

RELATÓRIO FINAL
DA 12ª CONFERÊNCIA
ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DO PARANÁ

SESA / ISEPR / ESPP
DIVISÃO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO
CIENTÍFICA - SEÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO
E RECURSOS PEDAGÓGICOS

CURITIBA - PARANÁ
AGOSTO /1992

670.008.000
CON
20.2

COMISSÃO ORGANIZADORA

1 - Presidente de Honra:

ROBERTO REQUIÃO DE MELLO E SILVA
Governador do Estado do Paraná

2 - Vice-Presidente de Honra:

DOMINGOS FAUSTINO DE CARVALHO
Deputado Estadual - Presidente da Comissão
de Saúde da Assembléia Legislativa do Es-
do do Paraná

3 - Presidente:

NIZAN PEREIRA ALMEIDA
Secretário de Estado da Saúde

4 - Vice-Presidente:

MAURO DAISSON OTERO GOULART
Diretor Geral da Secretaria de Estado da Saúde

5 - COMITÊ EXECUTIVO:

Coordenador: Nilton Kiesel Filho

Coordenador Adjunto: Araré Gonçalves Cordeiro
Junior

Secretaria: Marta Maria de Souza
Carlos Renato DÁvila
Mário Lobato da Costa
Maria de Lourdes de Leão Muller

Secretaria Adjunta: Sérgio Avelino Campanholo

Tesoureiro: Carlos Geraldo da Silva

Tesoureiro Adjunto: Celso Celestino Silva

Relator: José Carlos Silva de Abreu

Relator Adjunto: Juarez Gaziri

GRUPO CONSULTIVO: Participaram deste grupo
diversas entidades representantes da sociedade civil
organizada do Estado do Paraná.

APRESENTAÇÃO

O presente relatório final da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná realizada em Curitiba de 6 a 9 de outubro de 1.991, condensa todos os documentos e propostas aprovadas pelos grupos de trabalho e pela plenária da Conferência, mantendo de maneira fiel a forma como foram apresentados e aprovados.

Os temas apresentados foram organizados em tres itens que agrupam assuntos específicos com suas respectivas propostas a saber: A)- Saúde, Governo e Sociedade, B) Implantacao do Sistema Unico de Saude com os tema I)Municipalizacao, II)Financiamento, III)-Gerenciamento, IV)-Recursos Humanos, C)-Controle Social, e D)-Temas Gerais. Em seguida são apresentados as moções aprovadas pelo plenário

da Conferência Estadual de Saúde.

Os relatores optaram pela apresentação global dos documentos aprovados na forma definida pela plenária geral no sentido de garantir que este documento expresse de maneira legítima os conceitos e diretrizes aprovadas por todos os participantes da 1ª Conferência Estadual de Saúde.

I) SAÚDE, GOVERNO E SOCIEDADE

Os participantes da Conferência majoritariamente condenaram o modelo neoliberal do Governo Collor, cuja proposta reduz o papel do Estado, o que se expressa no setor saúde com a substituição dos serviços públicos por serviços privados contrariando frontalmente os princípios estabelecidos pela Constituição Federal.

Este desencontro entre as diretrizes legais e a atuação política do Governo Federal reforça o fato de que a saúde como direito do cidadão e dever do Estado só virá como uma conquista, daí a necessidade de se avançar na defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, na medida em que este significa o combate a privatização do Estado, a recuperação da capacidade de investimento no setor público, o fortalecimento dos fundos de saúde, a descentralização do planejamento e da execução das ações de saúde, a atuação no sentido de diminuir o poder de influência das multinacionais do setor, e o avanço do processo de participação da sociedade civil organizada.

Os municípios tem papel preponderante nesta luta, e apesar das dificuldades por que passam, deverão estabelecer um processo de participação social capaz de implementar esta política de saúde, direcionando suas prioridades para o conjunto da população, dando atenção integral a saúde e investindo em todos os setores que resultem em melhoria na qualidade de vida de toda a

população. Desta forma tem-se como principais propostas:

- I - Exigir o cumprimento dos dispositivos legais referentes à saúde e ao bem estar da população, bem como a garantia de realização das Conferências de Saúde, com a periodicidade prevista em todos os níveis.
- II - Criar alternativas de pesquisa e produção Nacional-Estatal de medicamentos/imunoderivados com o objetivo de diminuir a influência da indústria multinacional farmacêutica na Saúde.
- III - Aumentar a participação da sociedade civil organizada, popular e sindical nas instâncias decisórias.
- IV - Garantir à sociedade o direito a integralidade da assistência que foi reivindicado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas, para tanto, na atual conjuntura econômica, política e social, faz-se necessário:
 - combater a política de privatização das ações de saúde de modo a assegurar à população de baixa renda o acesso a integralidade da assistência;
 - garantir o acesso da população indistintamente aos recursos terapêuticos e diagnóstico de alta complexidade;
 - criar, através do Ministério da Saúde, mecanismos de estímulo financeiro de forma diferenciada para os municípios que desenvolvem programas de assistência preventiva;

II) - IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para melhor definição das propostas, este tema foi subdividido em tres subtemas: Municipalização, Financiamento, Gerenciamento, e Recursos Humanos.

A) MUNICIPALIZAÇÃO

Os participantes firmaram o conceito de que a municipalização é o caminho a ser seguido no sentido da

descentralização do poder e a sua consolidação implica em se discutir as competências e os recursos que deverão ser repassados para que o município tenha poder de decidir e assumir os compromissos que afetam diretamente as condições de vida da população, o que significa incorporar o cidadão a vida política do lugar onde ele vive.

Por outro lado, reconhecem, que nem todos os problemas se resolvem a nível local, portanto há necessidade de se desenvolver políticas estaduais e nacionais de apoio aos municípios em questões como produção de soros e vacinas, hemoderivados, medicamentos, em serviços que incorporem tecnologia mais complexa, na formação de recursos humanos, e critérios de distribuição e remuneração destes profissionais.

No campo das práticas de saúde a ser desenvolvidos pelos municípios é que reside o principal ponto vulnerável para a consolidação de um novo modelo assistencial, pois é a partir deste é que se consegue ou não a adesão da população ao processo de conquistas.

Nesse sentido o modelo de prestação de serviços deve ser humanizado e resolutivo. Deve conceber o ser humano como uma integralidade biológica, psíquica e social. Levar em conta a determinação social do processo saúde-doença. Buscar o equilíbrio entre os pólos individual/coletivo, curativo/preventivo, clínico/epidemiológico, alternativas. Abrir-se a incorporação das práticas existentes. Utilizar toda tecnologia existente, na medida certa, não privando um cidadão sequer dos avanços técnicos existentes. Adotar somente as tecnologias e práticas cujos resultados tenham passado pela avaliação de seus impactos. Orientar as ações para problemas devidamente priorizados em cada realidade local. Responsabilizar-se, no âmbito de cada unidade, por uma parcela da população a ela adscrita, atendendo a demanda e vigiando a saúde. Garantir o acesso aos níveis de maior complexidade para todos, conforme a necessidade de cada um. Tornar-se transparente e acessível ao controle social num processo diálogo com toda a sociedade. Valorizar e investir em cada profissional da área e de cada um exigir uma postura ética renovada e comprometida com a solução de problemas de saúde da população.

Tendo em vista os princípios até aqui apontados algumas propostas são estratégicas no sentido de garantir o avanço do processo, com a transformação do modelo assistencial.

PROPOSTAS

- I - Integrar os serviços regionais e municipais garantindo a todos, na medida das necessidades de cada um, a totalidade da capacidade resolutive do sistema.
- II - Aperfeiçoar o sistema de informações em saúde definindo os papéis do nível municipal, regional e estadual. Oferecer condições para o registro contínuo dos agravos (morbidade e mortalidade) e dos serviços realizados em cada nível de forma a permitir a análise mais realista da situação local e estadual. É fundamental que se realize a etapa analítica nas Regionais de Saúde e nos municípios, como parte do processo de planejamento local e avaliação dos serviços. É desejável que ocorra a informatização para maior agilidade e atualidade das informações.
- III - Atuar inter-setorialmente, junto com outros órgãos ou instituições sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença: alimentação, moradia, trabalho, transporte, educação, lazer, segurança, saneamento básico e salário.
- IV - Reduzir os obstáculos administrativos burocráticos ao acesso da população nas unidades (carteirinhas, fichas, comprovantes de residência, horários de porta fechada, períodos para agendamento de atendimento, etc.), através da organização e agilização dos mecanismos de marcação de consulta, referência e contra-referência e outros.
- V - Humanizar o atendimento, com incorporação do conceito de conforto e agradabilidade a todas as unidades do sistema e reafirmação da postura ética de cada profissional, sejam os serviços públicos ou privados complementares.
- VI - Desenvolver ações de supervisão em serviço com enfoque de apoio técnico-administrativo ao processo de trabalho.
- VII - Organizar a atenção integral à saúde de maneira a contemplar os seguintes grupos populacionais: criança e adolescente; mulher; adulto e idoso. Deverão ser organizadas abordagens específicas visando atender as áreas de: saúde do trabalhador; saúde mental; saúde bucal; saúde do escolar e saúde do deficiente. Deverão ser utilizadas as terapias alternativas de valor comprovado junto às áreas adequadas.
- VIII - Tratar adequadamente os problemas específicos como: hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doenças imunopreveníveis, cólera porém não através de programas verticais desintegrados que não propiciam uma visão ampliada de saúde.

- IX - Promover a educação continuada com a colaboração de Associações Científicas com uma abordagem sistematizada da prevenção e do atendimento das doenças consideradas prioritárias, tais como: doenças infecciosas e parasitárias, as doenças carenciais e nutricionais, as doenças crônico-degenerativas em especial a hipertensão arterial, o diabetes e a arterioesclerose, as doenças mentais e neurológicas em especial o alcoolismo, o abuso de drogas, a epilepsia e as deficiências mentais, as deficiências e incapacidades físicas em geral, sensoperceptivas e as intoxicações por diversas causas.
- X - Abordar os problemas das violências devida aos acidentes de trânsito, do trabalho, e outros e à criminalidade nos seus aspectos preventivos e de agilização do atendimento.
- XI - Priorizar a organização assistencial à gestação, ao parto, puerpério e ao recém-nascido.
- XII - Mudar a política de atendimento ao doente mental, alcoolista ou drogado, com o controle social dos manicônios e sua progressiva redução, garantindo

assistência ambulatorial bem como contemplar e assegurar a assistência aos pacientes que necessitam internação em sistemas alternativos (hospital dia, hospital noite, centros de convivência, etc.).

- XIII - Incorporar à nível assistencial a abordagem aos problemas da Reprodução Humana, considerando os aspectos de planejamento familiar, sexualidade, esterilidade e aconselhamento genético.
- XIV - Desenvolver ações de educação e promoção em saúde afim de desenvolver a consciência sanitária da população.
- XV - Investir de maneira adequada nos sistemas de apoio como o de diagnóstico e tratamento, incluindo a assistência farmacêutica, as terapias alternativas e as tecnologias complexas; na área de epidemiologia e informação em saúde, na área de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos.
- XVI - Estruturar os Sistemas de Vigilância Sanitária entendendo o seu papel de monitoramento e controle dos riscos à saúde ligados aos locais de trabalho, ao processo produtivo, ao consumo de bens e serviços (alimentos, medicamentos, produtos químicos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e também ao exercício profissional, serviços hospitalares etc.) bem como aos riscos ambientais à saúde, relacionados ao controle de poluição ambiental, controle de endemias, controle do uso de elementos tóxicos na produção agropecuária industrial,

transporte, guarda e utilização de substâncias tóxicas, psicoativas, radioativas e teratogênicas.

- XVII - Estruturar os Sistemas de Vigilância Epidemiológica estendendo a sua utilização para além das doenças transmissíveis de notificação obrigatória, junto aos problemas nutricionais, às doenças do trabalho, às intoxicações, aos acidentes, às má formações congênitas e outras doenças.
- XVIII - Promover a obrigatoriedade de instalação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
- XIX - Dividir as Regionais de Saúde em Distritos Sanitários, (como expressão mínima do SUS, apto a realizar ações integrais) de abrangência inter-municipal quando for o caso, com constituição de consórcios inter-municipais, formais ou não, com apoio técnico-financeiro dos gestores do SUS, com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
- XX - Organizar unidades básicas de saúde com população adscrita por cadastramento orientado para o exercício da assistência à livre demanda e por área de abrangência geográfica para o exercício da assistência programada e da Vigilância à Saúde, considerando-se em cada área a heterogeneidade de classes sociais ou frações de classe.
- XXI - Ampliar a rede de serviços em quantidade e complexidade adequados, a partir de estudos epidemiológicos de necessidades, de acordo com as demandas locais, distritais e regionais devidamente priorizadas, previstas no Plano Municipal de Saúde e aprovadas nos respectivos conselhos.
- XXII - Realizar treinamentos e cursos através de consórcios Intermunicipais.
- XXIII - Definir critérios para a implantação do projeto Pró-Saúde, garantindo seu caráter de regionalidade sendo coordenado pelos Grupos Intermunicipais de Saúde.
- XXIV - Incluir a obrigatoriedade da vacinação contra a rubéola no esquema básico de vacinação para prevenção da deformidade física, mental, auditiva e visual.
- XXV - Criar Centros Regionais de Reabilitação e Habilitação, aos portadores de deficiências em geral com a reestruturação, adequação e manutenção de programas de órteses e próteses.
- XXVI - Garantir a fluoretação da água em todos os sistemas de abastecimento do município, com a manutenção de programas

de caráter preventivo na área de saúde bucal:

3) - FINANCIAMENTO

Os participantes da Conferência Estadual de Saúde criticaram a atual forma de financiamento para a Saúde, na medida em que esta sofre diretamente os efeitos da política de cunho recessivo que retrai a base de financiamento para o setor, além de que os recursos hoje destinados ao redor de 4% do PIB com um gasto de cerca de U\$.100 dolares por ano são insuficientes com grandes dificuldades para atender as necessidades da população.

Outra questão levantada refere-se a forma de como estes recursos são distribuídos, com base em uma filosofia que acaba privilegiando atos curativos, distribui apenas os recursos da área ambulatorial e mantém a relação convencional através de mecanismos de compra e venda,

contrariando os princípios estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 35, o que acaba propiciando situações que comprometem a execução de atividades nas instâncias locais.

Para que estas questões sejam superadas propõem-se:

- I - Aumentar gradativamente os recursos para a área da saúde tendo-se os seguintes patamares mínimos:
 - 10% dos orçamentos fiscais da União, Estados e Municípios;
 - 30% do orçamento da Seguridade Social;
 - 30% dos recursos arrecadados com os descontos previdenciários dos servidores públicos federais, estaduais e municipais.
- II - Aumentar indiretamente os recursos financeiros para o setor saúde através de:
 - cobrança de empresas seguradoras dos gastos com despesas médicas efetuadas pelo SUS no atendimento dos acidentes de trânsito, (regulamentar a matéria destinando estes recursos preferencialmente a programas de prevenção de acidentes e para agilização dos atendimentos aos acidentados);
 - Limitar os descontos com despesas médicas,

hospitalares, odontológicas, e outras no Imposto de Renda para Pessoas Físicas.

- III - Repassar automática e diretamente recursos financeiros de acordo com a Lei 8.080, através da imediata regulamentação do artigo 35, para o Estado e Municípios.
- IV - Constituir os Fundos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.
- V - Rever a Tabela base de remuneração que privilegia o ato médico e introduz a distorção de remunerar progressivamente a agregação de tecnologia sofisticada e que não remunera os atos de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e as ações voltadas à proteção da saúde do trabalhador.
- VI - Controlar a nível municipal o financiamento das ações ambulatoriais e hospitalares, retirando do INAMPS a atribuição de contratar, rescindir contratos e efetuar pagamentos no setor privado complementar.
- VII - Exercer o controle social dos Fundos de Saúde através dos Conselhos de Saúde.
- VIII - Garantir o repasse de recursos de forma que contemple as necessidades reais da população.
- IX - Garantir através do Estado 50% do custeio das unidades municipalizadas por um período, de pelo menos 1 ano afim de que possa permitir aos municípios incorporá-las definitivamente, além de pagar os servidores estaduais.
- X - Garantir através do Estado o pagamento de 1/3 das atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, honrando compromisso assumido através de convênio assinado em setembro de 1990.
- XI - Incluir as ações de vigilância sanitária como ações de saúde devendo ser financiadas pelo SUS (níveis Federal, Estadual e Municipal), e que os recursos oriundos do sistema de arrecadação (taxas de licenciamento, multas, etc.), específicos da Vigilância Sanitária, sejam utilizadas exclusivamente nesta área.
- XII - Rever o sistema de pagamento das AIH's, por média de procedimento independente do risco específico.
- XIII - Aumentar o percentual dos recursos do Tesouro do

Estado destinados à Secretaria Estadual de Saúde para que a mesma de cumprimento às suas competências.

- XIV - Destinar um percentual mínimo (5%) do orçamento da área de saúde do Estado e Municípios para desenvolvimento de recursos humanos, além de congressos e seminários de formação em política de saúde.
- XV - Aprovar através do Conselho Estadual de Saúde, todos os investimentos a serem realizados no setor saúde.
- XVI - Investir prioritariamente recursos do SUS estadual nas Regionais menos equipadas e onde haja maior déficit de serviços.
- XVII - Realizar cursos de gerencia financeira através do Estado aos membros dos Conselhos Municipais de Saúde, já que estes são gerenciadores e fiscais dos fundos municipais de saúde.
- XVIII - Isentar de toda taxaçaõ a importação ou comercialização interestadual ou internacional dos equipamentos médicos quando realizados pelos serviços públicos e o usuário que efetivamente necessite, devendo ser homologado pelos Conselhos.
- XIX - Tornar mais claros e técnicos os critérios de definição dos valores da UCA, através de um cadastro que atenda as necessidade de saúde da população e não os interesses dos prestadores de serviços, garantindo, no mínimo, valor de UCA que dê cobertura financeira aos gastos históricos de assistência ambulatorial no Estado do Paraná, e que garanta também cobertura financeira a novos procedimentos que estão sendo incorporados à área ambulatorial, como internações de curtíssima permanência, ações preventivas na área de saúde bucal, saúde mental, etc..
- XX - Garantir o repasse de recursos de forma que contemple do custo real dos serviços, com a garantia aos prestadores dos serviços no âmbito do SUS com o pagamento no valor mínimo da Tabela da Associação Médica Brasileira.
- XXI - Sistematizar o repasse de recursos aos municípios de forma a evitar o clientelismo.
- XXII - Promover um ampla discussão com os Municípios no sentido de revisar os pontos negativos

observados na atual proposta do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), como por exemplo a questão da urgência/emergência.

- XXIII - Garantir que seja repassado aos municípios a reserva técnica de 20% de A.I.H., retida pelas Regionais de Saúde, e também garantir, no mínimo, o parâmetro de 0,1 internação/habitante/ano.
- XXIV - Estabelecer mecanismos de compensação aos Municípios pólo ou micro-pólo que realizem atendimentos (A.I.H., S.A.D.T., consultas, etc.) aos municípios vizinhos, seja através de remanejamento de tetos ou criação de índices de valorização.
- XXV - Estabelecer uma contrapartida do Estado de no mínimo 10 a 15% do orçamento estadual para o setor saúde.
- XXVI - Definir um orçamento próprio para o saneamento básico, aumentando o investimento dos Governos Federal, Estaduais e Municipais para o mesmo.
- XXVII - Garantir a transparência na política de financiamento adotada para o setor.
- XXVIII - Constituir comissão de trabalho de alto nível que irá propor mecanismos técnicos-científicos e operacionais para utilização dos critérios do Artigo 35 da Lei 8.080.
- XXIX - Obrigar a União a repassar ao Fundo Nacional de Saúde pelo menos 10% do PIB, para serem acrescidos aos 30% das contribuições sociais e outras.

C) - GERENCIAMENTO

Os participantes da Conferência Estadual de Saúde discutiram a necessidade de se redefinir o modelo assistencial do Estado, que tem como finalidade principal garantir a atenção integral a todos os usuários do Sistema, bem como redefinir as responsabilidades dos diversos níveis de governo no sentido de tornar mais claras e objetivas as atribuições propiciando condições para que se efetive um melhor controle social.

Para tanto se propõe:

- I - Definir novas praticas de planejamento e gestão que rompam com a tradicional fragmentação das funções clássicas de formação e administração de pessoal, buscando criar instâncias de desenvolvimento de Recursos Humanos onde estas funções estejam integradas.
- II- Adotar mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral, com a finalidade de acabar com os múltiplos vínculos empregatícios o que traz grandes prejuízos ao atendimento e à qualidade dos serviços, garantindo aos servidores que acumulam dois cargos e ou empregos no sistema, poder optar por exercer suas atividades em um ou dois estabelecimentos do SUS.
- III - Garantir os princípios éticos do exercício profissional, e o compromisso dos trabalhadores da saúde com a população, estabelecendo mecanismos que levem o cumprimento efetivo das cargas horárias.
- IV - Incentivar o trabalho de equipe, integrando os profissionais de várias áreas, que respondam pela primazia do preventivo sobre o curativo e rompam com a bipolarização médico-atendente.
- V - Criar incentivos para a interiorização dos profissionais de saúde de forma a equacionar o problema da concentração dos mesmos nos centros urbanos de maior porte, garantindo condições de remanejamento.
- VI - Definir mecanismos que proporcionem maior participação, autonomia e coletivização das decisões e do controle nas diferentes unidades que compõem os serviços de saúde, no que se refere ao planejamento, metas e objetivos.
- VII - Definir critérios para escolha das chefias locais e regionais, através dos Conselhos Municipais de Saúde privilegiando os técnicos de carreira, garantindo com que os cargos e funções de chefia e assessoramento no âmbito do SUS, sejam exercidos em regime de tempo integral, sem outros vinculos com a iniciativa privada.
- VIII - Incluir nos Conselhos Municipais de Saúde a representações dos trabalhadores de saúde através de suas entidades de classe.
- IX - Garantir que a folha de pagamento dos profissionais de saúde seja custeada pelo órgão de origem, estabelecendo-se isonomia salarial.

- X - Remanejar os profissionais de saúde do governo federal e estadual aos municípios que necessitem dos mesmos.
- XI - Definir o novo papel para as Regionais de Saúde, com a finalidade de dar aos municípios o assessoramento, controle e avaliação do Sistema de Saúde vigente.
- XII - Estabelecer uma política de medicamentos básicos e especializado, em conjunto com os governos federal e estadual, que atenda a real necessidade da população
- XIII - Redistribuir racionalmente aos municípios os equipamentos ociosos no governo federal e estadual.
- XIV - Padronizar formulários e impressos utilizados pelas três esferas do governo.
- XV - Implantar um modelo assistencial de saúde que desenvolva ações de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, numa concepção de atenção integral que contemple as ações assistenciais e as atividades preventivas.
- XVI - Estabelecer regionalização da saúde intra-municipais para cidades de grande porte e intermunicipais nas cidades menores.
- XVII - Integrar os serviços regionais e municipais garantindo a todos, na medida das necessidades de cada um, a totalidade da capacidade resolutive do sistema.
- XVIII - Utilizar plenamente a capacidade instalada dos serviços públicos antes da contratação de serviços de terceiros da rede filantrópica e privada.
- XIX - Refazer o credenciamento da rede conveniada pelo município, elegendo os serviços de referência de acordo com as necessidades do sistema, numa relação convencional dentro das normas do direito público, realizando estudo através das instituições gestoras do SUS, nos municípios, com o objetivo de conhecer a rede hospitalar e ambulatorial quanto aos aspectos: físicos, e de recursos humanos.
- XX - Implantar de forma gradual a municipalização dos serviços de saúde, de maneira que os municípios possam organizar-se e incorporar a nova política de saúde.
- XXI - Acabar com a forma convencional na implantação do SUS, conforme definição da Constituição Federal e da Lei nº 8.080 do SUS (Lei Orgânica do SUS).
- XXII - Garantir o apoio técnico e financeiro no estabelecimento

mento de Consórcios Intermunicipais (formais ou não), permitindo a resolução racional de problemas regionais.

- XXIII - Garantir o desenvolvimento de ações promocionais de saúde, sem detrimento das ações de cunho curativo-reabilitador.
- XXIV - Definir claramente o papel de cada esfera de governo, inclusive na questão de financiamento do setor.
- XXV - Definir qual a competência do nível estadual. A SE-SA/FCMR como principal gestor do SUS no Estado deve:
- Continuar a garantir o atendimento básico e os serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica nos municípios em que não ocorrer a municipalização;
 - Prestar assessoria técnica através de suas equipes multi-profissionais existentes nas 24 R.S. a todos os municípios nos aspectos de planejamento e organização dos serviços, implantação de sistema de informação, treinamento de recursos humanos e outros;
 - Garantir a completa instalação de equipamentos dos Centros Regionais de Especialidades em cada regional de forma a responder às necessidades de todos os municípios em consultas especializadas e serviços de apoio diagnóstico;
 - Avaliar continuamente a situação epidemiológica regional e geral do estado e a prestação de serviços para poder identificar as prioridades e formular o Plano Estadual de Saúde;
 - Avaliar propostas de investimentos e instalação de novos serviços de acordo com critérios das necessidades de saúde da população e aperfeiçoamento do sistema;
 - Supervisionar o cumprimento das diretrizes dos SUS e a implantação dos mecanismos de controle popular;
 - Promover a implementação da rede de sangue e hemoderivados através da otimização do funcionamento de todos os serviços públicos existentes no Estado e com a instalação de serviços (Hemocentros, núcleos e agências transfusionais) buscando desta maneira estender a cobertura deste serviço a toda a população do Estado;
 - Desenvolver mecanismos rígidos de controle de qualidade do sangue com órgãos afins a fim de garantir à população qualidade nos serviços prestados;

- Implementar o funcionamento do Centro de Pesquisas e Produção de Imunobiológicos, com a reorientação e modernização tecnológica do setor e o desenvolvimento de recursos humanos, visando a produção de Imunobiológicos de interesse em saúde pública;
 - Desenvolver a capacidade tecnológica do Estado na produção de Imunobiológicos mediante o desenvolvimento de pesquisas em biotecnologia e da realização de estudos e pesquisas através do intercâmbio científico com instituições congêneres;
 - Incrementar as ações de apoio diagnóstico nas áreas de assistência médica, de vigilância epidemiológica e sanitária através da implementação tecnológica dos laboratórios da rede e em particular dos laboratórios de referência regional;
 - Estabelecer sistematicamente controle de qualidade em toda a rede de serviços dos laboratórios de análises clínicas bem como padronizar métodos de acordo com os Centros de Referência Nacional;
 - Estabelecer convênios com laboratórios oficiais de maneira a ampliar a oferta de serviços no Estado, particularmente nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica;
 - Desenvolver tecnologicamente os processos de síntese química dos fármacos integrantes da Rename, buscando suprir a maior parte da demanda estadual, bem como a pesquisa de produtos químico-farmacêuticos das universidades estaduais e federal.
 - Proporcionar a compra da capacidade de produção dos laboratórios oficiais por municípios ou consórcio de municípios.
- XXVI - Implantar a partir de 1.992 o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) tendo em vista o resultado do Censo Demográfico, bem como dar um prazo maior para a assimilação da proposta pelos municípios.
- XXVII - Fortalecer o papel da Regional de Saúde como gestor regional do Sistema Estadual de Saúde.
- XXVIII - Aperfeiçoar os mecanismos internos de gerenciamento das unidades do Sistema Estadual de Saúde de modo a garantir melhor nível de eficácia e eficiência em toda a rede.
- XXIX - Promover o processo de planejamento, com base na realidade local, constituindo a partir deste, o Plano Estadual de Saúde.

- XXX - Promover atendimento individual, eventual ou programado de caráter multi-disciplinar, baseado no princípio da integralidade biológica, psíquica e social de todo ser humano.
- XXXI - Garantir o acesso universal e igualitário às ações de saúde em todos os níveis sem qualquer discriminação.
- XXXII - Avaliar de modo contínuo os serviços prestados, qualitativamente e quantitativamente tanto à nível ambulatorial como hospitalar, de natureza pública ou privada, com ampla divulgação dos resultados à população. Valorizar primeiramente a resolutividade, aprofundando a discussão dos critérios de avaliação.
- XXXIII - Garantir o gerenciamento técnico-administrativo, sem interferência político-partidário-eleitoral, tendo como critério de gerenciamento as propostas definidas pelos Conselhos de Saúde.
- XXXIV - Supervisionar e avaliar a atividade dos prestadores de serviços pela Regional de Saúde.
- XXXV - Garantir a continuidade e implantação dos diversos programas de saúde.
- XXXVI - Garantir recursos técnicos-administrativos e financeiros para implementar as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, e de Programas Especiais.
- XXXVII - Encaminhar aos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde os relatórios de supervisão e auditoria realizados pela Regional de Saúde.
- XXXVIII - Promover reformas administrativas nos municípios e no estado com a adoção de estruturas organizacionais horizontalizadas, do tipo matricial, com redução dos níveis intermediários de comando.
- XXXIX - Definir as áreas das Regionais de Saúde, Distritos Sanitários e Unidades básicas por critérios geográficos, demográficos, epidemiológicos, administrativos, e sócio-econômicos, com participação da sociedade civil organizada.
- XL - Realizar auditorias através de profissionais da saúde sem vínculo empregatício com o setor privado e encaminhar os resultados desta auditoria aos Conselhos de Saúde.
- XLI - Estabelecer que o Conselho Estadual de Saúde trate de forma emergencial a questão do atendimento hospitalar e ambulatorial.

- XLII - Garantir ao usuário a opção entre serviço público ou privado sem constrangimento. Os serviços públicos devem competir com os privados em qualidade assistencial em sua relação custo benefício.
- XLIII- Definir através do Conselho Estadual de Saúde critérios para a celebração e denúncias de contratos e convênios entre o setor público e as entidades ou pessoas jurídicas prestadores de serviços de saúde.
- XLIV - Promover, manter e distribuir dentro de normatização clara, através do Estado, retirando da iniciativa privada as órteses e próteses, medicamentos e produção de imunobiológicos.
- XLV - Manter ativos os grupos intermunicipais de saúde.
- XLVI- Manter um aporte regular de informações intersetoriais (habitação, educação, meio ambiente, saneamento, renda, poluição ambiental, uso de agrotóxicos, nível de emprego, segurança, transportes coletivos) aos Sistemas de Informações em Saúde.
- XLVII - Implantar o Sistema de Informação em Saúde de acordo com as concepções do pensamento estratégico que leva em conta a complexidade das relações sociais para além dos tradicionais indicadores utilizados.
- XLVIII - Garantir a gerência dos ambulatórios básicos e especializados, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, das ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, e das internações hospitalares pelos municípios, com estabelecimento de mecanismos de gestão e controle de qualidade dos serviços contratados, na questão da municipalização da assistência médica especializada, deverá ser levada em consideração a realidade local e regional, com o governo Estadual garantido estes serviços aos municípios com menor estrutura de serviços.
- XLIX - Implantar um Sistema de Informação em Saúde constituído em processo simultâneo local, distrital e regional, com participação intra, inter e extra institucional, com coleta, tratamento, análise, utilização, desagregação e consolidação das informações compatível com as necessidades de cada nível, extensivo aos serviços públicos e privados complementares.
- L - Informatizar o Sistema de Informação em Saúde como parte do processo de construção do mesmo, com equipamentos e programas adequados, interligados setorialmente e compatíveis com expansão e modernização futuras.

- LI - Desenvolver supervisão em serviço com enfoque de apoio e aporte técnico administrativo ao processo de trabalho, integração setorial e atenção às demandas da população.
- LII - Sistema regular de consultoria e assessoria, acessível a qualquer nível do sistema de acordo com suas necessidades e fundamentado no princípio da autoridade técnica multidisciplinar.
- LIII - Participação dos municípios na gestão dos serviços de saneamento (abastecimento de água, esgotamento sanitário, etc.) considerando esta ação como ação básica de saúde, resgatando o papel que os municípios no passado tiveram nesta área e contribuindo para a integralidade das ações de saúde.
- LIV - Socializar o conhecimento e o saber priorizando as equipes multidisciplinares e a melhoria na qualidade do atendimento a partir da concepção e prática voltadas para o ser humano em sua integralidade.

D) - RECURSOS HUMANOS

Os participantes da Conferência Estadual de Saúde, reconhecem a necessidade urgente do equacionamento dos problemas relativos aos recursos humanos que atuam na área de saúde, na medida em que estes são a chave mestra de qualquer processo produtivo, e fundamentais para a proposta de melhoria da qualidade dos serviços.

Reconhecem também as sérias dificuldades enfrentadas pelo setor, na medida em que esta força de trabalho apresenta baixos padrões de qualificação, desigualdades salariais, distribuição de categorias profissionais, baixos salários e são fortemente influenciados pelo clientelismo político e pelo corporativismo, dificultando o controle social.

A partir do reconhecimento da importância da questão de recursos humanos para a consolidação de um novo modelo de assistência em saúde, exigem a definição de uma política de recursos humanos propondo:

D.1 - Administração e Gerenciamento de Recursos Humanos

- I - Implantar Planos de Cargos e Salários, específicos para todos os profissionais do setor saúde, com uma metodo-

logia participativa e que estabeleça progressões horizontais e verticais, baseados em critérios definidos nacionalmente e com a participação das entidades representantes de classe.

- II - Englobar no Plano todos os que trabalham nos serviços do SUS, designando-se portanto como carreira multiprofissional ou carreira única de saúde, assegurando a evolução permanente na carreira a qual deverá se dar por tempo de serviço, ou qualificação.
- III - Permitir a evolução do trabalhador na carreira através de qualificação e ou formação permanente.
- IV - Reduzir ao mínimo os cargos de livre provimento, prevendo os cargos nas carreiras. Nenhum cargo de chefia pode ser ocupado por pessoa vinculada ao setor privado.
- V - Adequar periodicamente o Plano de Cargos e Salários, mediante negociação prevendo-se o contrato coletivo de trabalho como meio para isso.
- VI - Respeitar os pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, pelo setor público, sem prejuízo da adoção pelo município de remuneração complementar.
- VII - Definir mecanismos para a implantação da avaliação de desempenho democráticos e participativos, incorporando, para tanto, a representação da própria população.
- VIII - Dar incentivos aos funcionários, baseados na melhoria do estado de saúde da população de abrangência, e na maior produtividade e resolubilidade dos serviços.
- IX - Estimular a capacitação e especialização de profissionais na área de saúde, dando condições para o exercício de suas funções de acordo com as necessidades das instituições de saúde e a formação adquirida.
- X - Valorizar os trabalhadores de saúde, implantando uma política de assistência à saúde, reforçando a organização das CIPAS nos locais de trabalho e reavaliando os locais insalubres, diminuindo a exposição ao risco.
- XI - Realizar seminários regionais e locais para debater a política de recursos humanos.
- XII - Contemplar as reivindicações dos trabalhadores tais como: jornada de trabalho de 30 horas semanais; piso salarial; isonomia; mecanismos de correção salarial; acesso por concurso público e transferência através de concurso de remoção e promoção nas funções existentes; estabilidade no emprego; direito à organização sindical com negociação coletiva garantida; estabelecimento

de uma única data base.

- XIII - Estabelecer mecanismos, que levem ao cumprimento efetivo das cargas horárias por todos os profissionais de saúde, incentivando o tempo integral e a dedicação exclusiva aos serviços do SUS.
- XIV - Garantir mecanismos de controle popular com definições de metas e prioridades para ações de saúde nos municípios, dando conhecimento à população do horário de atendimento das unidades e dos funcionários.
- XV - Criar mecanismos legais para reposição salarial automática para todos os trabalhadores de saúde, que por serem considerados trabalhadores em serviços essenciais tem limitado seus direitos de greve, atendendo dispositivo constitucional que preve o limite de 65% com gasto de pessoal.
- XVI - Assegurar aos profissionais de saúde condições de tempo e equipamento para o atendimento humanizado e integral ao paciente, visando a qualidade e resolubilidade do atendimento e não apenas a quantidade.
- XVII - Criar mecanismos legais para que as prefeituras possam complementar os salários dos profissionais cedidos pela União e Estado quando houver diferença salarial.
- XVIII - Definir que as prefeituras respeitarão o pagamento de responsabilidade técnica ao pessoal especializado na área da saúde.
- XIX - Garantir o pagamento de insalubridade para os profissionais do setor saúde.
- XX - Garantir isonomia salarial nas diferentes esferas do governo para as atividades análogas.
- XXI - Aproveitar servidores do governo federal em disponibilidade, nos órgãos estaduais e municipais do SUS, remanejando-os para onde se fizerem necessários.

D.2 - Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos

- I - Estruturar os órgãos de recursos humanos, de forma a capacitar os profissionais do setor, e promover a atualização técnica-científica dos mesmos, dentro do novo modelo assistencial, adequando-os às características locais.
- II - Gestionar junto a Secretaria de Estado da Educação a implantação de escolas técnicas de formação e capaci-

tação de pessoal de nível médio e elementar na área de Saúde, de forma descentralizada.

- III - Adequar a estrutura curricular dos profissionais de saúde ao quadro das necessidades do país, através da efetiva participação dos órgãos educacionais de ensino.
- IV - Definir novos critérios para criação de cursos e habilitação profissional, bem como, para a instalação de escolas universitárias de acordo com as necessidades em termos de absorção das forças de trabalho.
- V - Garantir aos profissionais do setor saúde, a devida qualificação e capacitação técnica, estabelecendo programas permanentes de aperfeiçoamento e reciclagem de pessoal em todos os níveis, com a garantia de acesso a todos os trabalhadores durante a jornada de trabalho.
- VI - Incentivar a produção científica e o aprimoramento estimulando a criatividade.
- VII- Integrar as Universidades no processo de educação permanente dos profissionais e técnicos da saúde, constituindo-se em um órgão de consultoria técnica permanente do SUS.
- VIII- Promover a articulação das Universidades com os diversos órgãos integrantes do SUS, para o desenvolvimento de ações de saúde, incluindo as de última geração de forma a tornar prática a extensão para a comunidade através do próprio sistema de saúde.
- IX - Fomentar os órgãos formadores de recursos humanos em todos os níveis para a preparação de profissionais para atuarem na área de emergência.
- X - Descentralizar os cursos da Escola de Saúde Pública para os municípios sede de macro-região definindo novas práticas de capacitação dos profissionais com bolsa paga pelo órgão de origem.

III) CONTROLE SOCIAL

A participação da população no controle das políticas de saúde em nosso país vem ocorrendo de forma

significativa.

Um marco importante foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de entidades populares, dos trabalhadores, de profissionais de saúde, de prestadores e do governo.

As diretrizes principais propostas na 8ª Conferência foram incorporadas, depois de muita luta, ao capítulo da constituição Federal de 1.988 que criou o SUS.

Uma das diretrizes conquistadas foi a participação da população na fiscalização, planejamento e gerência dos serviços públicos através de conferências e conselhos de saúde.

Nesse sentido, são apresentadas algumas propostas para que esta participação ocorra de fato no processo de organização dos conselhos e da fiscalização e gerenciamento das ações de serviço de saúde.

PROPOSTAS

- I - As conferências deverão ocorrer de dois em dois anos, sendo a próxima em 1.993.
- II - Deverão ser realizadas em datas que facilitem a participação dos usuários (finais de semana e feriados).
- III - As conferências deverão ser organizadas por comissões paritárias, composta por prestadores, usuários e governo, eleita pelos Conselhos.
- IV - As conferências são de caráter deliberativo, devendo eleger seus respectivos conselhos, e estabelecendo critérios para a composição dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde.
- V - As conferências deverão ter um processo de preparação, através de pré-conferências, por proximidade geográfica ou por interesses afins, como forma de debate, levantamento de propostas e escolha de delegados.
- VI - Os conselhos devem respeitar a paridade que consta na Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990, 50% usuários e 50% prestadores, profissionais de saúde e governo.
- VII - É imprescindível que se realizem conferências

Estaduais complementares para aprofundamento de temas específicos como: Saúde da Mulher, Saúde Mental, etc. Estas conferências devem ser objeto de Lei Estadual e ter caráter deliberativo.

- VIII - O mandato dos Conselhos serão de 2 em 2 anos comcomitantemente com as conferências de Saúde.
- IX - As reuniões do C.E.S., deverão ser abertas para qualquer entidade e pessoaq interessada a apresentar denúncias e/ou sugestões.
- X - A Secretaria de Saúde deverá repassar aos Conselhos Municipais de Saúde demonstrativo dos recursos financeiros destinados ao pagamento dos prestadores de serviço e dados epidemiológicos e outros dados necessários à elaboração do Plano Municipal de Saúde.
- XI - Os prestadores públicos e privados deverão enviar mensalmente aos Conselhos Municipais de Saúde, relatório das ações prestadas relativo ao SUS, quando solicitado.
- XII - Conferências e Conselhos de Saúde são conquistas que resultam da convicção da sociedade de que as relações com o Estado devem ser renovadas e de que, para isso, a sociedade civil organizada deve constituir-se como instrumento de aproximação das demandas de saúde da população às estruturas responsáveis pelas respostas às mesmas.
- XIII - Conselhos de Saúde são colegiados que constituem a instância dirigente fundamental do Sistema Único de Saúde em cada nível respectivo de governo.
- XIV - Conferências e Conselhos são legalmente paritários (Lei Federal Nº 8.142), a metade representando o Poder Executivo, os prestadores privados contratados ou conveniados e os trabalhadores do setor de saúde, a outra metade representando usuários.
- XV - Os Conselhos debvem ter autonomia na escolha de seus Presidentes, eleitos democraticamente entre seus membros.
- XVI - Os Conselhos devem ser renovados conforme diretrizes emanadas das Conferências de Saúde.
- XVII - A criação dos Conselhos decorre de Lei Estadual ou Municipal, conforme a Constituição do Estado ou a Lei Orgânica do Município, nos respectivos

níveis do governo.

- XVIII - Os conselhos devem pautar-se em normas de organização e funcionamento, definidas em Regimento e Regulamento próprios por eles aprovados.
- XIX - Conferências e Conselhos de Saúde são instâncias deliberativas que avaliam a situação de saúde de seus respectivos níveis, formulam diretrizes para a política de saúde, controlam sua execução e a avaliam, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, através da fiscalização do Fundo Municipal de Saúde.
- XX - Neste processo devem ser consonantes à população que representam, aproximando suas demandas ao poder e revestindo-se de racionalidade técnica, administrativa e política.
- XXI - Disto devem resultar os planos de saúde que os Conselhos formulam ou participam da formulação, aprovam e encaminham para serem referendados pelo Poder Executivo.
- XXII - Conferências e Conselho, somam-se ao Poder Executivo, Legislativo e outras entidades, conforme as aspirações da população que representam, na luta pela efetiva descentralização política e financeira no setor, pela regularidade e automaticidade do repasse de recursos entre os níveis de governo, pelo atendimento à saúde universal, e igualitário, humanizado e de qualidade que resulte efetivamente em mais saúde, para todos.
- XXIII - A atividade do Conselheiro enquanto tal, não será remunerada.
- XXIV - Os conselhos devem ouvir pessoas e entidades, através de pareceres, consultorias técnicas ou administrativas, manifestações políticas, estudos epidemiológicos e pesquisas em serviços de saúde, para suas deliberações.
- XXV - Os Conselhos devem, não só acatar, mas estimular os movimentos sociais para que constituam fóruns independentes do Poder Executivo para a discussão da saúde.
- XXVI - As reuniões dos Conselhos devem ser abertas à participação da sociedade em geral.
- XXVII - Os Conselhos devem manter total transparência, valendo-se de cartazes, folhetos, correio, rádio e televisão, informando a população de suas prá-

ticas, avanços e dificuldades.

- XXVIII - Todas as propostas a serem debatidas nas Conferências deverão ser enviadas aos delegados com 15 dias de antecedência.
- XXIX - Deve-se garantir que a escolha dos delegados para as Conferências Municipais e Estaduais sejam paritárias e democráticas, com eleição dos mesmos nas pré-conferências municipais de saúde.
- XXX - As entidades representativas que farão parte dos próximos Conselhos de Saúde deverão ser eleitas nas próximas Conferências de Saúde.
- XXXI - O Conselho de Saúde exigirá do executivo a elaboração de informativos divulgando os direitos dos usuários.
- XXXII - A Secretaria Municipal de Saúde deverá elaborar os Planos de Saúde a partir de uma discussão com a sociedade civil organizada remetendo ao Conselho Municipal de Saúde para a sua aprovação.
- XXXIII - O plano Estadual de SAÚDE deverá ser discutido nas Regionais de Saúde com a participação de prestadores usuários e APASEMS, antes da sua elaboração devendo ser aprovado no Conselho Municipal de Saúde. A SEcretaria de Estado da SAÚDE deverá adequar o Plano Estadual de SAÚDE às diretrizes aprovadas nesta conferência.
- XXXIV - O Conselho Estadual é o Fórum onde possam recorrer os representantes de entidades municipais que considerem que houve irregularidades na composição dos Conselhos MUnicipais de Saúde.
- XXXV - Que haja uma integração do SUS com o Ministério Público, para entrada de ação jurídica quando houver entraves do poder executivo municipal na formação dos conselhos.
- XXXVI - Criar sistema de comunicação coordenada acessível aos usuários dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde.
- XXXVII - A Lei que instituir os Conselhos deverá contemplar mecanismos de controle por parte dos usuários para conter abusos comissivos ou omissivos praticados pelo poder público prestadores de serviço.
- XXXVIII - Que para as próximas Conferências Estaduais de Saúde as despesas dos delegados sejam subsidia-

das pelos municípios.

XXXIX - Que as despesas mínimas (em transportes, estadia e alimentação) dos delegados para a IXª Conferência Nacional de Saúde sejam custeados pelo Estado e Municípios.

XL - Que a instituição dos Conselhos de SAÚDE sejam democráticos e não por decreto do poder Executivo.

TEMAS GERAIS

Nesse ítem estão agregados propostas de diversos setores da saúde que não foram contemplados em ítems anteriores além de propostas específicas cujos temas foram aprovados na íntegra pelos grupos de trabalho.

PROPOSTAS:

I - Realizar censo de saúde para o Estado do Paraná em todas as áreas, menos de odontologia que já tem o seu censo, podendo o mesmo servir de modelo para outras áreas. Pesquisa por amostragem representativa levantando as prioridades na área de saúde.

II - Todos os tratamentos preventivos devem ser abrangidos em sua plenitude (100% da população).

III - Estimular e reconhecer a especialidade odontológica para tratamento de pacientes especiais em odontologia.

IV - Que seja feita através da mídia um programa de valorização do idoso, dando preferência ao idoso no atendimento de saúde.

V - Dado ao grande número de contaminações por agrotóxicos registrados nas comunidades rurais de Toledo e do Estado, a ADEATO vem propor à 1ª C.E.S. Que se realize um diagnóstico visando mensurar o nível de contaminação da população, através de uma pesquisa elaborada pela Secretaria de

Estado da Saúde e da Agricultura propiciando assim um diagnóstico da situação atual de contaminação da população por agrotóxicos.

VI - Que a SANEPAR e a SESA agilizem imediatamente a situação dos tratamentos de esgotos nas regiões do Estado.

VII - Gestionar junto ao Conselho Estadual de Educação, a inclusão nos currículos escolares do 1º grau, a colocação de temas relacionados a saúde, incluindo a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicopativas.

VIII - Efetivação do Estado como coordenador do Programa de Transplantes de órgãos e tecidos do Paraná, considerando a já aprovada programação pela SIS/PR em 1.979, solicitando-se sua imediata análise e reprogramação.

IX) GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE MENTAL

PROPOSTAS

Tendo em vista a municipalização do atendimento de Saúde e a necessidade do Estado fornecer subsídios para a criação de programas municipais de saúde, vimos defender a garantia de pontos básicos na elaboração dos mesmos no que se refere a questão da Saúde Mental.

01. Que a Saúde Mental seja uma das prioridades dos Programas Municipais de Saúde, tendo em conta a influência do aspecto psíquico na geração e agravamento das doenças orgânicas, bem como da necessidade de se entender a pessoa como um ser bio-psico-social.

02. Que se priorize a Programação de Saúde, desenvolvendo um trabalho que coordene os vários recursos do sistema da Saúde numa ótica de atenção integral.

03. Privilegiar um trabalho interdisciplinar, congregando o saber de várias profissões ligadas à Saúde Mental.

04. Resgatar a importância da Comunidade como agente ativo na promoção de Saúde.

05. Implantação do atendimento de Saúde Mental nos postos de Saúde.

06. Criação de Centros de Atenção à Saúde Mental (CASM) que forneçam atendimentos especializados, como hospital-dia, leitos de atenção, oficinas protegidas, pronto-socorro de Saúde Mental.

07. Criação de Centros de Convivência objetivando a prevenção do internamento e reintegração social do usuário egresso do Hospital Psiquiátrico.

08. Convênio com a Secretaria Municipal de Transporte, garantindo o acesso do usuário aos serviços de Saúde, através do Passe Saúde.

09. Desburocratização do encaminhamento dos usuários ao atendimento nos vários níveis de atenção.

10. Reformulação dos critérios de credenciamento dos serviços de saúde privados privilegiando as instituições que se adequem ao Programa Municipal de Saúde Mental proposto acima.

11. Garantir a realização de Conferências Municipais de Saúde Mental com caráter deliberativo.

Considerando como função do Estado garantir:

01. A realização de Conferências Regionais e Estadual de Saúde Mental, com caráter deliberativo, objetivando a ampliação das discussões em torno do tema.

02. Garantias de verbas para pesquisas, formação e reciclagem dos profissionais de Saúde Mental Pública.

03. Criação de Comissões Multidisciplinares de Fiscalização, formada por representantes das várias categorias profissionais, do Conselho Municipal de Saúde e de Usuários, que acompanhem os serviços prestados à população.

* Conselho Regional de Psicologia

* Sindicato dos Psicólogos no Estado do Paraná

* Sociedade Paranaense de Psiquiatria

* SAIndicato dos Médicos do Estado do Paraná

- * Associação dos Terapeutas Ocupacionais
- * Conselho Regional de Assistêntes Sociais
- * Conselho Regional de Medicina
- * Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro
- * Hospital Pinel
- * Clínica Heidelberg
- * Faculdade de Artes do Paraná (Curso de Musicoterapia)
- * Associação para o desenvolvimento da Saúde Mental (ADSM)
- * Hospital San Julian

X - PROGRAMA MÍNIMO EMERGENCIAL

PARA ENFRENTAR

A AIDS NO BRASIL

As organizações comunitárias em luta contra a AIDS que elaboraram este documento, premidas pela urgência da extrema gravidade da epidemia provocada pelo HIV, cujas consequências já estão sendo sentidas de maneira drástica pela sociedade brasileira, apresentam este programa mínimo de reivindicações a serem executadas imediatamente pelas autoridades governamentais. Convocamos toda a sociedade brasileira a se mobilizar em torno destes 12 pontos fundamentais, que seriam, no nosso entender, os pontos iniciais para a implantação de uma estratégia global de enfrentamento da epidemia de HIV no Brasil. Solicitamos a todas as organizações comunitárias irmãs que discutam e divulguem este programa, para estabelecer um grande movimento reivindicatório no Brasil.

01. Convocação Imediata de uma Comissão Nacional de AIDS, de caráter interministerial, ligada a Presidência da República,

contando com a presença expressiva da sociedade civil organizada, com a finalidade de estabelecer metas e diretrizes para uma Estratégia Global de Enfrentamento da Epidemia pelo HIV.

02. Controle rigoroso e total de todo o sangue transfundido no Brasil. Implementação do dispositivo constitucional que proíbe a comercialização do sangue. Controle de todas as transfusões de órgãos e tecidos.

03. Estabelecimento de um controle epidemiológico rigoroso, para se estabelecer o número real de casos da doença no Brasil, bem como as características peculiares da epidemia. Estímulo as pesquisas científicas.

04. Implantação em todas as maiores cidades do País de Centros de Testagem anti-HIV, onde os testes sejam oferecidos à população de maneira gratuita, voluntária, anônima e que sejam acompanhados de informações e aconselhamento. Em todos estes centros deve haver um serviço de orientação para as pessoas soropositivas.

05. Proibição, no País, de realização de testes em massa, testes obrigatórios para admissão ou controle de emprego, tanto em empresas quanto em organizações governamentais.

06. Convênios com todos os órgãos de comunicação Social do País para que apresentem campanhas contra a AIDS criadas de acordo com as características de cada veículo, pelos próprios veículos, assessorados pelo Ministério de Saúde ou por organizações que trabalham com a questão da AIDS. Essas campanhas devem ser sustentadas, com periodicidade definida.

07. Estabelecimento de um programa de distribuição gratuita de preservativos (camisinhas), sobretudo à população carente. A distribuição deverá contemplar as maiores cidades do País, deve ser feita através dos postos de saúde de toda a rede pública e das organizações comunitárias.

08. Programa especial de treinamento e aperfeiçoamento do pessoal de saúde do País para enfrentar a epidemia de HIV.

09. Preparação da rede pública para atendimento dos pacientes com doenças ligadas ao HIV. Criação de leitos e ambulatórios. Implementação de hospitais-dia. Integração da rede privada de saúde para atender os soropositivos, doentes ou não.

10. Distribuição, através da rede pública, de AZT gratuito, para todas as pessoas, soropositivas, doentes ou não, que precisem do medicamento. Na rede pública deve estar à disposição também outros medicamentos importantes no controle de algumas infecções oportunistas mais comuns, tais como pentamidina e ganciclovir.

11. Estabelecimento de um programa de apoio social para as pessoas vivendo com AIDS que ficaram em situação de abandono e mendicância.

12. Apoiar e estimular a participação de organizações comunitárias de combate à AIDS em todos os níveis do Programa Nacional de Controle, Prevenção e Assistência na Epidemia da AIDS.

XI - O MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DO HANSENIANO

É constituído por pessoas físicas e/ou jurídicas, que obedecem ao estatuto do movimento. Dirigido por uma coordenação nacional e de um número variável de núcleos, em qualquer cidade ou região do País.

O MORHAN tem como finalidade promover medidas educativas que visem a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, informação, conscientização da comunidade e, principalmente do hanseniano, objetivando sua mais completa reintegração social entre outras que regem no estatuto.

Tendo em vista os objetivos do Movimento de Reintegração do Hanseniano coloca para a 1ª Conferência Estadual da Saúde do Paraná:

- Garantir o atendimento integral na rede básica ambulatorial e Hospitais Gerais, através da descentralização dos serviços, com pessoal capacitado para a realização de diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidade.

- Garantia do fornecimento da medicação básica, principalmente no tratamento com poliquimioterapia P.Q.T.

- Desenvolver trabalhos educativos e divulgação sobre a doença para os familiares e a comunidade em geral.

- Acesso dos portadores de Mal de Hansen a todos os serviços de saúde, sem discriminação.

- Aproveitamento de pacientes e ex-pacientes, no tratamento de prevenção de incapacidades.

- Implementação das ações básicas dos programas de controle de Hanseníase no município e Estado.

- Inserção multiprofissional de quem trabalha com pacientes de Hanseníase nas UNIVERSIDADES através de articulação docência-serviço os cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Etc.

- Pleitear junto aos órgãos governamentais de Educação, a inclusão no Currículo escolar, desde o 1º grau até a Universidade, sobre Hanseníase e sua problemática em geral.

- Maior divulgação e seriedade na aplicação do P.Q.T. Em todas as unidades de saúde, do interior e Capital.+

- Pleitear junto a Secretaria de Educação o acesso dos filhos dos hansenianos nas escolas sem discriminação.

- Pleitear junto aos órgãos governamentais a garantia do emprego no serviço público como privado aos Hansenianos com condições físicas para o trabalho, desenvolvendo treinamento para a função.

Pleitear junto ao Sistema Financeiro da Habitação o acesso dos Hansenianos e deficientes físicos a habitação, com prestação mensal de 20% do salário que o doente recebe.

XII - PROPOSTA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PARA A 13ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE

CURITIBA

I - SITUAÇÃO PROBLEMA

O modelo de saúde vigente no país, privatizante, priorizando a assistência médica individual de caráter curativo, não dá contado conceito mais abrangente de saúde, que incorpora os determinantes sociais do processo saúde-doença. Assim sendo as ações de Vigilância Sanitária, consideradas como a vigilância das condições de vida da população, não são adequadamente compreendidas por este modelo enquanto básicas e prioritárias de saúde.

Tal fato reflete-se na forma como historicamente foram estruturados os serviços de Vigilância Sanitária do País, visando legitimar os interesses do poder econômico e político representado pelas empresas produtoras de serviços e produtos relacionados a saúde, citando-se como exemplo, indústrias de medicamentos, hospitais, frigoríficos, etc, em detrimento dos legítimos interesses da população. Desta forma os serviços

foram estruturados com sérias deficiências destacando-se entre elas:

01. Recursos Humanos em número insuficiente para atender as necessidades, mal remunerados, não existindo uma política de recursos humanos que contemplem as necessidades dos profissionais que atuam na área.

02. Capacidade instalada: insuficiente para o atendimento da demanda qual seja, falta de uma rede nacional de laboratórios de forma descentralizada para o suporte de análises de produtos de Vigilância Sanitária, falta de veículos e espaço físico suficiente para o bom desenvolvimento das ações.

03. Recursos Financeiros: Insuficiente para a manutenção do setor porque são utilizados prioritariamente para as atividades de assistência médica ambulatorial e hospitalar e os próprios recursos financeiros arrecadados pelo setor, através de taxas sanitárias, são canalizados para outras áreas, não retornando para a Vigilância Sanitária.

Os problemas relacionados anteriormente fazem com que o sistema de saúde atual não garanta o consumo pela população de serviços e produtos com uma qualidade, que não venha trazer prejuízos a sua saúde.

Como exemplo pode-se citar a grave situação das infecções hospitalares, as péssimas condições do saneamento básico no País, as precárias condições dos ambientes de trabalho (saúde do Trabalhador), o consumo de alimentos e medicamentos sem as mínimas condições sanitárias, entre outros problemas que poderão ser evitados por uma Vigilância Sanitária bem estruturada.

II - PROPOSTAS

1. Organização dos serviços de saúde através de um modelo que se baseie na perfil epidemiológico da população, (suas formas de viver, adecer e morrer), para eleição de prioridades.

2. Os serviços de Vigilância Sanitária devem ser de responsabilidade exclusiva do poder público não se deixando pressionar pelo interesse político e de grupos econômicos, quando esses interesses forem contrários aos da população.

Assim, a vigilância sanitária deve evitar atividades pilicialescas e autoritárias, sem no entanto, pecar por omissão quando fizerem necessárias ações de fiscalização (infrações, multas, interdições, entre outras).

3. Organização de um sistema estadual de Vigilância Sanitária.

4. Financiamento:

- As organizações de Vigilância Sanitária devem ser consideradas como ações de saúde, devendo ser financiadas pelo SUS, a exemplo das demais ações (ambulatoriais e Hospitalares).

- Enquanto não existir o financiamento das ações de Vigilância Sanitária pelo SUS, os recursos do fundo de estímulo a municipalização (FEM), devem ser destinados exclusivamente para a Vigilância Sanitária.

- Utilização integral e exclusivo pelos serviços de Vigilância Sanitária dos recursos advindos das taxas de licenciamento, multas, etc.

- Estruturação dos serviços com todos os recursos de veículos, pessoal, materiais e financeiros e o controle de todos os locais que oferecem riscos à saúde da população, no prazo máximo de dois anos a contar da data de municipalização.

5. Revisão do Código Sanitário Estadual no prazo máximo de dois anos.

XIII - ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE PAIS

E AMIGOS DOS TALASSEMICOS

Hoje se comemora, ou melhor, se realiza um fato histórico no Paraná, com a abertura da 1ª Conferência Estadual de Saúde, movida pelo nosso digníssimo Secretário de Estado da Saúde do Paraná, Dr. Nizan Pereira.

Aproveitamos o evento, usando dos direitos que nos foram conferidos, para colocarmos uma moção. Pois o trabalho que vem sendo desenvolvido, com grande dificuldade, por tão poucos, é um problema que a todos diz respeito: a sociedade como um todo e à Saúde Pública de nosso País.

Os portadores da doença ceônica-hereditária, chamada talassemia, representados pela sua associação, cuja sigla é APPAT - Associação Paranaense de Pais e Amigos

dos Talassemicos, registrada em Cartório de Títulos e Documentos sob número 6.210, vem através de seus representantes solicitar aos ilustres delegados congressistas o apoio às nossas reivindicações.

Para nos definirmos melhor, diante do exposto e do que nossa associação se propões a conseguir aos Talassêmicos, vamos desenvolver em tópicos.

1 - ANÁLISE POPULACIONAL PARA PREVENÇÃO DE CASOS MAIOR DA TALASSEMIA:

- a) - Em escolas, Universidades, Comunidades, etc.
- B) - Postos de Saúde.
- C) - Educação Médica.

Com ampla divulgação de uma doença quase desconhecida e rara mas que existe e se não for informada e controlada, os índices de casos maior aumentarão a cada ano.

2 - ASSEGURAR SANGUE EM QUANTIDADE E QUALIDADE:

- A) - Campanha de doação voluntária
- B) - Triagem médica de doadores
- C) - Sorologia para HIV, Chagas, Sífilis, Hepatite B e C.
- D) - Uso de filtros de deleucocitação
- E) - prova de imunocompatibilidade para sistema de ABO; RH, D, C, c, C; Kell, Kidd, Dutty.

3 - TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM HEMOCENTROS OU CENTROS DE HEMATOLOGIA, ATRAVÉS DE PROTOCOLOS INTERNACIONAIS.

4 - ASSEGURAR A QUELAÇÃO DE FERRO COM:

- A) - Fornecimento ininterrupto de deferoxamina (desferal).
- B) - Fornecimento de bombas de infusão subcutânea contínua.
- C) - fornecimento dos descartáveis: seringas, agulhas, scalp, esparadrápos, etc.

5 - ACESSO A EXAMES LABORATORIAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE DO TRATAMENTO:

A) - Ferritina

B) - Exames de bioquímica - ex: transaminase, glicemia, colesterol, cálcio, fósforo, creatina, etc.

6 - TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR COM:

Psicólogos	Dentistas	Endocrinologistas
Cardiologistas	Ortopedistas	Geneticistas
Otorrinolaringologistas e		Oftalmologistas.

7 - EDUCAÇÃO CONTINUADA

Nesse sentido propiciar para que o pessoal médico e paramédico tenham acesso a informações atualizadas sobre a talassemia através de revistas e participação em Congressos.

XIV - ALCCOLISMO

PRIORIDADE EM SAÚDE PÚBLICA

No Brasil, o alcoolismo é um importante problema de saúde pública.

Os levantamentos epidemiológicos realizados nos últimos 20 anos (1965-1985) revelam a prevalência de alcoolismo em torno de 5 a 10% da população adulta. Isto representa cerca de 4 a 6 milhões de brasileiros. Considerando as repercussões sobre a família teríamos cerca de 20 a 30 milhões de pessoas atingidas.

Em torno de 40% dos leitos dos hospitais gerais são ocupados por alcoolistas e mais de 50% dos leitos psiquiátricos. O alcoolismo ocupa o 8º lugar entre as causas de auxílio-doença do MPAS.

O álcool está envolvido em 30 a 50% dos acidentes de trânsito, subindo para 75% dos acidentes com vítimas fatais. Na área policial, os dados indicam que entre cerca de 40% das agressões a pessoa e danos a propriedades, nota-se o envolvimento de bebidas alcoólicas.

Finalmente, a avaliação do custo econômico dos problemas decorrentes do consumo de álcool

indica um comprometimento de 5,4% do PIB, bem acima dos 2,4% de contribuição positiva do setor de produção comercialização das bebidas alcoólicas em nosso País, o que resulta uma perda líquida de 3% do PIB ao ano.

dados como esse são amplamente divulgados pelo Programa Nacional de Controle dos problemas relacionados com o consumo de álcool - PRONAL. O PRONAL está subordinado a DINSAN (divisão Nacional de Saúde Mental), ligado diretamente ao Ministério da Saúde através do SNPES (Serviço Nacional de Programas Especiais de Saúde), este programa não expandiu-se devido às constantes mudanças de ministros e conseqüente alterações na orientação da política para o setor.

O modelo de tratamento mais difundido em nosso meio são em grupo tipo ajuda mútua de Alcoólicos Anônimos, existindo no Paraná mais de 116 grupos de A.A. Só na área metropolitana de Curitiba, funciona 53 deles.

Curitiba, em sua área metropolitana, possui 600 leitos em hospitais psiquiátricos destinados exclusivamente para alcoolistas e dependentes de drogas.

A rede ambulatorial consta com a NETA (Núcleo de Estudos Tratamento do Alcoolismo) que destina exclusivamente ao tratamento de alcoolistas e dependentes de drogas. O ambulatório de Saúde Mental do Centro de Saúde Metropolitano atende pacientes e familiares de alcoolistas. Os outros 6 ambulatórios (GRADIVA, FREUD, PSICOPAR, MELANIE, INST. BION e AMBULATÓRIO HOSP. N. S. LUZ) que atendem pacientes e familiares de alcoolistas, o faziam recentemente em convênio com o SUS e estão com dificuldades em atender à população de baixa renda, pela mudança de orientação para a renovação desses convênios.

É importante ter-se em mente que alcoolismo pode ser definido como uma doença progressiva, caracterizada pela perda dissimulada ou não do controle do consumo de álcool. O indivíduo está sofrendo de alcoolismo quando sua saúde, esfera particular, família, amigos, vida profissional e situação financeira sofrem constantemente dos efeitos do consumo do álcool, porque este causa crescente degeneração do corpo (principalmente do sistema nervoso) e das relações sócio-familiares.

É comum se tratar das complicações orgânicas relacionadas ao álcool, mas não se abordar com firmeza o problema básico da própria ingestão alcoólica. E a razão principal para esta má conduta é que, frequentemente, o uso de álcool é negado pelo paciente e mesmo pelos familiares, devendo-se este fato ao alcoolismo estar cercado pelo estigma

e pelo preconceito.

Assim, é raro que a queixa inicial de um paciente seja o álcool ou o alcoolismo. Os motivos mais frequentes de consulta de alcoolismo são:

- Insônia, pesadelos, angústia, depressão, amnésia;
- Náuseas matinais, vômitos matinais, dispepsia, diarreia recorrente, hemorragia digestiva;
- palpitações, dispnéia, infecções respiratórias;
- Acidentes e traumatismos frequentes, mialgias;
- Poliúria, impotência, amnorreia.

Os atendimentos aos alcoolistas, estão voltados aos casos graves, tendo acesso a esses recursos as pessoas chamadas " FIM DE LINHA ", com uma recuperação muito mais duvidosa.

Isto se deve à ausência de medidas de cunho preventivo com relação aos problemas associados com o consumo de bebidas alcoólicas. Ao par das iniciativas isoladas de profissionais da área, que se dispõe a ministrar palestras, a única iniciativa de que se tem informações, é da ABRASA - Associação Brasileira de Agentes de Saúde em Alcoolismo, que desde 85 promove uma Semana de Prevenção do Alcoolismo, em eventos anuais.

Mesmo assim, no relatório apresentado por nossa associação, referente ao último evento realizado (18 a 25 de março de 91) ela friza " Observamos no entanto que nestas sete semanas de Prevenção do Alcoolismo, realizadas desde 85, não conseguimos fazer prevenção, conseguimos mesmo aí atender, encaminhar e orientar pessoas que não sabiam como procurar tratamento, mas já com um problema bastante grave".

Evidencia-se assim, a necessidade de se priorizar a atenção primária em alcoolismo, se utilizando de alternativa, com o desenvolvimento de recursos humanos para a ampliação do "Programa de Cuidados Primários em Alcoolismo" no nosso meio.

E tendo em vista os resultados favoráveis com a utilização de alcoolistas recuperados como membros de uma equipe multidisciplinar, dado que as experiências

demonstram que esses indivíduos permanecem interessados e atuantes, ainda que outros membros da equipe desistam pelos frequentes fracassos no tratamento, recomenda-se o apoio permanente às iniciativas que visem seu treinamento e utilização pelos meios formais de saúde pública.

Pelo exposto, recomenda-se:

A) - Priorizar o desenvolvimento de Programas de Cuidados Primários em Alcoolismo.

B) - Execução do Projeto de Inseção de Agentes de Saúde em Alcoolismo nas equipes das Regionais de Saúde do Município.

C) - Ampliação desse Projeto, com a inserção de Agentes de Saúde em Alcoolismo nas Equipes dos Postos de Saúde do Município.

D) - Criação, no quadro de pessoal da Prefeitura Municipal, do cargo de Agente de Saúde em Alcoolismo.

E) - Apoio à ABRASA - Associação Brasileira de Agentes de Saúde em Alcoolismo, nas suas atividades das semanas de prevenção do alcoolismo.

F) - Subsidiar a ABRASA, na instalação de uma pensão protegida (Lar Abrigado), afim de auxiliar na reintegração do alcoolista desintoxicado à sociedade bem como a sua reinserção no mercado de trabalho.

G) - Subsidiar e incentivar atividades de prevenção, promovidas por outras entidades, que não tenham fins lucrativos.

XV - TEXTOS BASES, APROVADOS PELOS GRUPOS E QUE FORAM BASE PARA DISCUSSÃO SOBRE SAÚDE, GOVERNO E SOCIEDADE, FINANCIAMENTO, GERENCIAMENTO, RECURSOS HUMANOS E CONTROLE SOCIAL.

A. SAÚDE, GOVERNO E SOCIEDADE

"Os senhores, mais do que ninguém, sabem que a "Mão Morta" do Controle pelo Estado deve ser retirada para libertar a criatividade dos empreendedores e dos líderes empresariais como os senhores e para estimular a integração comercial entre Países."

"A fim de promover novos investimentos nas Américas, a "Mão Morta" do Controle Estatal deve ser retirada..."

(Busch 03 de dezembro de 1990).

O ATUAL MODELO ECONÔMICO - SOCIAL - NEOLIBERALISMO

Por essas afirmações do Senhor Busch quando de sua visita ao Brasil, percebe-se um dos aspectos do neoliberalismo. No campo político desencadeou-se um movimento "científico" conhecido como público chose (escolha pública. Procura estender os métodos econômicos ao estudo e análise política, em particular, medir a eficiência ou não das ações

do Estado de acordo com os critérios de micro-economia de mercado. E conclui que o Estado arrecada mais do que devolve à sociedade, que apresenta imperfeições e portanto, que o Estado não deve intervir para resolver problemas sociais, pois o mercado resolve melhor.

O neoliberalismo nas esferas sociais e do jurídico desenvolve as teorias do capital humano e do movimento do direito de propriedade, acrescentando-se propriedade privada. Procura desenvolver uma nova sociologia em base no indivíduo e demonstra a necessidade e a importância da propriedade privada para a sociedade em geral. Todos se beneficiam com a propriedade privada?!

Enfim a ideologia neoliberal com seu conjunto de concepções econômicas, sociais, políticas e práticas é uma verdadeira subversão reacionária e conservadora. Tem como objetivo salvar o capitalismo da crise a qualquer custo, eliminando todos os direitos econômicos, políticos e sociais que os trabalhadores e outras camadas sociais conquistaram, transformando o Estado num órgão exclusivamente garantidor da ordem e das regras da livre competição capitalista, da acumulação do capital, da lei do mais forte.

O neoliberalismo exige a volta do "laissez-faire" ou livre mercado, o fim do Estado intervencionista e o livre mercado internacional que integra no mercado mundiais economias da América Latina particularmente o Brasil. Na América Latina, o neoliberalismo desde a década de setenta encontrou conjuntura favorável e suas experiências.

Mesmo em governos civis como no México e as recentes vitórias conservadoras via eleições, de Fujimori no Peru, Menem na Argentina, Collor no Brasil têm se constituído em vitórias do neoliberalismo, na medida em que, todos esses governos, sob orientação do FMI, têm implementado políticas econômicas neoliberais e pretexto de enfrentar a crise geral que se abate sobre esses países.

Com o agravamento da crise do capitalismo dependente nos países do chamado TERCEIRO MUNDO, principalmente após a erupção da crise da dívida externa a partir de 1982, o F.M.I., O BIRD e outros organismos internacionais têm adotado oficialmente e se transformado em instrumentos fundamentais para as concepções e políticas neoliberais sejam aplicadas pelos governos desses países.

É um pacote de medidas com o seguinte conteúdo básico:

1. Redução dos gastos do Estado, do déficit público e recessão
2. Políticas de liberação dos mercados, das taxas de juros, do mercado cambial, dos preços internos

(subsídios e preços máximos) mais controle (arrocho) dos salários.

3. Políticas de liberação do comércio exterior, rebaixand as tarifas e obstáculos não-alfandegários sobre as importações.
4. Eliminação do Estado como agente econômico - Privatizações, etc..

Portanto, o neoliberalismo torna-se uma política oficial do imperialismo e aplicável a qualquer custo em todos os países dependentes e subordinados ao F.M.I., principalmente do Terceiro Mundo.

GOVERNO COLLOR E SEU PROJETO NEOLIBERAL

O Governo e o Plano Collor em pleno andamento é a mais nova experiência neoliberal na América Latina e suas consequências já se abatem com extrema violência sobre os trabalhadores, e até sobre setores empresariais do nosso País.

Do presuposto da falência do Estado surge as privatizações no campo de empresas estratégicas (Ex.: Usiminas), no campo das políticas sociais (Previdência Social), repete-se o que ocorre no Chile, Argentina, México, etc..

Atualmente o Emendação expressa outros aspectos importantes da política neoliberal do Governo Collor. Propõe o fim dos 18% das verbas federais para educação, o fim da gratuidade do ensino público universitário, do tabelamento dos Joros em 12%, da aposentadoria por tempo de serviço, da estabilidade dos funcionários públicos, tenta atrair o capital estrangeiro alterando dispositivos constitucionais referente ao tratamento diferenciado dado pela atual Constituição para empresas nacionais e estrangeiras de explorarem as riquezas minerais do país. Além da disposição de alterar a lei de remessa de lucros para o exterior (Lei nº 4.131/62).

SOCIEDADE/SAÚDE

O modelo econômico capitalista dependente adotado pelo regime militar determinou um quadro caracterizado por uma intensa desigualdade social:

- a) Centralização decisória e financeira a nível Federal sobre as questões de saúde;
- b) forma de organização dos serviços centrada na assistência médica de caráter privado e lucrativo;

- c) grande permeabilidade aos interesses de todo tipo de capital e dos empresários;
- d) adequação dos serviços de saúde ligados aos setores produtivos aos interesses empresariais em prejuízo da classe trabalhadora;
- e) exclusão dos trabalhadores de qualquer instância de decisão sobre as políticas de saúde;
- f) tratamento profundamente desigual quanto ao acesso e qualidade dos serviços oferecidos;

Dois desdobramentos posteriores marcam a complexidade nas políticas de saúde:

- A criação, através dos serviços públicos estaduais e municipais, de uma rede de centros de saúde (Postos) que ampliaram as possibilidades de acesso a uma ação de saúde e organização de serviços específicos para os trabalhadores dos setores de ponta da economia.
- O surgimento de uma grande quantidade de empresas de medicina de grupo em estreito relacionamento com as mais significativas empresas industriais e de serviços. E a formação de uma verdadeira medicina de capital.

Este modelo de política de saúde apresentou muitos problemas; a constante crise financeira e a não obtenção de bons resultados possibilitou a elaboração de projetos alternativos na década de 80 caracterizada por grandes crises da economia e do regime político.

O Projeto de Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) apontava principalmente para a descentralização dos serviços, o combate à comercialização das ações de saúde, a ampliação do setor público em função de ações de maior qualidade e vinculadas aos interesses da maioria da população e a inclusão dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços.

Durante o Governo Figueiredo, com o aprofundamento da crise econômica e uma profunda crise financeira no interior da Previdência Social, houve a tentativa de procurar a economia de recursos, diminuindo os custos econômicos.

Surgem as Ações Integradas de Saúde-AIS em 82 com continuidade no Governo da Nova República sob a forma do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS em 87.

A característica central do SUDS foi um grande

descontrole governamental sobre o conjunto das ações de saúde. Implementou o processo de descentralização das ações de saúde, com a municipalização dos serviços públicos e simultaneamente constituiu-se um canal privilegiado para a prática política clientelista dos governos Federais, Estaduais e Municipais, relegando os interesses populares e sindicais.

Em 1988 na Assembléia Nacional Constituinte, os setores progressistas conduziram via Plenária Nacional de Saúde as reivindicações da VIII Conferência Nacional de Saúde (86). Algumas importantes conquistas foram registradas na Constituição:

- O princípio constitucional de que Saúde é um direito de todo o cidadão brasileiro.
- O dever do Estado em garantir esse direito.
- A construção do SUS como forma de cumprir este dever.

- A priorização das políticas sociais que atuam na qualidade de vida - moradia, transporte, saneamento, educação, lazer, etc..
- Participação dos movimentos sociais - populares e sindicais - na gestão do sistema.

Pós-promulgação da Constituição, foi determinada a elaboração da Lei Orgânica da Saúde com a finalidade de regular o funcionamento dos princípios constitucionais, o que se concretizou em agosto de 1990. Aprovado no Congresso nacional, continha inúmeras reivindicações dos princípios da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde elaboradas por setores democráticos e progressistas da sociedade:

- Defesa de um Setor Público de Saúde, controlado pela sociedade civil;
- maior controle sobre as ações do setor privado;
- profunda reforma da máquina pública, colocando-a a serviço dos trabalhadores e usuários;
- Defesa do processo de municipalização das ações de saúde de modo democrático;
- Criação de um sistema de financiamento que priorize a saúde com comprometimento de maior investimento governamental no setor;

O governo vetou importantes pontos da Lei Orgânica. Os vetos fazem parte do projeto neoliberal.

A manifestação do neoliberalismo na saúde é em sua essência a substituição dos serviços públicos por serviços privados. E essa política está em curso, aplica-se só 2,3% do PIB no setor saúde, desvia-se milhões de dólares do INAMPS para o pagamento dos juros da dívida externa. Tensiona-se a privatização da Seguridade Social. Esvazia-se o orçamento do Ministério da Saúde que conta somente com o dinheiro da Previdência Social.

Esta situação se agrava com a retração dos gastos de Governos Estaduais, determinando o sucateamento dos Serviços Públicos, possibilitando que a população acredite que a saída é a privatização.

Particularmente o Estado do Paraná vem recebendo tratamento privilegiado com o repasse de recursos em desproporção aos recursos destinados a outros Estados. A nível estadual há também diferenciação na distribuição aos

municípios. É necessário a manutenção de recursos ao Estado e adequação, com critérios definidos, da distribuição aos municípios. É fundamental que outros Estados tenham seus recursos avallados em função da melhoria das condições de saúde.

Por outro lado aumenta a influência das multinacionais de saúde através de convênios em inúmeras e estratégicas indústrias e serviços de ponta (A Golden Cross atende atualmente em torno de 18 milhões de trabalhadores).

A. SAÚDE, GOVERNO E SOCIEDADE

A sociedade brasileira vive uma situação conflitiva, na questão dos serviços públicos, especialmente a saúde. De um lado, a promulgação da nova Constituição estabeleceu, como resultado da luta do conjunto da sociedade, avanços significativos na política de saúde, o SUS - Sistema Único de Saúde. De outro lado, a busca persistente por parte do governo no sentido de implementar seu projeto neo-liberal e privatizante, subjugando-se aos interesses dos países capitalista centrais, sucateia os serviços públicos, indicando para um processo acelerado de privatização.

Essa política não é nova, é continuidade das políticas anteriores que, na questão da saúde, provocou a centralização das decisões e dos recursos financeiros, a priorização da assistência baseada no setor privado e a exclusão da

população de qualquer instância de decisão.

Persistem ainda oss políticos que dificultam a concretização dos avanços constitucionais. Entre outros, citamos a política agrícola perversa aos interesses dos pequenos agricultores, o processo de violenta concentração fundiária, um sistema educacional inadequado aos interesses da maioria da população, uma política de desmonte do movimento sindical (em especial dos Sindicatos de Trabalhadores Rurais), provocando a degeneração das condições de vida, o êxodo rural, o inchamento das cidades, etc.

Há um desencontro, portanto, entre as diretrizes legais e a atuação e políticas concretas do governo. Esse descompasso não se dá apenas a nível federal. Também na grande parte dos governos estaduais e municipais o discurso é um, especialmente nas épocas eleitorais, mas a prática (prioridades que contemplam interesses pessoais ou de grupos e sua conseqüente destinação de recursos, assistencialismo eleitorais, clientelismo, etc.) é outra.

Tal situação, acompanhada da crescente onda de desmandos e corrupções tem desacreditado os governos perante a sociedade, criando impasses na efetiva implantação da política de saúde conquistada na Constituição de 1.988.

A luta pela Reforma Sanitária, que teve seu momento forte na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 tem que continuar. E só virá como uma conquista. Os princípios constitucionais de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, através da consolidação do SUS, universal, integral, descentralizada e sobre o controle social tem que ser consolidados.

Os municípios, que no atual processo de municipalização, sentem dificuldades pela sobrecarga de obrigações deverão estabelecer um processo de participação social capaz de implementar essa política de saúde, direcionando suas prioridades para o conjunto da população, sem politicagens ou clientelismos. Uma política de saúde que priorize não só a construção de Postos de Saúde ou a distribuição de remédios, mas invista em proteção e prevenção à saúde (saneamento básico, vigilância sanitária, educação, moradia digna, etc.).

A nível global, o avanço na defesa do SUS significa o combate a privatização do Estado, a atuação no sentido de diminuir o poder de influência das multinacionais farmacêuticas e do setor privado, a recuperação da capacidade de investimento no setor público, o fortalecimento dos Fundos de Saúde, a descentralização do planejamento e da execução das ações de saúde, o avanço do processo de participação da

sociedade civil organizada.

Além disso, o país deve tomar a iniciativa no sentido de uma auditoria séria em relação a dívida externa, que representa uma sangria de recursos e, conseqüentemente, menos saúde, educação, saneamento, moradia, etc.

Finalmente devemos ter presente que vivemos, na política de saúde, um período de transição, passando do atendimento ao doente para a atenção à saúde, iniciando um processo de participação popular efetiva. Essa transição é difícil e dolorosa e não ocorrerá de forma imediatista. Exigirá ainda muita luta e persistência para vencer as resistências.

As Conferências e os Conselhos de Saúde, efetivamente democráticos e com poder de decisão, têm uma tarefa fundamental nesse processo.

B - MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização dos serviços de saúde implica em discutir a redefinição do espaço político do município, discutir as competências que ele deve assumir e os recursos que lhe devem ser repassados para que decida e assuma compromissos que afetam diretamente as condições de vida da população.

Municipalização é mais que uma estratégia administrativa, é a incorporação do cidadão à vida política do lugar onde ele vive, a cidade, que condensa e materializa as questões locais, estaduais e nacionais.

Assim, municipalização quer dizer descentralização do poder. A idéia básica é que o município que está mais perto da situação concreta em que vivem as pessoas, saberá atender mais eficientemente as necessidades locais, estando também mais sensível às reivindicações da população.

Entretanto não podemos ser igênuos e imaginar que todos os problemas do sistema de saúde se resolvam a nível municipal. Em primeiro lugar porque os recursos ainda são insuficientes para que a maioria dos municípios possa organizar serviços de qualidade em todos os níveis e a curto prazo. E mesmo que cheguem esses recursos financeiros (muito raros em época de recessão) existem questões globais que só poderão ser enfrentadas em políticas nacionais, como é o caso

da produção de soros, vacinas, hemoderivados, medicamentos, além da incorporação da tecnologia mais complexa.

Da mesma forma, a maioria dos municípios não pode atuar diretamente na formação dos Recursos Humanos (especialmente de nível superior) e nos critérios de distribuição e remuneração desses profissionais.

Finalmente devemos lembrar que as práticas clientelista e autoritárias, tão comuns nos órgãos do Estado brasileiro, também estão presente nas instituições municipais. Estão aí exemplos constantes e recentes de prefeitos que nomearam arbitrariamente os membros dos Conselhos Municipais de Saúde e indicaram os delegados para as Conferências de Saúde, e que se recusam a fazer prestação de contas encarando qualquer assembléia ou reivindicação popular como se fosse "ameaça á ordem pública".

MUNICIPALIZAÇÃO E MODELO ASSISTENCIAL

O título acima abriga a idéia de um sistema de saúde decente e digno, capaz de diminuir evitar sofrimentos. Capaz de melhorar o bem-estar das pessoas. Um sistema que efetivamente resolva problemas de saúde e a promova com decisão.

O sistema governamental brasileiro tem sua história marcada pela centralização do poder, autoritariamente acentuada pelo golpe militar de 1964.

A centralização do poder é incompatível com a democracia. Sua existência real e o processo de aprimoramento democrático que os setores populares pretendem, exige a descentralização governamental. Esta é muito mais que simples repasse de funções administrativas. Descentralização verdadeira é descentralização política, com a garantia de participação do povo no processo decisório.

Discutir a municipalização da saúde é, portanto, discutir a redefinição do espaço político do município. É discutir as competências que ele deve assumir e os recursos que lhe devem ser repassados, para que decida e assuma compromissos que afetem diretamente as condições de vida da população.

Municipalização é bandeira popular e democrática, mas

no sentido acima apontado não pode ser vista como panacéia para todos os males do setor e sim como um movimento e um processo de conquista de direitos.

Municipalização é mais que uma estratégia administrativa, é a incorporação do cidadão à vista política do lugar onde ele vive. A cidade que condensa e materializa questões locais, estaduais e nacionais.

Entre estas questões, pelo menos quatro merecem ser destacadas como ponto de estrangulamento a uma municipalização verdadeira:

- Enquanto atores diversos, a partir de lugares políticos diferentes, fazem todos o mesmo discurso por uma saúde universalizada, com integralidade e equidade a partir do Estado fortalecido, as forças políticas hegemônicas apostam firme nos princípios neo-liberais e empurram as políticas sociais para a marginalidade.

- enquanto o discurso acena para a municipalização, a sistemática de financiamento adotada pela União submete os municípios à velha prática da administração convenial e clientelística. Recursos que, a partir do Fundo Nacional de Saúde, deveriam ser repassados automaticamente para os municípios são mantidos sob o controle dos órgãos federais. Notadamente os que se destinam ao financiamento da hospitalização (AIH) e ao investimento para ampliação do setor (PRÓ-SAÚDE). Agravando esta situação projetos de emenda à Constituição prevêem a retração dos recursos municipais, golpeando a recente e tímida reforma tributária.

- enquanto se fala em excelência técnico-científica e qualidade dos serviços, para todos, questões nacionais, às quais os municípios não podem dar resposta, recebem tratamento inadequado e anti-patriótico. É o caso do setor de imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-hospitalares.

- enquanto as cidades se ressentem da falta de Recursos Humanos técnica e éticamente adequados, os serviços não detém qualquer poder de influência na definição da política de formação e os profissionais do setor não são valorizados.

Todo debate democrático e progressista não pode deixar de estar atento a estas questões de fundo. Na superação destas contradições reside a possibilidade da mudança do

sistema. Caso contrário a saúde municipalizada poderá repetir nas cidades o modelo da assistência individual hospitalizante, discricionária e ineficaz, que não resolve problemas de saúde e que convive com indicadores incompatíveis com a dignidade de um povo.

Até o momento foram grandes os avanços na definição de uma nova ordem institucional e importantes as conquistas efetuadas no campo jurídico (Constituição Federal, Lei Federal 8.080 e Lei 8.142). No entanto, pouco se alterou no campo da prestação de serviços.

A situação dos serviços e ações de saúde no Brasil, há muito aponta a necessidade de uma Reforma Sanitária. É repetitivo falar dos níveis absolutos de corrupção e desperdícios que tomaram conta do sistema e da profunda ineficácia do mesmo.

Ineficácia que se constata através dos indicadores de doença e morte neste país, que são dos piores do mundo. E pela franca insatisfação da imensa maioria dos usuários com os serviços que recebem.

No campo das práticas de saúde reside hoje o principal ponto vulnerável da Reforma Sanitária, pois é aí que se consegue ou não a adesão da população ao processo de conquistas.

C - FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A implantação do Sistema Único de Saúde no país vem sendo conduzida pelo Ministério da Saúde/INAMPS através de um processo de descentralização administrativa conhecido como municipalização.

A idéia de promover o município através da descentralização da administração, financiamento e operacionalização das ações de saúde foi historicamente reivindicada por segmentos importantes da sociedade brasileira, estando consolidada na constituição de 1988.

O processo de descentralização hoje em curso, tem sido objeto de críticas e avaliações nos seus diferentes aspectos. Dentre eles, sobressai a questão do financiamento que tem se constituído em motivo de amplas discussões pelas administrações municipais e estaduais, uma vez que é instrumento de viabilização do Sistema Único de Saúde. Tendo sua normatização gerado interpretações variadas, inclusive sobre o grau de

Identidade com a política de saúde estabelecida a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Algumas questões de fundo devem ser consideradas:

1. O Governo Federal vêm levantando teses neo-liberais com enfoque privatizante (inclusive privatização da Previdência Social) que se coloca na contra-mão dos princípios de Estado de Bem Estar Social cuja discussão apenas se iniciou no Brasil. Propõe-se o Estado neo-liberal (essencialmente iníquo na distribuição da riqueza) num país de profundas disparidades sociais.
2. O setor saúde, a nível de Governo Federal, é financiado quase que exclusivamente a partir do orçamento da seguridade social, ou seja, da contribuição de empregadores e trabalhadores sobre os salários, do FINSOCIAL e do lucro empresarial em parcela mínima. A política econômica de cunho recessivo retrai sensivelmente tal base de financiamento e o dinheiro tende a diminuir.
3. O Brasil gasta 100 Dólares "per capita" pro ano com saúde, enquanto E.U.A. por exemplo, gastam 2.000 Dólares "per capita" por ano. Certamente não podemos gastar como os E.U.A. (mesmo porque eles não são exemplo de como gastar em saúde), mas devemos gastar mais, uma vez que comprometemos somente 4% do PIB com saúde, o que perpetua a dívida social que deve ser urgentemente resgatada.
4. A União, historicamente, tem tido uma irrisória participação no financiamento da saúde, com pouco mais de 1% de seu Orçamento Fiscal e isto não se alterou neste Governo. Se a União não entra com dinheiro do tesouro e o financiamento da seguridade encolhe com a recessão, as perspectivas não apontam para qualquer melhoria.
5. O sistema de previdência suporta uma violenta sangria de corrupção. Estima-se que nos últimos 10 anos 30 bilhões de dólares se perderam por aí. Na verdade, 5 vezes mais do que tudo que se gastou com saúde.

Todos esses são pontos fundamentais que precisam ser superados para um encaminhamento seguro da construção do Sistema Único de Saúde.

Não menos importante é a questão conjuntural da implantação do SUS, que requer a análise crítica da sistemática de financiamento posta em curso pelo Ministério da Saúde.

Há um conjunto de portarias e normas operacionais que sistematizou o processo de descentralização dos recursos de cobertura ambulatorial e que constituem no que se convencio-

nou chamar de recursos para municipalização pelo Ministério de Saúde/INAMPS.

É importante situar a conjuntura, da qual originaram-se o conjunto de procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde/INAMPS para o financiamento e que são considerados como "provisórios" até a regulamentação do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90, que define os seguintes critérios para o repasse:

- I - Perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características qualitativas e quantitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos na rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

A Lei 8.080 sofreu alguns vetos por parte do Presidente da República e foi complementada pela Lei 8.142, resultante de acordo entre lideranças políticas, Ministro da Saúde e o Presidente.

Esta Lei refere-se a aplicação de recursos financeiros do SUS. A mesma define que os recursos para cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal deverão ser repassados de forma regular e automática para os mesmos, atendendo aos critérios já especificados do Artigo 35 da Lei 8.080/90.

Ocorre que os critérios do referido artigo não estavam regulamentados à época da promulgação desta Lei e permanecem ainda hoje sem regulamentação. Diante disto, a própria Lei 8.142 refere que os recursos deverão ser destinados 70% ao nível municipal e 30% ao estadual utilizando o critério populacional de acordo com o IBGE e estipulando pré-requisitos: a constituição do Fundo Municipal de Saúde do Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, comissão para elaboração de Plano de Carreira Cargos e Salários e contrapartida do orçamento municipal e estadual.

A partir desta realidade define-se a atual estratégia do Ministério da Saúde/INAMPS com vista a descentralização dos recursos de cobertura ambulatorial no Sistema Único de Saúde e da qual comentamos alguns pontos a seguir:

1. A primeira questão refere-se ao volume dos recursos que serão repassados que na atual sistemática representam uma parcela dos recursos do Ministério da Saúde, e que vão ser utilizado na sua maior parte para o pagamento de serviços ambulatoriais prestados.

Dois questionamentos são feitos sobre este ponto: por que não repassar a maior parte dos recursos do Ministério da Saúde? Por que ao Município caberá gerir prioritariamente os recursos Federais alocados para ambulatório e secundariamente algumas ações de saúde e a distribuição de autorizações de internamento hospitalar (A.I.H.)?

2. Uma segunda questão diz respeito à chamada relação convencional estabelecida para que os municípios tenham acesso aos recursos, e que contraria o artigo 2º da Lei 8.142 que garante o repasse regular e automático aos municípios. Com o agravante de que neste tipo de relação a instituição financiadora adquire grande peso nas negociações, podendo definir as regras unilateralmente.
3. A sistemática (em anexo) empregada pelo Ministério da Saúde/INAMPS para o repasse utiliza o critério populacional previsto na Lei, mas o faz acoplado a uma unidade de cobertura ambulatorial (U.C.A.) que é um indicador definido pela instituição com base em parâmetros que levam em consideração o repasse de recursos qualidade e tamanho de rede a partir de séries históricas do INAMPS. A U.C.A. possui um valor variável definido para cada Estado da Federação, e na verdade se constitui no instrumento referencial para o financiamento.

Tomar-se como referência o critério populacional sem dúvida é um avanço no mecanismo de financiamento muito embora esteja vinculado a unidade de cobertura ambulatorial (U.C.A.) cujo valor é definido pelo Ministério da Saúde/INAMPS de forma unilateral, dentro de um teto condicionado pelo tamanho da população em cada Estado, e não pelo perfil demográfico como orienta o Artigo 35 da Lei Orgânica.

4. O atual mecanismo de financiamento define dentro de sua metodologia, para o repasse dos recursos referentes a ações e serviços ambulatoriais um sistema de compra e venda de procedimentos através de tabela própria que enfatiza as chamadas ações de cunho "curativo".

Se por um lado o sistema estabeleceu a equiparação entre o setor público e o privado, na remuneração dos procedimentos, por outro lado, o faz a partir de uma lógica que através dos tempos tem se mostrado passível de desvios, corrupção e mal versação do dinheiro público.

Ponto fundamental em toda a questão é o conceito de saúde entendido aqui como oferta de atos por profissionais de saúde, estabelecendo sistemática que privilegia e estimula este comportamento, já que o mesmo está transformado em principal fonte dos recursos do sistema para as redes municipais de saúde.

A implementação dos Sistema Único de Saúde no País com a efetiva municipalização das ações de saúde está estreitamente vinculada ao volume e a forma do repasse dos recursos federais e não somente a transferência da gerência de pessoal e unidades da União e/ou Estado aos Municípios.

Neste sentido é urgente a redefinição de alguns dos mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde/INAMPS ao financiamento do setor. Também é necessário um posicionamento político por parte de todos os envolvidos na implantação do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080/90 que disciplina o repasse de recursos, bem como, um amplo debate sobre as atuais fontes de financiamento do setor com vistas a estabelecer alternativas menos regressivas que a atual sistemática.

Algumas propostas devem merecer especial atenção por parte das forças progressistas envolvidas como a mudança efetiva do sistema.

FINANCIAMENTO

Os recursos financeiros disponíveis para financiar o SUS são ainda insuficientes para atender as necessidades. Em 1989 apenas 4,2% do PIB foram gastos com saúde no Brasil, enquanto em outros países desenvolvidos chega perto de 10%.

Em volume de recursos, este percentual corresponde a 13,5 bilhões de U\$, o que não atinge 100 U\$ por pessoa por

ano, estando nitidamente aquém das necessidades, pois outros países que já superaram problemas que ainda temos chegam a gastar cerca de 2000 U\$ per capita/ano.

No quadro estadual a participação da Secretaria de Estado da Saúde no orçamento geral do estado do Paraná tem ficado em torno de 3% ao longo dos últimos anos, tendo o seu ponto mais alto em 1982 com 4% e o mais baixo em 1987 com 2%.

Para o ano de 1982 a situação tende a não se alterar já que a proposta orçamentária em tramitação na Assembléia Legislativa de um total de receitas de 748 bilhões de cruzeiros, destina apenas 22,9 bilhões à SESA/FCMR, ou seja 3,06%. Destes recursos 14 bilhões serão para pessoal, 5,53 bilhões para custeio e 3,17 bilhões para investimentos.

As regras fundamentais para a elaboração do orçamento do Estado são fixadas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei nº 9.647 de 11/07/91 e esta por sua vez tem que respeitar o que estabelece a Constituição Estadual na destinação de alguns recursos como: 25% para a Educação (art.185), 2% para Pesquisa (art. 205), até 6% para o Poder Judiciário e até 3% para o poder legislativo.

Depois de deduzidas todas essas verbas já comprometidas esse novo subtotal é repartido e, na Assembléia Legislativa, são fixados alguns percentuais. No caso da Saúde, entre os 20 órgãos mencionados no art. 3º da referida lei, ficou estabelecido que o setor pode receber até 20% desse total, mas a previsão da SESA sobre o orçamento total é de apenas 3%.

D - RECURSOS HUMANOS

A questão dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde é preocupante já a algum tempo para aqueles brasileiros que pretendem recuperar o lado "doente" deste país que, aliás, anda de mal a pior. Relembrando o professor Sérgio Arouca, numa palestra a alguns anos atrás, ele apontou: "Se continuarmos assim, em breve seremos um povo de nanicos e dedentados. Referia-se ele, ao descaso e desmandos de nossos governantes frente a um bem único e imprescindível ao ser humano: a vida".

O modelo sanitário implantado no Brasil, caracterizou-se pela primazia do curativo, em detrimento das ações preventivas, pelo crescimento do setor privado financiado pelo público, pela centralização exagerada, pela

multiplicidade das instituições prestadoras de serviços, contribuindo para um padrão sanitário dos mais baixos, se comparado aos países do 1o. Mundo e com indicadores que revelam a extrema injustiça da sociedade brasileira, pois aqui, quem é pobre morre mais e antes.

Entretanto, a partir do fim dos anos 60 vai se consolidando uma força contra-hegemônica ao "status quo", o chamado movimento sanitário que define o ideário da reforma sanitária, com a proposta de um novo modelo assistencial baseado no Sistema Único de Saúde (SUS) universalizado e com equidade das ações e serviços baseado nas diretrizes da descentralização, integralidade e controle social.

Nos últimos 5 anos, a partir da instalação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, e na esteira das resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, os princípios da Reforma Sanitária foram discutidos, se não amplamente com a população, pelo menos com os trabalhadores da saúde e as lideranças políticas identificadas com a defesa de uma ordem social mais

justa, o que permitiu que na Constituição Brasileira, sancionada em 88, se inscessem os citados princípios. A Lei orgânica da saúde, sancionada em 90, reafirma estas diretrizes repassando aos municípios a direção do Sistema Único de Saúde. Do ponto de vista jurídico-legal, o movimento sanitário pode considerar-se vitorioso frente as conquistas alcançadas. E do ponto de vista gerencial - organizativo? Afinal de contas ainda salta aos olhos o desempenho pouco satisfatório dos serviços e sua ainda baixa qualidade.

Novos desafios se colocam aos profissionais de saúde. Desafios sem dúvida, passam hoje pelo município na implantação do SUS e na melhoria dos serviços.

Se por um lado, a estratégia da municipalização permite maior visibilidade das necessidades a nível local, menor dependência da burocracia Federal e Estadual, maiores possibilidades de controle social, por outro lado, a secular falta de autonomia dos municípios, descomprometeu os municípios de suas práticas sociais, principalmente no que diz respeito ao setor saúde.

Portanto, a necessidade de um novo modelo assistencial adequado as novas diretrizes faz-se prioritário e, principalmente, colocar as rédeas desse processo no município. E, em se pensando nesse novo modelo, qual o papel da gerência de recursos Humanos, se se considera que o elemento humano é chave - mestra de qualquer processo produtivo? Acreditamos que, antes de tudo, é

nas regiões mais pobres e onde os serviços são mais necessários?

4. Como atender ao princípio da descentralização se 80% dos empregos públicos e 90% dos gastos com pessoal de saúde estão fora da alçada decisória do município(2).

5. Como resolver a disparidade de salários entre os trabalhadores com vínculo nas diferentes esferas de governo se no processo de municipalização terão que exercer as mesmas funções nos mesmos locais de trabalho com salários diferentes?

(1)-MEDICI, Andre Cesar. Emprego em Saúde na Conjuntura Recente: lições para a Reforma Sanitária. Cadernos de Saúde Pública, RJ. 2(4):409-422, out./dez., 1986.

(2)-SANTANA, José Paranagre de., GIRARDI, Sábado Nicolau: Recursos Humanos em Saúde: Reptos atuais - Doc. Apresentando para o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina. Brasília 09/05/91.

6. Como consolidar o princípio de controle social quando as regras dos contratos de trabalho, as normas de conduta no exercício das funções, as avaliações de desempenho ainda estão fortemente marcadas pelo interesse corporativo e o clientelismo político, pouco acessíveis ao controle da população(3).

7. Como manter com graus de satisfatoriedade o pessoal de saúde, que, na maioria das vezes tem salários aviltantes, principalmente as categorias profissionais de menor formação e isso no bojo de crises econômicas cada vez mais sérias?

8. Como fazer com que sejam garantidos os princípios éticos do exercício das profissões no setor e o aumento do compromisso dos trabalhadores com a saúde da população?

Considerando que o ser humano é elemento chave em qualquer processo produtivo, e especialmente na prestação de serviços, faz-se necessário estabelecer uma política de recursos humanos para se chegar a um novo sistema de saúde.

E - CONTROLE SOCIAL

necessário o equacionamento dos problemas relativos aos Recursos Humanos em Saúde.

Em primeiro lugar, é preciso que se faça a análise da situação atual nesta área, na tentativa de perceber as diferentes ordens de determinação dos problemas. O passado nos ensinou que a submissão das políticas de saúde, e em particular, da formação, distribuição e desenvolvimento de Recursos Humanos, aos sistemas de custeio, pagamento e lucratividade, foram os ingredientes responsáveis pela descoordenação, multiplicidade de esforços e má distribuição dos Recursos Humanos em saúde, hoje no Brasil(1).

Em segundo lugar, conhecendo a estrutura ocupacional e seus problemas, formular as intervenções que estão a nosso alcance para a modificação deste quadro. Sem dúvida, muitas delas serão de difícil aplicação já que não dependem apenas de uma decisão gerencial, visto serem historicamente determinadas numa esfera macro-estrutural, o que não impede, a definição de estratégias para a efetiva mudança.

Leve-se ainda em consideração que, a tendência ao crescimento da demanda por serviço de saúde já é um fato, em função da ampliação dos direitos da cidadania (universalidade) e que os serviços necessitam dar respostas urgentes sob pena de aumentar ainda mais o fosso existente entre eles e a população que mais os necessita.

Em que medida podemos então identificar os problemas e resolver os desafios?

1. O novo modelo define a integralidade de ações, como conseguiu-la quando o setor está fortemente marcado pela presença de duas categorias na sua divisão técnica do trabalho, qual seja o médico e o atendente (os primeiros dando a direção do processo de trabalho e os segundos realizando trabalho subalterno com salários miseráveis)?

2. A força de trabalho em saúde apresenta baixos padrões de qualificação. Como garantir um bom padrão técnico e científico tanto para os que já estão no serviço (que com o tempo já se desqualificaram sob o jugo de um trabalho alienante) como para aqueles que ingressaram nos serviços sem a qualificação necessária?

3. Como corrigir a distribuição, formalmente desigual, do pessoal de saúde, que concentra em regiões mais ricas e populosas (principalmente no Sul do País) a maioria dos profissionais deixando uma séria carência

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

As Conferências e os Conselhos Municipais de Saúde constituem a base fundamental do processo democrático participativo no setor saúde a nível dos municípios. São hoje realidades legais inscritas por conquista social em Lei Federal. Refletem um longo percurso de formulação de idéias e de pressão no sentido do Controle Social como garantia da transformação do Setor Saúde.

Todos sabemos que as sinalizações a respeito das formas pelas quais seria possível tentar o caminho do controle social na saúde estão propostas com clareza no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Nestes anos que sucederam aquele fórum democrático histórico não foram muitos os lugares nos quais tais mecanismos de controle se tornaram realidade. Isto certamente reflete o ritmo da organização da sociedade, mas

reflete também a ausência de efetiva atuação por parte daqueles atores sociais que ocupando espaços institucionais poderiam ter se somado na incrementação de passos mais largos no processo. Agora no entanto, tudo se configura para a maioria de tais atores, como uma grande novidade. Parece que, subitamente, pelo Brasil afora, dá-se um despertar para a questão, mágicamente tornada fundamental. Muito embora as sociedades possam, por circunstâncias diversas dar um salto evolutivo, neste momento, no Brasil, não é o caso. A mágica é meramente legal (Leis conquistadas, repetimos), e revestida de ritmo frenético por portarias do Ministério da Saúde (que em alguns pontos, aliás, revogam as Leis). O generalizado atendimento à norma nem sempre corresponderá a organicidade social e tampouco refletirá sua complexidade. Por outro lado, revestir de qualidade este processo não é uma impossibilidade, podendo o empurrão da norma ser estratégico. Por isso, no momento em que Conselhos Municipais de Saúde estão postos como exigência ao poder local para que o mesmo se habilite ao repasse de verbas federais para o sistema, há um debate de fundo necessário.

As políticas do Estado, bem como grande parte das produções teóricas e práticas no Brasil, ao procurarem convencer as classes subordinadas de que elas podem, sob diversas formas, participar dos processos sem que sejam alteradas suas estruturas básicas - conseguem, com efeito, omitir e disfarçar as injustiças intrínsecas a essa estrutura e exercer uma ação de caráter manipulador, sob o manto de uma pseudo-participação social(1). Este é um ponto básico da reflexão, sobretudo porque, na maioria dos municípios, Conferências e Conselhos se efetivarão, neste momento, como promoção do poder governamental. Por outro

lado: "Em todas as propostas de democratização o elemento comum é a busca do estabelecimento de novas relações entre o Estado e a sociedade, reconhecendo-se o caráter autoritário do Estado e a sua dissociação e falta de legitimidade face a uma sociedade civil de natureza complexa e incontrolável na sua tendência à auto-organização. As diferentes adjetivações que recebe o conceito de democracia denotam as profundas divergências de origem e significado que se lhe quer atribuir um cada projeto político"(2). Assim, não há um só e inexorável caminho. " A nova concepção do processo saúde-doença, do ponto de vista das sua determinação social, tem papel preponderante para mobilizar politicamente as classes subalternas para uma mudança efetiva. E mais, se intelectuais vinculados a ideologia destas mesmas classes, ocupam conjunturalmente espaços de poder no aparelho de estado, podem e devem utilizá-lo como mecanismos de transmissão de propostas contra-hegemônicas"(3).

Todos os que adotarem esta posição terão contribuições decisivas a oferecer como participantes do processo, mas também como agentes externos e supletivos, que apolam e motivam, a partir de seu compromisso de profissional engajado, revestido de intencionalidade.

"Dizemos que participação é conquista, para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infundável, em constante vir a ser, sempre se fazendo". A demonstração maior do respeito que o poder confere a este processo, reside na sua vontade e capacidade de garanti-lo enquanto tal.

Assim, quando se fala em controle social, talvez seja melhor referir-se a diretrizes de um processo, que devem ser respeitadas para que ao longo dele, de acordo com a complexidade social, propostas concretas sejam formuladas.

1 - A participação da sociedade na formulação das diretrizes de uma política de saúde.

1.1 - Por prioridade

1 - Conselho de Saúde
Federal
Municipal
Estadual

2 - Conferências de Saúde
Federal (Nacional)
Estadual

3 - Poder Legislativo

1.2 - A participação da sociedade da formulação das diretrizes de uma política de saúde se dará mediante instalação de Conferências

Estaduais e Municipais de Saúde que garantiria a discussão dos processos democráticos da gestão do setor Saúde e da criação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

- 1.3 - A participação da sociedade é objetivamente necessária em todos os níveis da política de saúde e passa por um processo que elimina a manipulação e interfira no clientelismo.
- 1.4 - Premissa básica: Cumprimento da Lei 8.142 - Sus. Definir estratégia para exigir a formação dos Conselhos e sua atuação.
- 1.5 - O critério de representatividade deve ser indicado pelos segmentos organizados da sociedade em Conferências Municipais e Estaduais de Saúde.
- 1.6 - Os Conselhos de Medicina devem colaborar para que a participação da sociedade se faça de forma efetiva.
- 1.7 - Organização da sociedade através do fortalecimento das suas representações que venham a acolher como a mais adequada dentro do seu movimento.
- 2 - O controle das Instituições Públicas e Privadas de Saúde pela Sociedade Brasileira.
 - 2.1 - Conselho de Saúde.
 - 2.2 - Conselho diretor das instituições públicas, com a participação comunitária.
 - 2.3 - Pressão popular, via associações comunitárias, entidades médicas, etc.
 - 2.4 - Formação de Conselhos Distritais, especialmente em cidades mais populosas, participação preponderante das associações comunitárias.
 - 2.5 - Em relação as entidades privadas, o grupo entende que a sociedade organizada também deve participar do seu controle, além do controle institucional. Sugere-se que as entidades privadas conveniadas ao SUS

também tenham conselho diretor, com participação comunitária.

- 2.6 - Formação de Conselhos Distritais, especialmente em cidades mais populosas, participação preponderante das associações comunitárias.
 - 2.7 - A sociedade organizada deve influir no estabelecimento da política de saúde nos termos da Lei e fiscalizar o seu cumprimento pelas instituições públicas e privadas.
 - 2.8 - Cobrança pela sociedade organizada, Grms, de melhor qualidade das condições de trabalho das instituições de saúde.
 - 2.9 - Definir as condições de trabalho pelo perfil das instituições dentro das necessidades da comunidade local, assim como o funcionamento pleno das funções dessas instituições, e sua estrutura física e de seus insumos e, por fim, a capacidade dos seus profissionais.
 - 2.10 - Criação nas instituições de saúde de Conselho Diretor onde contemple: representante da instituição de Saúde, dos profissionais da instituição e dos usuários, através de sua organização de bairro onde essa instituição esteja situada.
- 3 - Conselhos Municipais e Estadual de Saúde: Composição caráter, atribuições e funcionamento.
 - 3.1 - Composição: Paritária com ampla participação da sociedade.
 - 3.2 - A composição dos conselhos obedecerá a Lei 50% dos usuários e 50% paritário entre governo - prestador de serviços e profissional da saúde. Será indicada pela Conferência Municipal e Estadual de Saúde.
 - 3.3 - As atribuições: - Caráter
 - Normativo
 - Deliberativo
 - Fiscalizador
- A) - Acompanhar e fiscalizar a execução orçamentária.
 - B) - Acompanhar e fiscalizar a execução das propostas de saúde.

- C) - Reavaliar e modificar o plano de saúde.
- D) - Promover a discussão sobre planos de saúde.
- E) - Estabelecer diretrizes a ser observados na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e de organização dos serviços.
- F) - Ter acesso amplo às informações epidemiológicas.

- 3.4 - Funcionamento
 - Mensal
 - Extraordinário

- 3.5 - Autonomia para auto-convocação

EX - M O S E S

MOÇÃO 1 - (JOSÉ OTÁVIO PADILHA -Delegado Usuário)

O SINDJUS - Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário do Estado do Paraná, entidade sindical de base estadual, representando 4.500 trabalhadores do serviço público apresenta por seu representante DELEGADO USUÁRIO à 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE -PARANÁ, a seguinte MOÇÃO:

Moção de repúdio aos atos da Presidência do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, que visam impedir o direito de livre exercício das atividades sindicais dos diretores legitimamente eleitos.

1. Considerando que a livre Associação Profissional ou Sindical, inclusive dos servidores públicos, mais do que direitos assegurados constitucionalmente, são conquistas da luta e organização própria dos trabalhadores;
2. Considerando que as portarias baixadas pela Presidência do Tribunal de Justiça cassando as liberações dos dirigentes sindicais do SINDJUS, são atos de retalia-

ção à postura da Diretoria do Sindicato de crítica e denúncia de corrupção, nepotismo, trocas cartoriais e favorecimentos no Poder Judiciário;

3. Considerando que a intervenção do Poder Estatal na organização sindical dos servidores públicos afronta os princípios mais elementares das instituições democráticas deste País.

A Plenária da 13ª Conferência Estadual de Saúde - Paraná, repudia os atos autoritários da Administração Pública, representada pela chefia do Poder Judiciário, com relação as cassações dos dirigentes sindicais e a tentativa de obstrução do livre exercício da atividade sindical, exigindo a revogação dos atos.

MOÇÃO 2 - (ANTONIO CARLOS FERRAZ - Rio Negro)

A Comunidade Farmacêutica Paranaense, solicita aos participantes da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, Moção de repúdio à aprovação do Projeto de Lei nº 2752/89 do Deputado Federal MAX ROSENMANN acrescido do Substitutivo do Deputado Federal José Egydio que visa atender os interesses impostos pelo poder econômico, liberalizando a venda indiscriminada de medicamentos afastando cada vez mais o seu perfil de consumo do perfil epidemiológico da população brasileira tratando os mesmos como meras mercadorias de consumo.

Convém observar que o projeto em questão voltado ao afastamento do profissional farmacêutico dos estabelecimentos de dispensação de medicamentos, cerceiam o direito que tem a população ao recebimento de uma adequada assistência farmacêutica desde o acompanhamento da sua produção até os aspectos inerentes à correta dispensação.

MOÇÃO 3 - (ANTONIO CARLOS FERRAZ - Rio Negro)

A Comunidade Farmacêutica Paranaense, solicita aos participantes da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, Moção de apoio à aprovação do Projeto de Lei nº 5367/90 do Deputado Federal EDUARDO JORGE que dispõe sobre a Assistência farmacêutica, ressaltando a necessidade da intervenção do Estado através de um dispositivo legal no sentido de estabelecer uma sistemática para a mesma, conforme indicado na Lei Orgânica da Saúde do Serviço do SUS.

MOÇÃO 4 - (ANTONIO CARLOS FERRAZ - Rio Negro)

A Comunidade Farmacêutica Paranaense, solicita aos parti-

participantes da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, Moção de apoio à aprovação do Projeto de Lei nº 1120/88 do Deputado GERALDO ALCKMIN FILHO que acrescenta alínea ao Artigo 53 da Lei nº 4117/62 (Código Brasileiro de Telecomunicações) proibindo a propaganda de medicamentos através do rádio e da televisão.

MOÇÃO 5 - (Participantes da SUREHMA)

Nós, participantes da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada em Curitiba, nos dias 7, 8, e 9 de outubro de 1.991, apoiamos a realização da IIª Conferência Estadual do Meio Ambiente, a realizar-se em Ibiporã - PR, nos dias 6, 7 e 8 de novembro próximo vindouro e solicitamos que sejam debatidas e aprovadas durante a mesma, questões que envolvam a qualidade de vida e saúde da população, tais como: Saneamento Básico, Poluição Ambiental, Uso de Agrotóxicos, Insalubridade Ocupacional, Habitação e uso do Solo.

MOÇÃO 5 - (Participantes Conferência)

A 1ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, solicita que se envie moção ao Ministério da Saúde para que retire por Lei todos os comerciais de fumo (cigarro) das redes de rádio, televisão e vídeos.

MOÇÃO 6 - (Participantes Conferência)

A 1ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, propõe a destituição pela vias legais e constitucionais do Presidente Fernando Collor de Mello, em virtude da violação sistemática que vem promovendo à Carta Magna, que o mesmo jurou fazer respeitar.

MOÇÃO 7 - (Participantes Conferência do Grupo 34)

À Assembléia Legislativa do Estado - Que os Deputados Estaduais ao apreciar a dotação orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo, em tramitação nesta Assembléia, após observada a legislação pertinente, elevem o percentual de 3% previsto para as ações de saúde para 10%.

MOÇÃO 8 - (Participantes Conferência do Grupo 34)

À Assembléia Legislativa do Estado - Que o Conselho Estadual de Saúde acompanhe toda a tramitação do orçamento nesta Assembléia, intercedendo em todas as esferas para obtenção da elevação do percentual de 3% para 10%, pleiteada na moção 7.

MOÇÃO 9 - (OLAVO O. FONSECA - Credenciado)

Ao Ministro da Saúde

Considerando que milhares de pessoas adoecem e morrem anualmente pelo consumo de remédios, fumo e bebidas alcoólicas.

Considerando que milhares de pessoas sofrem socialmente as conseqüências do consumo de remédio, fumo e bebidas.

Considerando que milhões de cruzeiros são gastos anualmente para o atendimento à saúde de pessoas que sofrem as conseqüências do consumo de álcool, remédios e fumo.

Nós, delegado da 12ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná, conclamamos ao Dr Alceni Guerra, Ministro da Saúde, vetar a propaganda de remédios, fumo e bebidas alcoólicas nos meios de comunicação.

MOÇÃO 10- (MICHEL DEOLINDO - Grupo 29 - Moção de solidariedade)
- Apresentada pelo delegado da Associação de Moradores do Alto Boqueirão

Os presentes na I Conferência Estadual de Saúde do Paraná se preocupam com as famílias que sofrem o abandono provocado pelo êxodo rural que hoje em função do empobrecimento e necessidades as obrigam a ocuparem terras nas grandes cidades como última opção de sobrevivência.

Esta solidariedade, que tem um caráter humanitário não implicando em apoio a essa prática, faz um apelo às autoridades ao tratar da questão social, para que não façam uso de forças policiais contra os trabalhadores, agindo com energia contra os grandes proprietários e especuladores urbanos que estão se armando para intimidar essas humildes famílias, garantindo assim, o acesso à moradia visando a melhoria de condições de vida e saúde dessa população carente.

MOÇÃO 11- (Participantes Conferência do Grupo 23)

Moção de apoio às propostas apresentadas na Conferência Municipal realizada em Terra Rica -

Considerando que a maioria dos problemas de saúde podem ser sanados investindo-se na produção agrícola e que o agricultor ou produtor não tem recebido real incentivo das diversas esferas do governo, moçomamos:

- Que seja proporcionado acesso a terra, valorização e desenvolvimento da agricultura, dotando a terra produtiva como sendo aquela que respeita 20% de floresta ou mata e 40% em agricultura.

MOÇÃO 12- (Participantes Conferência do Grupo 05)

Moção de repúdio à tentativa de internacionalização da

Amazônia que vem sendo cogitada para a ECO/92, a realizar-se no Rio de Janeiro, em junho do próximo ano, e incentivo à sociedade civil organizada a que participe do fórum nacional popular que se realizará durante o evento.

MOÇÃO 13 - (Participantes Conferência - Moção de Apoio)

A 1ª Conferência Estadual de Saúde (Paraná), vem por meio desta apoiar e solidarizar-se com a Luta do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e Comissão Pastoral da Terra e parabenizá-los pelo recebimento do Prêmio Nobel Alternativo em reconhecimento internacional da necessidade vigente da Reforma Agrária no país, pela luta dos trabalhadores rurais e contra a violência no campo.

Prêmio este concedido pela RIGHT LIVELY HOOD AWARDS FOUNDATION, entidade renomada da SUÉCIA, responsável também pela sessão do Prêmio NOBEL da PAZ.

Que esta moção chegue aos signatários bem como ao Governo Federal, Estadual, bem como à entidades governamentais ligadas à questão da terra, como o INCRA, CNEB e Imprensa Paranaense.

MOÇÃO 14 - (Delegados Conferência - Moção de Apoio)

Os delegados da 1ª Conferência Estadual de Saúde vêm de público se solidarizar aos trabalhadores do Sistema Autárquico de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, por considerar justas as suas reivindicações e, solicita ao governador Roberto Requião que negocie com a Comissão de Negociação do Movimento, no sentido de atender à pauta de reivindicações já apresentada ao Secretário Estadual de Saúde e ao Secretário Estadual da Administração, bem como à plenária da abertura oficial desta Conferência.

MOÇÃO 15 - (PAULO GUTIERREZ do Grupo 25)

A conferência deve aprovar moção aos deputados para que aumentem o percentual destinado à SESA para viabilizar a efetiva realização das competências estaduais no SUS do Paraná.

MOÇÃO 16 - (PAULO GUTIERREZ do Grupo 25)

Aprovar moção ao Prefeito Municipal de Londrina, Sr. Antonio Belinati para que este exija da Secretaria Geral do Município sob responsabilidade do Dr. Valdimir Belinati, o envio imediato das propostas de projetos de lei para a constituição do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

As entidades que receberam comunicado do executivo em julho próximo passado sobre este encaminhamento, entendem que o não cumprimento de suas determinações por órgão de sua assessoria, coloca em dúvida a seriedade e as verdadeiras intenções e compromissos assumidos pelo prefeito na última Conferência Municipal de Saúde.

MOÇÃO 17 - (Participantes Conferência do Grupo 17)

Os delegados da 1ª Conferência Estadual de Saúde, repu-

diam a atitude do governo Collor; procurando privatizar setores da economia e das políticas, caso da Saúde.

Atualmente vem furiosamente tentando privatizar a Usiminas, como menino de recado do Imperialismo Norte Americano, que tenta controlar nossos setores econômicos de ponta.

MOÇÃO 18 - (Participantes da CONAM Moção de Repúdio)
-Confederação Nacional das Associações de Moradores

Entendendo que a Construção desta Usina Hidrelétrica de Tijuco Alto, no Rio Ribeira, Município de Cerro Azul - PR, para favorecer o maior grupo econômico Nacional - VOTORANTIN - Companhia Brasileira de Alumínio, não trará nenhum benefício à população local, mas, pelo contrário, acarretará graves problemas sócio-econômicos, tais como:

a) Expulsão do homem do campo, ou seja, aumento de êxodo rural e da concentração urbana, já grande no Estado;

b) Desestruturação da agricultura local: cítricos, plantas para a criação do bicho-da-seda, culturas de subsistência, etc.

c) Divisão do município em duas partes incomunicáveis: Norte e Sul, devido ao alagamento;

d) Destruição da atual rede viária do interior do município;

e) Alterações climáticas e destruição do ecossistema local, implicando uma área de influência que atingirá o Parque das Lauráceas, Cavernas Serra do Mar e Floresta Atlântica, etc;

f) Destruição das tradições culturais remanescentes.

Entendendo, também, que todas essas consequências influirão, direta ou indiretamente, na qualidade de vida e saúde da população atingida, nós, presentes nesta 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, em Curitiba, realizada nos dias 7,8, e 9 de outubro de 1991, posicionamo-nos contrários à construção desta Usina e exigimos do Governo do Paraná um posicionamento favorável às necessidades e interesses da população local.

MOÇÃO 19 - (GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE MENTAL)

Que a Saúde Mental seja uma das prioridades dos Programas Municipais de Saúde, tendo em conta a influência do aspecto psíquico na geração e agravamento das doenças orgânicas, bem como da necessidade de se entender a pessoa como um ser bio-psico-social.

MOÇÃO 20 - (Participante Conferência - Grupo 20)

Os participantes desta Conferência, especialmente os delegados de usuários, vêm expor seu repúdio àqueles municípios e Regionais de Saúde que definiram nomes para delegados de usuários à 1ª Conferência Estadual de Saúde, sem respeitar um processo democrático de discussão e eleição dos mesmos. Tal comportamento revela atitude ditatorial e perversa, pois afasta cada vez mais a população do exercício de participação.

MOÇÃO 21 - (Moção de Repúdio a Organização - grupo 10)

De como foi organizada a 1ª Conferência Estadual do Paraná, sem ter previsto alojamento para os participantes, nem alimentação, haja visto que nem todos os participantes tinham diárias, ou diárias suficientes, dos seus municípios.

MOÇÃO 22 - (Participantes Conferência soberania de Cuba)

Articula-se hoje um amplo movimento de bloqueio e desestabilização do regime democrático e popular de Cuba.

Tendo como principal articulador o imperialismo Norte-Americano, agressor contínuo das liberdades democráticas em todo o mundo. A soberania conquistada pelo povo cubano, está sendo ameaçada. Cuba que importantes contribuições tem dado a implantação principalmente de uma política de saúde, voltada para a grande maioria da população, tem que ter o respaldo dos democratas e progressistas de todo o mundo, em defesa de sua soberania.

A Conferência Estadual de Saúde se posiciona contra mais esta agressão, dos que se intitulam defensores da liberdade, mas que querem na verdade o controle do terceiro mundo.

MOÇÃO 23 - (Rozalino r. Pereira do Grupo 31- Guarapuava)

Moção de repúdio à tentativa de privatização da seguridade social uma vez que este fato significa redução nos recursos destinados à saúde.

Que se promova ampla reforma tributária, garantindo permanência de parcela maior dos recursos a nível dos municípios.

MOÇÃO 24 - (Participantes Conferência - Grupo 30)

Os delegados presentes na Conferência Estadual de Saúde, repudiam o massacre que vem ocorrendo com as lideranças de trabalhadores rurais, notadamente as de Rio Maria - no Sul do Pará.

A violência sofrida no campo, em Rio Maria, a sua maior expressão. Várias lideranças sindicais, padres, familiares das lideranças, são mortos e ameaçados. Enquanto isso o Governo do Pará e a sua política encobrem os assassinos.

O campo que já vive na miséria absoluta, vem sendo agora agredido com esta onda de violência.

MOÇÃO 25 - (Participantes Conferência - Grupo 30)

Moção de repúdio ao processo de privatização das escolas públicas, especificamente das municipais, através do projeto de "Escolas Cooperativas", que visa entregar as escolas à iniciativa privada e formar mão de obra barata com isenção de impostos.

Esta projeto é estratégico para o Plano de Privatizações do Governo Collor de Mello, ministrados no Paraná pelo prefeito de Maringá, Ricardo Barros.

MOÇÃO 26 - (Participantes Conferência - Grupo 8)
- Moção ao Sr. Presidente da República

A Conferência Nacional de Saúde, instância colegiada máxima do SUS, legalmente instituída, representa o Fórum mais am-

plo e democrático de discussão dos políticos de saúde do país, é nela que a sociedade brasileira se expressa e define diretrizes que possibilitam a superação das precárias condições de saúde da população brasileira.

Manifestamos nossa firme posição em defesa das deliberações emanadas da Plenária da IX Conferência Nacional de Saúde, confiantes de que as mesmas sejam acatadas por Vossa Excelência.

MOÇÃO 27 - (Moção ao Sr. Ministro da Saúde)

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi deliberado que a próxima conferência seria feita no ano de 1990.

Por motivos políticos não definidos e nem transparentes o governo Collor transferiu a IX Conferência para o primeiro semestre deste ano e logo após para o próximo mês de novembro.

A imprensa tem veiculado notícias que novamente a conferência será transferida. Além destas, tem circulado informações de que o Sr. Ministro da Saúde, Dr. Alcení Guerra, não respeitará as deliberações da IX Conferência.

Nós delegados da I Conferência Estadual de Saúde do Paraná, repudiamos qualquer tentativa de novo adiamento e exigimos que a mesma seja realizada na data já proposta e que todas as suas deliberações sejam cumpridas pelo Ministério da Saúde.

MOÇÃO 28 - (Moção de Apoio às propostas apresentadas na Conferência Municipal de Saúde realizada em Terra Rica.)

Prioridade de fato para a saúde preventiva, estruturando a Vigilância Sanitária, bem como dando condições de educação, acesso à terra, valorização e desenvolvimento da agricultura, dotando a terra produtiva como sendo aquela que respeita 20% de floresta ou mata e 40% em agricultura, educação sanitária, saúde do trabalhador, lazer, trabalho, plena utilização da capacidade existente e/ou instalada, adequação de recursos para infra-estrutura de saúde - área física, recursos médicos-hospitalares e recursos humanos, tratamento dentário nas escolas, diminuir filas no Centro de Saúde, atendimento médico aos finais de semana, inspeção da carne consumida no município, bolsa de mercadorias agrícolas, verba exclusiva para a Vigilância Sanitária e para investimento em Saneamento Básico, criação de lavouras comunitárias e micro-cooperativas, acabar com o consumo excessivo de álcool, centro-escola para menor de rua produzir alimentos, reflorestamento ciliar dos rios, contratação de nutricionista para atuar em escolas, hospitais, creches e Apae, medicar nas creches, implementação de alimentação alternativa divulgando e incentivando, divulgação dos fatores determinantes da Saúde e criação de viveiro de plantas medicinais.

MOÇÃO 29 - (Moção ao Sr. Governador Roberto Requião)

Há muitos anos que um amplo setor da sociedade tem se mobilizado para garantir a reforma sanitária e a gestão democrática do setor saúde. Esta luta levou a garantir inúmeros avanços na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde e, um deles é a garantia do controle da política de saúde pela comunidade via conselhos.

É necessário que estas conquistas sejam respeitadas pelos nossos governantes. Respeitadas e colocadas em prática, porque a democracia não se faz no discurso, se faz na ação e na prática.

No sentido de que as conquistas devem ser respeitadas e se possível aprofundadas e, que a constituição federal e as leis devem ser cumpridas é que nós delegados da Primeira Conferência de Saúde do Paraná repudiamos o ato autoritário do governador Roberto Requião de criar o Conselho Estadual de Saúde por decreto. Nós delegados desta conferência exigimos a revogação de tal decreto e o cumprimento das deliberações desta conferência.

MOÇÃO 30 - (Conselho Comunitário do Deficiente)

A ONU através da OMS, define que nos países de 3o mundo, pelo menos 10% da população são portadores de deficiências.

O movimento dos portadores de deficiência, presentes nesta Iª Conferência Estadual, considerando a precariedade do nosso sistema de atendimento a saúde, pelo elevado número de acidentes de trabalho e de trânsito e pela subnutrição, decorrente da condição de miséria em que vive a maior parte da população, o número de deficientes, com certeza é bem maior. A grande maioria das causas das deficiências são decorrentes da falta de assistência adequada à saúde, ausência de programas concretos de prevenção, favorecidos pela condição de miserabilidade de nossa população. Segundo a ONU 70% das causas de deficiência são evitáveis.

O movimento dos Portadores de Deficiência tem como finalidade a prevenção da mortalidade e excepcionalidade, bem como a defesa dos direitos da Pessoa Portadora de Deficiência.

Para tal, após várias pesquisas sobre fatores predisponentes e desencadeantes de mortes e deficiências, propoem:

1- Reorganização e sistematização da assistência a gestante e recém nascido normais e de médio risco, com tempo mínimo de permanência no hospital de 48 horas.

2- Criação de centros de referência para gestantes e recém natos de alto risco - uti neonatal.

3- Incentivo ao aleitamento materno- mília, cursos em berçários, cursos psicoprofiláticos para gestantes.

4- Expansão da puericultura normal e criação de puericultura de alto risco.

5- Criação de centro de atendimento ao desnutrido.

6- Introdução da vacina da rubéola no segundo ano de vida e adolescência - maior causa de surdez na infância.

7- Criação de hospitais infantis regionais, credenciados pelo governo, com centros de referência para especialidades e UTI pediátrica.

8- Estruturação de centros de referência para triagem de deficiência nutricional, auditiva, visual e atendimento odontológico.

9- Criação de serviços de vigilância epidemiológica de acidentes e intoxicações com notificação compulsória para embaçamento de programas de prevenção.

10- Programa contínuo de prevenção de acidentes e intoxicações - 1ª causa de morte após 4 anos de idade.

11- Programa de saúde oral em escolas e creches incluindo

25 72

escolas de deficientes.

12- Criação de centros regionais de reabilitação aos portadores de deficiência de todas as áreas.

13- Reestruturação, adequação e manutenção de programa de órteses e próteses.

14- A Secretaria de saúde deve ser responsável pela assistência médica psiquiátrica, psicológica, fisioterápica e fonoaudiológica dos portadores de deficiência nas escolas de reabilitação.

15- Garantir atendimento de saúde a domicílio para às pessoas portadoras de deficiência sem meios de locomoção.

MOÇÃO 31 - (Conselho Comunitário do Deficiente)

Tem esta a finalidade de defender a prevenção da Deficiência e os direitos da pessoa portadora de deficiência. Para tal propomos:

PREVENÇÃO

1- Reorganização e sistematização da assistência a gestantes e recém nascidos normais e de médio risco; com tempo mínimo de permanência no hospital.

2- Criação de centros de referência para gestantes e recém natos de alto risco UTI neonatal.

3- Criação de programas de esclarecimento à população sobre prevenção de deficiências.

TRATAMENTO

O Estado do Paraná deverá oferecer tratamento adequado aos portadores de deficiências em geral, garantindo o atendimento multidisciplinar; este estabelecimento deverá ser oferecido a nível ambulatorial.

REABILITAÇÃO E HABILITAÇÃO

Deverão ser criados centros regionais de habilitação e reabilitação, garantindo o acesso com transporte especial quando necessário a estes.

O objetivo destes deverá ser no sentido de capacitar a pessoa deficiente à reintegração na sociedade, através da escola, do trabalho e do tratamento especializado.

PROGRAMA ESPECIAL DE PRÓTESES E ÓRTESES

Deverão ser reestruturados, adequados e mantidos com o objetivo de complementar o atendido.

Programa especial quanto à política preventiva de barreiras arquitetônicas.

Que se faça cumprir as leis já existentes, especialmente/e no setor público.

72