da saúde no país como um sério e grande problema que nos cerca e se persistir poderá dificultar ainda mais a situação de saúde-doença em nossa população, agravando as formas de assistência à saúde em todos os níveis. Vera Coelho cita que a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e obrigação do governo em provê-la, conforme diz em seu Art. 196 que “*a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação*”. Alguns objetivos do SUS tais como: Identificar e divulgar os condicionantes e determinantes; Formular a política econômica e social para diminuir o risco de doenças e outros agravos; Assistência por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde foram lembrados e ressaltou que algumas funções do SUS, sendo elas: Regular; Fiscalizar; Controlar e Executar precisam ser realizadas regularmente dentro do processo de trabalho e, monitorados e avaliados. Cita os princípios e diretrizes do SUS que devem ser focados no Cidadão, promovendo a integralidade da atenção à saúde, racionalizando os gastos e otimizando os recursos, corrigindo as dificuldades sociais e territoriais, promovendo a igualdade e potencializando os processos de descentralização, visando a garantia do direito à saúde. Ainda foram abordados os princípios da Carta de Direitos dos Usuários do SUS, sendo eles: atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, tratamento adequado e efetivo para seu problema, atendimento



que respeite a sua pessoa/seus valores/seus direitos, ações estas que garantam seu tratamento de forma adequada e o comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Foi dado ênfase aos Instrumentos de Planejamento do SUS: Plano de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Prestações de Contas Quadrimestrais, Programação Anual, bem como ao Plano Plurianual, Orçamento Anual, Relatório de Gestão Fiscal para o bom andamento das ações ao cidadão e sociedade, sendo estes últimos oriundos de um governo responsável, organizado e eficaz. Após as exposições e debates, deu-se início aos trabalhos em grupo, que foram divididos por subeixo, com discussão, elaboração e aprovação de propostas, que foram apresentadas em plenária. Ao final, foram eleitos os Delegados por segmento (usuário, trabalhador de saúde, gestor – prestador de serviço) para a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS e deu-se por encerrada a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde – Litoral Leste Jaguaribe – 1ª CMRVS.



I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia:** 03 de setembro de 2017

**Local:** CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

# REGISTROS FOTOGRÁFICOS





**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia: 03 de setembro de 2017**

**Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.**



## ACOLHIMENTO



## RECEPÇÃO



**I CONFERÊNCIA MACROREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia: 03 de setembro de 2017**

**Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.**



## COMISSÃO ORGANIZADORA



## DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO





**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia: 03 de setembro de 2017**

**Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.**



## MESA DE ABERTURA



## MESA REDONDA





I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## 1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 03 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

### GRUPOS DE TRABALHO





I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 03 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

## GRUPOS DE TRABALHO





I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## 1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE

Dia: 03 de setembro de 2017

Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.

### PLENÁRIAS





**I CONFERÊNCIA MACROREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia: 03 de setembro de 2017**

**Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.**



**DELEGADOS USUÁRIOS PARA A 1ª CEVS**



**DELEGADOS TRABALHADORES DA SAÚDE PARA A 1ª CEVS**





**I CONFERÊNCIA MACRORREGIONAL  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**1ª CMRVS - MACRO LITORAL LESTE JAGUARIBE**

**Dia: 03 de setembro de 2017**

**Local: CVT – Travessa Pedro Araújo, S/N, Bairro Ipiranga – Russas/CE.**



## **DELEGADOS GESTOR PARA A 1ª CEVS**

