

8ª Conferência  
Estadual de  
**Saúde**  
do Paraná



RELATÓRIO FINAL

**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**



## **8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná**

### **SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA – POLÍTICAS DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO**

**11 a 14 de outubro de 2007  
Londrina – Paraná**

## **RELATÓRIO FINAL**

## ÍNDICE

1. Apresentação.....	07
2. Programação.....	08
3. Teses Apresentadas.....	09
4. Deliberações.....	22
5. Moções Aprovadas.....	59
6. Resultado Processo Eleitoral.....	64
<b>7. Anexos.....</b>	<b>65</b>
01 - Regulamento da 8ª CES/PR.....	66
02 - Regimento Interno da 7ª CES/PR.....	81
03 - Resoluções nº. 012/07 e 001/08.....	86
04 - Do Processo Eleitoral.....	91
05 - Comissão Organizadora.....	97
06 - Secretaria Executiva do CES .....	101
07- Agradecimentos.....	102
08 - Equipe de elaboração e organização do Relatório Final.....	103

## 1 . APRESENTAÇÃO

No Brasil, conquistamos com a Constituição de 1988 e com as leis orgânicas posteriores, a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas de saúde, ou sejam conselhos de saúde, instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo com composição paritária, entre os representantes dos segmentos dos usuários e dos demais segmentos (trabalhadores, prestadores e gestores), e as conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para as políticas de saúde nas três esferas de governo.

As conferências e os conselhos são espaços de atuação de setores organizados da sociedade civil na definição, acompanhamento e controle das políticas públicas para que atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade.

O desafio é que o Estado passe a atender aos interesses da maioria da população. É a concepção ampliada do Estado, que apresenta a democratização de suas funções essencial e imprescindível para a superação do seu papel de órgão de coerção e manutenção dos privilégios e desigualdades.

Sabe-se que na sociedade civil se processa a organização dos movimentos sociais, assim só ela tem o poder transformador.

Vale lembrar que a legalidade da participação e da descentralização das políticas públicas foi resultado de lutas de setores progressistas pela democratização do país.

Paraná, no processo de organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde, 393 municípios realizaram suas conferências municipais, sendo que 05 municípios realizaram suas conferências fora do prazo e outros 06 municípios não realizaram conferência municipal. Os critérios estabelecidos no regulamento da 8ª Conferência Estadual indicava as conferências municipais como etapas preparatórias à Conferências Estadual e Nacional.

A 8ª Conferência Estadual de Saúde avaliou a situação da saúde no estado do Paraná; formulou e fixou diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, elegeu e homologou as instituições, órgãos e entidades do Conselho Estadual de Saúde do Paraná para a gestão 2008/2009.

Foram 4 dias de muito trabalho na abordagem do tema: **“Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento”**. Mais uma vez a Conferência Estadual foi realizada de forma descentralizada, contando com a energia da população da “Terra dos Pés Vermelhos”.

O CES/PR mais uma vez ousou em compor uma Comissão Especial Eleitoral com representantes de importantes e idôneas instituições para acompanhar o processo eleitoral, que elegeu a composição para a próxima gestão do Conselho, sendo elas: Assembléia Legislativa, Sindicato dos Jornalistas, Tribunal de Contas do Estado do Paraná, IDDHEA- Instituto de Defesa dos Direitos Humanos e Tribunal Regional Eleitoral.

Participaram da 8 Conferencia 625 Delegados sendo distribuídos entre os segmentos da seguinte forma: Usuários 420, Trabalhadores 234, Prestadores 84 e Administração Pública 87. Contou ainda com a participação de 103 observadores.

Deste processo democrático de participação no controle social originaram-se 590 propostas aprovadas, constantes deste caderno, das quais 151 foram encaminhadas à 13ª Conferência Nacional de Saúde, sendo elas na sua grande maioria, aprovadas naquele fórum.

Agradecemos a acolhida da 17ª Regional de Saúde, Prefeitura e da Secretaria Municipal da Saúde de Londrina.

*“Ninguém tem maior amor do que aquele que dá a vida por seus amigos”- (João 15,13)*

*“Maior que a tristeza de não ter vencido é a vergonha de não ter lutado.”- Rui Barbosa*

*“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores,*

*Se não houver flores, valeu a sombra das folhas;  
Se não houver flohas, valeu a intenção das sementes.”  
Henfil*

## **2- PROGRAMAÇÃO**

### **11/10/07**

14h00 - Credenciamento de Delegados

20h00 - Abertura Oficial - Apresentação Cultural e Palestra Magna

### **12/10/07**

08h00 às 10h00 - Continuidade do Credenciamento de Delegados Titulares

- Leitura e Aprovação do Regimento Interno da 8ª CES/PR

10h00 às 12h00 - Credenciamento de Suplentes como Delegados

10h30 às 12h30 - Mesa Redonda

12h30 às 14h00 - Almoço

13h00 às 14h00 - Credenciamento de Observadores

14h00 às 18h30 - Oficinas/Grupos de Trabalhos

### **13/10/07**

08h00 - Plenária Final para leitura e aprovação do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná

### **14/10/07**

08h00 - Atividade Cultural

08h30 - Eleição das Instituições, Entidades e Órgãos para o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, gestão 2008/2009

14h00 - Eleição para definição e escolha dos delegados para a 13ª Conferência Nacional de Saúde

17h00 - Homologação das Instituições, Entidades e Órgãos eleitos para compor o novo Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008/2009, e dos Delegados eleitos para a 13ª Conferência Nacional de Saúde.

18h30 - Encerramento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

### 3- TESES APRESENTADAS

#### TEMA 1: POLÍTICAS DE ESTADO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

##### **Obstáculos na Assistência Farmacêutica no SUS: CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

Nos últimos 10 anos ocorreram grandes avanços na garantia de acesso aos medicamentos no SUS. Porém este acesso não veio acompanhado com a garantia de qualidade e resolutividade, principalmente quanto à orientação sobre o uso correto, efeitos colaterais, riscos inerentes, a promoção do uso racional dos medicamentos, entre outros problemas. O motivo desta falta de qualificação está relacionada à falta de financiamento para a estruturação da assistência farmacêutica, pois grande parte dos municípios não possui farmacêutico para prestar estas orientações básicas. Isto ocasiona um grande desperdício de recursos financeiros com medicamentos utilizados de forma incorreta, que ocasionam internações desnecessárias (29% das internações por intoxicação), prolongamentos de tratamento, facilitam reações adversas e a resistência aos antibióticos, entre muitos outros problemas. A ausência de profissional farmacêutico é mais acentuada nos municípios de pequeno, por não possuírem o profissional, e nos grande porte, que possuem um número insuficiente para atender a toda a população. Por outro lado temos as farmácias privadas que se comportam cada vez mais como um comércio qualquer e deixam de tratar o medicamento como um produto de saúde que possui sérios riscos sanitários. Vários parecem mais mercearias, quitandas e botecos, pois possuem tantos produtos estranhos a um estabelecimento farmacêutico que se duvida que sejam farmácias.

#### TEMA 2: POLÍTICAS DE ESTADO NA ASSISTÊNCIA REGIONAL E DE FRONTEIRAS

##### **COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PARANÁ**

No processo de organização do **Sistema Único de Saúde**, ainda convivemos com a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, em especial aos de média e alta complexidade, sendo dessa forma necessário buscar alternativas para viabilizar leitos e o melhor aproveitamento dos serviços instalados nas unidades vinculadas ao SUS. Portanto faz-se necessária a reestruturação do Complexo Regulador Assistencial relacionado ao Sistema Único de Saúde para tornar mais ágeis e eficazes as respostas às demandas de saúde em seus diversos níveis de atenção e etapas do processo de assistência, atuando como um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, de forma rápida, qualificada e integrada, considerando-se os interesses social e coletivo. Esse Complexo visa principalmente garantir e facilitar o acesso da população aos serviços, obedecendo aos princípios da regionalização e hierarquização do sistema, contribuindo para a organização da assistência à saúde no Estado do Paraná; além de estabelecer as atribuições das esferas de Governo na questão do atendimento ambulatorial especializado (consultas e exames), pré-hospitalar (urgências e emergências) e hospitalar (baixa, média e alta complexidades, e leitos de UTI). **O Complexo Regulador e o Pacto pela Saúde:** O Pacto define Complexo Regulador como uma estratégia da Regulação Assistencial, que consiste na articulação e integração das Centrais de Atenção Pré-hospitalar e às Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais dos serviços vinculados ao SUS. Seu funcionamento deve ocorrer de forma articulada com a contratualização, o controle assistencial, a programação (PPI) e a regionalização (PDR) possibilitando, por meio de uma avaliação sistemática, a otimização dos recursos disponíveis para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde. **Atribuições do Complexo Regulador:** Manter vigilância permanente do SUS, garantindo o melhor atendimento possível aos usuários do Sistema; Acionar os departamentos de controle e avaliação da Secretaria Estadual de Saúde - SESA para efetuação de auditoria médica imediata nas áreas pré-hospitalar, de consultas e exames, e hospitalar vinculadas ao SUS para identificar distorções quanto ao fluxo estabelecido e encaminhar propostas de solução; Incentivar o melhor aproveitamento dos serviços instalados nas unidades vinculadas ao SUS; Implantar protocolos de regulação e assistenciais e promover ações de educação permanente na área de regulação. **Funcionamento do Complexo:** Atualmente já existe em funcionamento uma estrutura de regulação estadual, que passará por

um processo de reestruturação, em que serão designadas vinte e duas Centrais ou Unidades de Regulação, sendo uma em cada regional de saúde. Também, serão redefinidos os papéis de atuação das cinco Centrais Macrorregionais de Regulação de Leitos e Consultas, com relação aos fluxos de funcionamento, recursos materiais e humanos. Todas essas adequações serão efetuadas conforme o Manual de Implantação de Complexos Reguladores do Ministério da Saúde, versão 1.0 do mês de julho do ano de 2006. Dentro da estrutura atual da SESA as unidades que compõem o Complexo Regulador estão alocadas, em ordem hierárquica, na Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde (SGS), no Departamento de Regulação (DERG), que conta com as Divisões de Monitoramento e Avaliação (DVMA), de Auditoria (DVAUD) e de Regulação de Acesso à Assistência (DVRAC). Na DVRAC encontram-se alocadas as Centrais Estaduais de Regulação de Leitos, de Regulação da Alta Complexidade (CERAC), de Regulação de Urgências e Emergências e Transporte inter-hospitalar e de Regulação de Consultas Especializadas e Exames (TFDs)

### **ESTRATÉGIAS PARA REESTRUTURAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR**

O Projeto de Reestruturação do Complexo Regulador do Estado do Paraná prevê a implantação de Centrais de Regulação nas 22 Regionais de Saúde do Estado, de Unidades Reguladoras nas Macrorregiões.

**Principais Metas:** Controlar 100% das vagas existentes nos hospitais vinculados ao SUS; Organizar a utilização de leitos dos serviços vinculados ao SUS, de forma regionalizada e hierarquizada, através da implementação de Sistema informatizado; Disponibilizar informações sobre a demanda e utilização dos leitos hospitalares aos gestores municipal e estadual. Com o funcionamento efetivo da regulação, controle e avaliação do sistema de saúde e organização do fluxo assistencial espera-se garantir e qualificar o acesso dos usuários a todos os níveis de assistência contribuindo também para o fortalecimento do SUS.

### **TEMA 3: POLÍTICAS DE ESTADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ACESSO AO SUS FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ “Vida saudável”, para quem?**

#### **Fórum Popular de Saúde – FOPS-PR/ SindSaúde-PR/Sindipetro PR/SC**

A saúde da população resulta de muitos fatores, tais como: trabalho, renda, moradia, alimentação, transporte, saneamento, lazer, liberdade, posse da terra e outros, incluindo o acesso aos serviços de saúde. A produção de bens materiais organiza toda a vida social. A forma como está organizada a produção e a apropriação da riqueza em uma sociedade estabelece diferentes necessidades e condições de saúde para cada uma das classes sociais. A saúde da classe trabalhadora, em nossa sociedade, é a expressão da exploração e dominação capitalistas. As profundas desigualdades sociais, a escandalosa concentração de renda e a fragilidade das políticas públicas no Brasil repercutem decisivamente na situação de saúde da maioria da população. As condições de vida, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros combinam antigos e novos problemas de saúde, indicando a dramaticidade do quadro sanitário no país. Continua alarmante a ocorrência de doenças relacionadas à situação de pobreza, tais como: cólera e outras doenças diarreicas, dengue, hanseníase, leptospirose, tuberculose e outras, ao lado do crescimento assustador de doenças relacionadas à modernização urbana e industrial, tais como: doenças relacionadas à poluição, a violência urbana, acidentes de trânsito e de trabalho, doenças crônico-degenerativas, cânceres, lesões de esforço repetitivo – LER, sofrimento mental e outras. A grande maioria dos governos se limita a propagandear a construção de novas unidades básicas de saúde e hospitais, mas dificilmente a saúde é mencionada no momento da definição das políticas econômicas e sociais, que deveriam estar voltadas à redução dos fatores que geram doenças. O poder público se omite em relação ao controle de fábricas e processos produtivos que aniquilam a saúde dos trabalhadores e contaminam o meio ambiente. Esta é a postura dos governos subservientes aos interesses do capital. É hipócrita, por exemplo, apontar a população como a principal responsável pela poluição, devido ao fato dela não reciclar o lixo domiciliar. Quando se sabe que não existem políticas de controle efetivo das empresas em relação à poluição atmosférica, hídrica, do solo e sonora. É cínico querer imputar aos indivíduos a exclusiva responsabilidade pela sua saúde, através da adoção de “hábitos saudáveis”, negando-se a enxergar a exploração e a dominação presentes

nas relações sociais de produção da nossa sociedade. Onde poucos concentram privilégios e a grande maioria trabalha para sustentar os privilégios de poucos. A saúde e a doença são produzidas pela forma de organização da sociedade, assumindo, portanto, formas histórico-sociais específicas e diversas.

#### **A Saúde da Pessoa com Deficiência - IBDVA, ADEFIPAR e CMP/PR.**

O número de pessoas com deficiências vem aumentando gradativamente com o passar dos anos, juntamente com a tecnologia. Segundo IBGE 2002 aproximadamente 14,06% da população tem uma deficiência. A falta de informações preventivas e conscientizadoras têm contribuindo para os aumentos, e agravos de doenças e acidentes entre outros fatores causadores de diversas deficiências, bem como o isolamento social e afastamento de trabalho. A ausência de uma política de prevenção aumenta assustadoramente as despesas com Saúde e Previdência Social. É necessário, portanto realizar no Sistema Único de Saúde, meios de identificar as causas reais, deste aumento para que se possa diminuir essa incidência de deficiências as quais podem ser previsíveis bem como identificar os agravos de saúde da população.

#### **É necessário equilibrar ações de Prevenção e Recuperação em Saúde!**

##### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

Nos últimos anos, vemos aumentar os gastos de recurso nas áreas de assistência em saúde, especialmente os gastos relacionados com medicamentos, exames e procedimentos de maior complexidade. A demanda na área de medicamentos excepcionais, especialmente mandatos de segurança, está tão intensa, que começa a colocar em risco o equilíbrio financeiro do SUS. É possível notar nas propostas das últimas conferências de saúde, especialmente nas municipais, que grande parte das demandas da população estão relacionadas a aumento de: consultas, médicos, exames, fornecimento de medicamentos, internações hospitalares e outras tantas exigências de raios-X, tomografias, etc... Estas demandas, em grande parte são justas, mas por outro lado, os usuários do SUS, gestores e profissionais de saúde pouco apresentam propostas e cobranças relacionadas à prevenção à saúde. As reivindicações também estão mais relacionadas à quantidade de ações, e poucas relacionadas à cobrança de resolutividade destas. Isto gera um desequilíbrio entre as ações de promoção e recuperação da saúde, onde esta última acaba sendo priorizada pelos gestores de saúde, pois causam mais impacto e retorno político. Com isto já se observa uma preocupante queda nos indicadores de saúde em algumas regiões do Estado do Paraná, como: diminuição do número de pessoas vacinadas, aumento de acidentes, ocorrência de surtos em grande escala, como a Dengue no período 2006/2007, entre outras doenças, colocando toda a população paranaense em situação de risco. A prioridade inclui o desvio de funcionários de saúde da área da prevenção (Vigilância em saúde – sanitária, epidemiológica, do trabalhador, ambiental) para atender, transportar e cuidar de pacientes, criando um ciclo vicioso, onde se deixa de prevenir doenças, estas aumentam, gasta-se mais com o seu tratamento, e diminuem-se os gastos e ações com prevenção, e repete-se o ciclo. Devemos buscar um ciclo virtuoso, com uma lógica equilibrada entre prevenção e recuperação da saúde, priorizando-se ações que previnam e/ou reduzam as doenças, acidentes de trabalhos e outros agravos à saúde. **PSF** - O Programa de Saúde da Família é um dos programas do Ministério da Saúde previsto na Norma Operacional Básica do SUS que visa aproximar o atendimento de saúde à população. Ainda não há previsão para assistência farmacêutica, mas há muitos pacientes crônicos, principalmente idosos, que necessitam um acompanhamento mais rigoroso no uso de seus medicamentos. A falta adesão ao tratamento e/ou uso incorreto dos medicamentos são os principais motivos de internamentos destes, ocasionando elevados custos ao sistema. Com a inclusão dos municípios na gestão plena do SUS municipal, torna-se imprescindível adotar sistemas de atendimento que reduzam internações hospitalares desnecessárias e perfeitamente controláveis.

#### **TEMA 4: POLÍTICAS DE ESTADO NA ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

##### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

Observa-se em nossa sociedade que os problemas de saúde que normalmente apareciam apenas na vida adulta, começam, cada vez mais, aparecer em crianças e adolescentes. Grande parte destes problemas se deve ao abandono de hábitos de vida saudáveis. Preocupa muito, que muitos destes adolescentes optam pelos medicamentos para tentar resolver os seus problemas pessoais que afetam a sua saúde. Obesidade, anorexia, bulimia, drogadição, ansiedade e hiperatividade, tudo pode ser resolvido com medicamentos, e a sociedade pressiona cada vez mais por estes produtos, que muitas vezes criam mais problemas e afetam o desenvolvimento emocional e psicológico de crianças e adolescente. Observa-se também que são as crianças as grandes vítimas do uso e guarda inadequada dos medicamentos, considerando o numero destas que se intoxicam todos os meses.

## **TEMA 5: POLÍTICA DE ESTADO EM RELAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS - PACTO PRÓ-VIDA**

FAMPEAPAR/FATIPAR/Federação dos Pastores do Paraná

A universalidade dos critérios morais está presente nos valores potencializadores da vida e nos valores científicos. A relatividade consiste no referencial sócio cultural e científico e, em muitos casos evoluem através de conceitos empíricos que ganham notoriedade e legitimidade e, se realizam no acolhimento sócio-cultural da sociedade brasileira. Há uma lacuna em nosso país relacionada à banalização do conhecimento científico, do conceito à vida, a pesquisa, a educação conscientizadora e clarificadora as pessoas, as suas funções e nas ações inerentes ao Estado, voltadas às soluções para o bem comum. Sem diretrizes adequadas, comunicação e informação em saúde são impossível o sujeito social exercer a cidadania na sua plenitude.

Não podemos e não devemos jamais admitir que o Estado brasileiro omita e transfira suas funções e atribuições nas ações que são dever do Estado, delegando-as aos fragilizados municípios o dever de prover qualidade de vida e a defesa da vida dos cidadãos. O dito caminho da reconstrução pavimentado a partir de um processo que agrega atores diversos; União, Estado e Municípios, procurando o envolvimento em escala pouco aceitável de membros da academia, profissionais de saúde, trabalhadores em saúde, usuários e algumas entidades/órgãos/instituições representativas do Sistema Único de Saúde, delegando as Comissões Intergestoras Bi-partites o poder de Deliberação que com muito esforço foi adquirido pelo Controle Social. Ao avaliarmos tal imposição concluímos que a delegação de atribuições demonstra a inoperância de um Estado centralizador, no enfrentamento dos problemas nacionais sem a devida participação popular, muito apregoada, mas, pouco praticada. Esta conferência deve primar pela reflexão devendo elaborar subsídios, através da eficaz mobilização e manifestação popular, demonstrando sua indignação com os fatos correntes, buscando a conscientização da Nação e do Estado ao expressar a realidade no que se oferta em saúde atualmente. Não resiste nenhuma estratégia de mudança com imposição do mais forte aos mais fracos, delegando inúmeras atribuições sem o real sustentáculo de caráter financeiro. Deve haver no cotidiano, nas tratativas de caráter político, detentores do poder de elaborar Normas à responsabilidade no direcionamento em benefício daqueles que os delegou poderes e, esperam não ficarem desapontados e por consequência seus anseios sejam objeto de contemplação. Aproveitamos este espaço para externar nossas indignações relacionadas às ações defendidas e praticadas na saúde dos idosos. Podemos e devemos incluir ações voltadas aos que de maneira precoce são obrigados a se aposentar por não terem reais condições laborais, mas praticam a força tarefa de tornar nosso país igualitário e justo. Destacamos alguns pontos, entre outros que deve ser objeto de reflexão no Pacto pela Saúde: Promoção do envelhecimento ativo e saudável. No Termo de Compromisso expresso pelo Ministério da Saúde há omissão relacionada às ações que devem constar a fim de proporcionarmos condições humanitárias e dignas **na busca do envelhecimento ativo e saudável** e, isto é, não respeitar os que contribuíram para a construção do nosso país. O que ocorre atualmente é suas finalizações pela má gestão financeira, aviltando recursos que são sustentáculo de seus bem-estar; **Atenção integral e integrada a**

**pessoa idosa.** Mera utopia e falácia ministerial delegam aos municípios atribuições, funções e ações sem dar o real suporte financeiro operacional e sem constar à negligência na fiscalização da máquina estatal. **Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção.** Com o respeito devido, sentimos ofendidos por usarem um linguajar poético de amplitude nacional sem ações e norte que deslumbram o envolvimento dos setores que deveriam estar envolvidos nestas ações. É enfadonhos e tristes criar e operacionalizar imposto dizendo ser para o setor saúde e desvincula-lo, hoje muitos defendem o seu uso indevido em detrimento da utilização devida. Daí nossa carência em pesquisas na assistência farmacêutica, carência e dependência em setores de políticas públicas que são deveres constitucionais delegados ao Estado. Os detentores do poder do Planalto esquecem que a Emenda Constitucional 29 é alto aplicável e não deve ser ignorada jamais, sob pena de uma revolta Nacional pelo enfado e padecimento de uma grande parte de membros da sociedade brasileira. Estamos momentaneamente pagando o ônus por não exercermos os direitos outorgados em Lei, apesar de sermos um povo de natureza alegre e pacífica e sentirmos um grande orgulho de sermos brasileiros. O que deve se criado em nosso país é um Pacto pela legalidade, moralidade, ética, pela moral e bom costume, deixando de banalizar o preceito ao direito a Vida e, deixar de ter por tese, “Criados por Deus e regidos pela própria Natureza”.

#### **FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ - A luta pela saúde e a defesa do SUS**

Fórum Popular de Saúde – FOPS-PR/ SindSaúde-PR/Sindipetro PR/SC

As lutas históricas da classe trabalhadora possibilitaram a conquista legal do Sistema Único de Saúde – SUS, cujos princípios contemplam a atenção integral à saúde para todos e o direito da participação popular na formulação e fiscalização das políticas de saúde. Este novo arcabouço jurídico, inscrito na Constituição de 1988, foi fruto de longos embates travados pelo movimento sindical e popular. A Constituição Federal estabelece, no artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Tornar direitos reconhecidos em lei em direito de fato, e ir além, são tarefas de todos aqueles que lutam pela consolidação da Seguridade Social no Brasil, que assume caráter estratégico para a luta dos trabalhadores. É fundamental resistir aos ataques do capital, entendendo que este enfrentamento não se restringe apenas à garantia de um sistema público de saúde, previdência e assistência social de qualidade, mas exige profundas transformações na sociedade que alterem a estrutura da distribuição de renda, riqueza e poder no país. As enormes desigualdades sociais, a escandalosa concentração de renda e a fragilidade das políticas públicas no Brasil repercutem decisivamente na situação de saúde da maioria da população. As condições de vida, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros combinam antigos e novos problemas de saúde, indicando a dramaticidade do quadro sanitário do país. A construção do SUS, a partir da defesa dos princípios de universalidade e integralidade da atenção à saúde, com participação popular, assume o caráter de luta contra-hegemônica frente à atual ordem social e econômica capitalista.

**Participação popular na gestão do SUS:** Os Conselhos são colegiados de caráter deliberativo com a atribuição legal de fiscalizar e participar da formulação das políticas de saúde, inclusive dos seus aspectos econômicos e financeiros. As questões de maior relevância para a definição da política estadual de saúde, no entanto, não têm sido pautadas ou simplesmente recebem um tratamento superficial no CES-PR. O governo estadual desrespeita sistematicamente o controle social do SUS de forma autoritária. Contrariando a Lei, não submete as leis orçamentárias à prévia análise e aprovação do CES-PR, razão pela qual o Ministério Público Estadual ajuizou Ação Civil Pública em 24/08/06. O CES-PR não debate efetivamente a aplicação dos recursos do SUS, tendo pouca participação na definição dos contratos e convênios da saúde, para onde são destinadas parcelas significativas dos recursos. A Sesa-PR não submeteu a proposta da sua reforma administrativa ao debate e aprovação prévia do CES-PR, a qual foi definida no Decreto Estadual nº 777/07 à revelia do controle social do SUS. A Sesa-PR descumpre as Deliberações das Conferências Estaduais de Saúde, no tocante às políticas de financiamento, recursos humanos e organização das ações e

serviços de saúde no Paraná. Com isso, o CES-PR não cumpre com sua principal atribuição: ampliar o espaço público de participação da sociedade na formulação, execução e avaliação do SUS-PR. Os problemas dos Conselhos e Conferências de Saúde não se restringem à paridade entre os diversos segmentos. É comum existir a presença de ocupantes de cargos de chefia representando entidades de usuários e trabalhadores de saúde. Da mesma forma, existem entidades que representam usuários e trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências, mas que recebem recursos do SUS para a prestação de serviços de saúde. Ao invés de reivindicarem a universalização das políticas públicas de saúde, buscam “substituir” o poder público, atrelando-se ao aparelho de Estado. Estes fatos comprometem a legitimidade e a autonomia dos Conselhos e Conferências de Saúde. Persistem as práticas de cooptação e truculência explícita de muitos gestores do SUS, que visam segregar quaisquer posicionamentos divergentes aos ditames oficiais. Neste cenário, ampliam-se os ataques ao SUS, com a redução dos recursos da saúde, crescimento das transferências de dinheiro público para o setor privado (privatização) e a precarização das relações de trabalho. A mudança deste quadro exige uma postura crítica, autônoma e independente dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde. A subserviência aos interesses de governos, comprometidos com o capital, coloca em risco o SUS e, conseqüentemente, o direito à saúde da população.

#### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

O Controle Social do Sistema Único de Saúde é um fator que o diferencia da maioria dos planos de saúde públicas em todo o mundo, possibilitando uma participação efetiva da sociedade nos rumos do sistema. Todavia esta participação necessita ser melhor qualificada, principalmente nos municípios de menor porte, onde ainda há desvios na sua formação e funcionamento, e conselheiros sem capacitação para exercer esta atividade. Em vários conselhos municipais de saúde não existem as comissões permanentes e temporárias recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde, em especial a de Vigilância Sanitária.

#### **TEMA 6: POLÍTICAS DE ESTADO NA DST/AIDS**

##### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

Com a implantação no SUS de tratamentos para a AIDS, criou-se uma impressão que se pegar DST/AIDS, sempre há remédio, diminuindo-se os cuidados na prevenção. Quando o paciente desenvolve a AIDS e necessita do coquetel, percebe o quanto é difícil realizar o tratamento de forma correta, sendo comum o abandono ou seguir o tratamento de forma inadequada. Esta cultura deve ser rapidamente combatida com um rigoroso trabalho de acompanhamento farmacoterapêutico, para evitar a disseminação das DST/AIDS. Também retornam doenças que necessitam de um cuidado rigoroso, como a tuberculose, criando cepas resistentes aos medicamentos de última geração, possibilitando a ocorrência de surtos. Na maioria das regionais de saúde há um número insuficiente de farmacêuticos para prestar orientação farmacêutica, quando estes existem, colaborando com a piora da situação. Outra preocupação, e que na maioria das DST/AIDS, os pacientes procuram as farmácias privadas para se tratar, e nem sempre estas estão preparadas para um aconselhamento e encaminhamento adequado deste tipo de paciente.

#### **FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ**

##### **Financiamento do SUS: quanto, onde e como investir?**

Fórum Popular de Saúde – FOPS-PR/ Sind Saúde-PR/Sindipetro PR/SC

Para o debate de qualquer política pública é central a definição do seu financiamento. Com a política estadual de saúde não é diferente. É fundamental garantir a transparência das informações não só sobre o **quanto**, mas também, sobre o **como** e **onde** são investidos os recursos da saúde. O Paraná segue descumprindo a Emenda Constitucional nº 29 – EC-29, que determina aos estados a aplicação de **pelo menos 12%** da arrecadação de alguns impostos em ações e serviços de saúde. Fato inúmeras vezes denunciado e transformado em ação civil pública, atendendo à denúncia do FOPS-PR. O atual governo, a exemplo de Lerner, inclui nos 12% da saúde gastos não caracterizados como ações e serviços do SUS, como por exemplo: custeio do Hospital da Polícia Militar, Serviço de Assistência à Saúde do Servidor – SAS,

defesa sanitária animal e vegetal, investimentos em obras de saneamento, distribuição de cestas básicas, entre outros. No governo Lerner deixaram de ser aplicados R\$ 660 milhões no SUS-PR. No primeiro governo Requião este valor ultrapassa 1 bilhão de reais. O descumprimento da EC-29 foi comprovado por auditoria do Ministério da Saúde, atendendo à solicitação do Ministério Público Estadual – MPE. O governo do Paraná aplicou apenas **5,44%** de recursos próprios em ações e serviços de saúde, em 2004. A Constituição Federal, no artigo 200, a Lei Federal nº 8.080/90, no artigo 6º, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03 definem com clareza a abrangência das ações e serviços de saúde. No entanto, muitos gestores estaduais e municipais do SUS insistem em incluir nos percentuais da EC-29 despesas diversas das caracterizadas como tal, através de uma verdadeira maquiagem contábil. O Projeto de Lei Complementar – PLC nº 01/03, que regulamenta a EC-29, após aprovado em todas as comissões da Câmara Federal, aguarda há muito tempo votação pelo plenário. Essa irritante demora facilita o falso discurso dos gestores do SUS que se negam a cumprir a EC-29. O Conselho Estadual de Saúde – CES-PR possui a competência legal de fiscalizar e participar da formulação da política estadual, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. O governo estadual, no entanto, de forma autoritária desrespeita o controle social do SUS, na medida em que não submete as leis orçamentárias à prévia análise e aprovação do CES-PR. Por isso, o MPE ajuizou outra Ação Civil Pública, em 24/08/06, contra o governo estadual para que este cumpra a lei e apresente ao CES-PR os Projetos do Plano Plurianual, de Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual para apreciação e aprovação prévia. Além disso, os freqüentes contingenciamentos de recursos orçamentários e a Desvinculação de Receitas da União – DRU, que expira em 31/12/07, diminuem sistemática e drasticamente as receitas vinculadas ao setor saúde. É importante, portanto, lutar contra a prorrogação da DRU. No Paraná persiste a elevada transferência de dinheiro público para prestadores privados de saúde, em muitos casos sem a devida previsão no Plano Estadual de Saúde. Esta drenagem de recursos financeiros para o setor privado, através de contratos e convênios assume caráter **seletivo**, concentrando-se nos serviços que oferecem uma maior capacidade de obtenção de lucro. Determina, também, a insignificante aplicação de recursos orçamentários nas áreas de promoção, proteção e reabilitação da saúde, acarretando investimento estadual medíocre nas ações e serviços de saúde do trabalhador, vigilância sanitária e epidemiológica, valorização e capacitação da força de trabalho em saúde e outros. Neste contexto, continuam bandeiras de luta fundamentais: ampliar o investimento em saúde, reorganizar as prioridades e fortalecer o controle e a transparência sobre o uso dos recursos do SUS.

**TEMA 7: POLÍTICAS DE ESTADO NAS QUESTÕES DE AGENDA DE SAÚDE, AUDITORIA INTERNA E REGULAÇÃO, FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO, FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, PACTO DE GESTÃO, PLANOS DE SAÚDE, PRESTAÇÃO DE CONTAS E RELATÓRIO DE GESTÃO E SIOPS.  
CRF-PR/ ASPAFAR/SINDIFAR/PR**

Como os valores pagos pelo sistema estão defasados, cresce o número de hospitais que encerram atividades ou se descredenciam do SUS, criando uma séria dificuldade aos municípios de pequeno porte. Há necessidade de incentivos financeiros para manter os hospitais de pequeno porte em funcionamento e com melhor resolutividade, para não sobrecarregar os municípios de referência. No Estado há grande discussão quanto aos valores aplicados na área de saúde, considerando a inclusão de gastos com saneamento básicos e outros programas. Dessa forma, a SESA/PR enfrenta uma situação difícil, e não dispõe de condições plenas para cumprir o seu papel fundamental que é dar suporte e assessoria aos municípios. Também se observa que o Estado não possui um sistema eficiente de auditoria na utilização dos recursos do SUS pelos municípios, facilitando o desvios na aplicação destes para finalidades distintas. Quanto ao Pacto de Gestão, o mesmo é praticamente omissivo à prevenção em saúde, especialmente na área de vigilância sanitária. Nos indicadores previstos, há um único indicador de vigilância sanitária, quando sabemos que há graves problemas nesta área. Isto revela uma falta de desinteresse dos gestores por esta área, refletindo na piora dos indicadores gerais de saúde dos municípios. Na área de assistência

farmacêutica não existe um único indicador sequer, apesar da assistência farmacêutica representar a maior parcela de gastos na área de saúde, retirando-se o gasto com pessoal.

## **REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA/FAMPEAPAR/FATIPAR**

### **Federação dos Pastores do Paraná**

A saúde é uma das condições essenciais da garantia da dignidade humana, constituindo-se em direito garantido pelo Estado por meio de políticas públicas que atuem sobre seus determinantes e que assegurem ações e serviços de saúde de acesso universal, integral com equidade e gratuito. O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência, e apesar de previsto na Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, e na Lei Federal nº 8.689, de 27/07/93, o Sistema Nacional de Auditoria, criado através do Decreto nº 1651, de 28/09/95, necessita de efetiva implantação/implementação em todos os níveis de governo ainda, para o acompanhamento das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS. O atual estágio de descentralização do Sistema Único de Saúde - SUS exige um reordenamento das atividades dos órgãos e das unidades de controle e avaliação e de auditoria nos seus diferentes níveis de competência.

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento da gestão organizacional e de redefinição de atribuições, responsabilidade e autoridade no exercício das atividades de controle e avaliação e de auditoria, a Portaria 1069/MS/GM, de 19/08/99, apresenta diretrizes para reorganização das atividades de auditoria, controle e avaliação: Reorganização do sistema de controle e avaliação no âmbito do SUS; Interface do sistema de controle e avaliação com as atividades dos Fundos e Conselhos de Saúde; Definição dos recursos patrimoniais e humanos necessários ao cumprimento das competências e atividades de controle e avaliação e de auditoria, especialmente quanto:

- a) os níveis hierárquicos, aos graus de responsabilidades e ao funcionamento de equipes;
- b) ao desenho dos processos de trabalho;
- c) à educação, à capacitação e ao treinamento dos dirigentes e servidores.

As atividades de controle, avaliação e a auditoria são direcionadas: Para a auditoria: observar o exame analítico e pericial da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnicos profissionais praticados no âmbito do SUS por pessoas físicas e jurídicas integrantes ou participantes do Sistema; Para o controle: observar o acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas no SUS, de modo a verificar a conformidade dos processos, produtos e serviços prestados com as normas vigentes e com os objetivos estabelecidos, e o fornecimento dos dados e das informações necessários ao julgamento das realizações e à introdução de fatores corretivos e preventivos; Para a avaliação: observar o meio sistemático de apreender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o aperfeiçoamento das atividades em desenvolvimento e para o fomento de planejamento mais satisfatório mediante seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura. Considerando que o gasto anual em saúde no Brasil é de R\$ \_\_\_\_\_, e no estado do Paraná é de R\$ \_\_\_\_\_, compreendendo a atenção básica, média e alta complexidade, e a necessidade de controle, regulação e auditoria tanto dos recursos como da realização efetiva dos procedimentos e assistência nas três esferas de governo; Considerando que a auditoria, controle e avaliação incorpora áreas técnicas e competências multiprofissionais. Considerando que demandas oriundas do controle social desencadeiam ações de auditoria nos serviços e sistemas de saúde, objetivando a garantia dos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade). Considerando que as ações de regulação, controle e auditoria são requisitos do Termo de Compromisso de Gestão Municipal integrante do Pacto pela Saúde, apresentamos as seguintes.

## **TEMA 8: POLÍTICAS DE ESTADO NOS RECURSOS HUMANOS**

### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

O Estado do Paraná é constituído por 311 (77,9%) municípios de pequeno porte, com até 20.000 habitantes. Por serem de pequeno porte, os mesmos têm sérias dificuldades de manter recursos humanos tanto em quantidade como em qualidade às suas demandas, necessitando constante apoio do Estado para ações de caráter complementar e suplementar principalmente nas ações de média e alta complexidade, apoio laboratorial, Vigilância Sanitária, Epidemiológica. Por outro lado, o último grande concurso público para funcionários da Secretaria de Estado da Saúde ocorreu em 1988. Neste período muitos servidores se aposentaram, pediram demissão, ocasionando falta de recursos humanos para uma melhor assessoria aos municípios e impossibilidade de cumprir com as atividades de responsabilidade do Estado. Mesmo com a exigência cumprimento de uma carga horária de 8 horas a todos os servidores do Estado, isto de nada vale para um funcionário inexistente ou que já se aposentou. A situação é preocupante, pois são muitos os servidores próximos de atingir o tempo mínimo para se aposentar. A Secretaria de Estado de Saúde está perdendo, com a aposentadoria de alguns servidores, a cultura institucional, pois os profissionais não têm condições de repassar os seus conhecimentos, alguns deste inestimáveis, a novos servidores. Por outro lado, ainda se observa nos municípios uma grande quantidade de funcionários com contrato precário (comissionados, cargos em comissão, etc.), especialmente nas áreas de vigilância em saúde, área crítica, onde o profissional necessita de muitos anos para atingir um nível de conhecimento mínimo necessário ao seu exercício profissional. Pela sua condição precária de trabalho, o rodízio nesta área é intenso, com grande perda financeira dos recursos do SUS em treinamentos de formação e capacitação. Funcionários de áreas de vigilância sanitária vivem em constante constrangimento, por não serem estáveis, há sempre o medo da demissão sumária se de fato cumprir com a sua função. Quanto à formação de recursos humanos para o SUS, se observa uma deficiência, em especial quanto aos profissionais de nível superior, tanto pela ausência de direcionamento ao SUS, às vezes precária e insuficiente, formando profissionais que são um risco à saúde pública pela falta de conhecimento e responsabilidade com a saúde pública, fruto de cursos sem o compromisso social com a formação de profissionais de saúde, criados apenas como fonte de arrecadação de recursos financeiros. Na formação de nível médio, faltam profissionais para áreas específicas, como técnicos de vigilância sanitária, auxiliares de laboratório, etc.

## **FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ**

### **Sobre o significado da reforma administrativa da Sesa-PR**

Fórum Popular de Saúde – FOPS-PR /SindSaúde-PR/ Sindipetro PR/SC/Movimento das Mulheres Camponesas – MMC-PR

A Lei Estadual nº 15.466, de 31/01/07, extinguiu o Instituto de Saúde do Paraná – ISEP. A Secretaria de Estado da Saúde – Sesa-PR implementou, então, sob a denominação de “mudanças no organograma”, uma profunda reforma administrativa da sua estrutura organizacional, encaminhando este processo à revelia da análise e aprovação do Conselho Estadual de Saúde – CES-PR. Essa mudança está definida no Decreto Estadual nº 777, de 09/05/07, e seus respectivos anexos. O cerceamento do debate com o CES-PR omite os reais propósitos desta reforma administrativa. Debate esse que, evidentemente, não é somente técnico, mas diz respeito diretamente à política de saúde, pois esta nova organização reflete os objetivos da Sesa-PR na adoção de um determinado modelo de atenção à saúde. A SESA-PR, de forma autoritária, se furta de debater sua proposta de modelo de atenção e gestão em saúde, expressando sua concepção centralizadora e impermeável à real participação popular nos processos decisórios das políticas públicas. As alterações de uma estrutura organizacional devem ser coerentes com a construção de um modelo de atenção e gestão da saúde, que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Uma reforma administrativa nunca pode, portanto, traduzir-se em um fim em si mesmo. É fundamental ter clareza do modelo de atenção e gestão que se deseja. O planejamento estratégico defende o “postulado da coerência”, ou seja, objetivos, métodos de trabalho e a estrutura organizacional devem guardar coerência entre si, visando alcançar os objetivos propostos. Mas quais são os objetivos desta reforma administrativa? Sobre o método de construção da reforma administrativa. O Secretário Estadual de Saúde, na última vez que compareceu a uma reunião do

CES-PR, em março/2007, quando questionado sobre a importância do Conselho analisar as propostas de alteração do organograma institucional, afirmou em palavras textuais que o CES-PR não “meteria o bedelho” na definição da estrutura organizacional da Sesa-PR. Tal atitude reafirma o desrespeito com o controle social do SUS. O CES-PR, ao invés de participar da formulação das políticas de saúde, é somente participado das decisões tomadas no âmbito da SESA-PR. A mesa diretora do CES-PR acatou a “recomendação” do Secretário e não pautou este debate antes da publicação do Decreto Estadual nº 777/07.

#### **Uma análise panorâmica e preliminar sobre o novo organograma da SESA-PR**

A análise preliminar do novo organograma evidencia uma perda de autonomia gerencial da Sesa-PR, demonstrada pela extinção da Diretoria de Recursos Humanos e da Diretoria Financeira. Estas funções ficarão ao cargo do Grupo de Recursos Humanos Setorial – GRHS e do Grupo Financeiro Setorial – GFS, cuja indicação das chefias ficará submetida à aprovação das Secretarias Estaduais da Administração e da Fazenda, respectivamente.

A diretriz da criação de um PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários próprio do SUS parece cada vez mais distante da realidade paranaense, quando o responsável do setor de recursos humanos da Sesa-PR será definido pela Secretaria da Administração. O novo organograma propõe, para a estrutura das Regionais de Saúde, a unificação administrativa das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador. Esta discussão é bem vinda, no entanto, não foram promovidos debates com as equipes de saúde e com o controle social do SUS. Desconhece-se a existência de pelo menos um documento de referência que oriente este processo, predominando a centralização e verticalização do processo decisório, que sem dúvida comprometerá os resultados da sua implantação. A Ouvidoria Estadual do SUS, no novo organograma, permanece desconectada do Conselho Estadual de Saúde. Não existe, também, a atribuição da Ouvidoria de apresentar relatórios periódicos ao CES-PR, com detalhes do número, características e resolutividade das denúncias recebidas. O novo organograma tem sido tratado publicamente pela Sesa-PR em separado do processo de definição do modelo de gestão dos hospitais próprios do Estado. A definição do modelo de gestão dos hospitais gerenciados pela Sesa-PR tem sido tratada por uma comissão instituída pelo governo estadual, à revelia do controle social do SUS. A não participação do CES-PR na análise e aprovação do novo organograma evidencia-se, ainda, na ausência de referências ao controle social do SUS no Regulamento da Sesa-PR (Decreto nº 777/07, anexo III). A única referência ao CES-PR no Regulamento está nas disposições finais e transitórias e limita-se ao apoio ao funcionamento do Conselho, assegurando-lhe dotação orçamentária, Secretário Executivo e estrutura administrativa, observada a disponibilidade orçamentária e financeira e as disposições legais aplicáveis. Nota-se que a inserção do controle social no documento é meramente formal, não havendo qualquer outra referência à participação efetiva do CES-PR na definição dos rumos do SUS-PR. O organograma da Sesa-PR explicita a urgente necessidade da realização de concursos públicos para repor e adequar a força de trabalho às atribuições da Sesa-PR. Há muitos setores que não dispõem de contingente mínimo de trabalhadores de saúde para a execução das atividades previstas. Dada a falta de clareza sobre os reais objetivos da reforma administrativa da Sesa-PR, torna-se impossível uma análise apurada das intenções dos seus propositores. O principal objetivo dessa reforma administrativa é simplesmente a redução de gastos? Ela amplia ou reduz o papel da direção estadual do SUS-Paraná? Será priorizada uma estrutura organizacional exclusivamente voltada à pactuação de ações de saúde? Ou também será priorizado o apoio técnico e financeiro aos municípios, e a execução complementar e suplementar de ações e serviços de saúde, conforme previsto na Lei Federal nº8080/90?

#### **FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ**

##### **A Gestão do Trabalho na Saúde do Paraná**

SINDSAÚDE-PR/Fórum Popular de Saúde- FOPS-PR/Movimento das Mulheres Camponesas – MMC-PR

Essa tese faz uma retrospectiva histórica da gestão do trabalho no SUS-PR, recuperando dados e analisando-os para compreender que estamos à beira de um colapso no serviço público estadual de saúde. Na década de 80, o sistema público de saúde no Estado era de responsabilidade da Fundação Caetano Munhoz da Rocha. Nessa época os trabalhadores eram regidos pelo regime CLT, totalizando cerca de sete mil funcionários que tinham Planos de Carreiras e Salários Próprios. Na década de 90 - governo Lerner- os servidores estaduais da saúde perderam o plano de carreira, e foram integrados ao Quadro Geral do Estado (QG). O Quadro Geral congregava os diversos segmentos do serviço público. Tal mudança significava que o Estado não reconhecia as especificidades e o caráter penoso do trabalho na saúde nem a característica das funções desenvolvidas nas unidades. Essa mudança faz coro com as diversas decisões políticas de desorganização dos serviços públicos de saúde e com a desvalorização do trabalhador da área. O rol de precarizações vai desde a não realização de concurso, a retirada de direitos trabalhistas, a inexistência de reposição salarial até a contratação terceirizada de mão de obra. Essa lista de medidas seguia o modelo do enfraquecimento do Estado. A atuação do sindicato em defesa do servidor e do SUS foi muitas vezes insuficiente para conter a sanha daqueles que comandavam o governo, mas com certeza não permitiu que o projeto fosse completamente executado. Essa afirmação pode ser exemplificada concretamente: realização de concurso público em 2004, decorrente de procedimento investigatório no Ministério Público do Trabalho-MPT- após denuncia do sindicato. Assim, a central de leitos, hemocentros, Hospital Adauto Botelho, CRAID e o Hospital do Trabalhador receberam servidores concursados. A organização dos trabalhadores da saúde avançou e com o aumento da participação em movimentos reivindicatórios, outras conquistas aconteceram. Em 2002, no final do governo Lerner é aprovada a Lei 13.666 que institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Quadro Próprio do Poder Executivo. O texto da lei é completamente alheia aos reais problemas da categoria e, é necessário ressaltar, que o governo Lerner agindo dessa forma nega todos os pactos nacionais e lei federal que normatiza que servidores da saúde tenham um PCCS próprio. **De 2003 a 2007 -** O Plano de Saúde do governo Requião apontava algumas metas importantes, tais como: instituir comissão paritária para elaboração do PCCS próprio, instalação da mesa de negociação do SUS, realização de concurso público. Tudo não passou de intenções. De fato o que se constata é que nem o tímido programa de ginástica laboral foi efetivado. E mais: o governo vem afirmando que não pretende realizar concurso. Isso apesar de ter realizado levantamento da necessidade da reposição de funcionários para a manutenção e expansão dos serviços. Com esse trabalho, a Sesa conclui que seria necessário ampliar o quadro em 3600 pessoas. Apesar de ter três hospitais concluídos, o de Curitiba, Guaraqueçaba e o de Paranavaí, e outros dez em construção ou ampliação, o Estado não está organizando o concurso. Nas audiências com o MPT, os representantes do governo têm afirmado que estão aguardando a possibilidade de mudar o modelo de gestão com a provável adesão à proposta de repassar a gestão as Fundações Estatais de Direito Privado. Para terminar de compor o quadro atual da Sesa, não podemos deixar de citar que essa é a Secretaria com o maior número de cargos comissionados. Na matemática, temos um chefe para cada 11 servidores. Descrevemos a realidade para demonstrar que os gestores estaduais da Sesa não têm priorizado a adoção de medidas que valorizem o servidor e que possam caminhar, de fato, para a constituição da carreira da saúde. Numa área em que a qualidade do serviço depende quase que exclusivamente dos trabalhadores, já que as máquinas não substituem os seres humanos, os gestores ignoram a necessidade de respeitar os princípios da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH/SUS), aprovada em 2002. **Jornada de Trabalho-** Se o relato acima não é nada promissor e revela a proximidade do colapso por falta de servidores, na questão da jornada de trabalho enfrentamos outros graves problemas. A Sesa nesse ano revelou sua face mais autoritária ao desrespeitar as deliberações das Conferências de Saúde Nacional e Estadual que deliberaram pela jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais e, inclusive, desrespeitando as legislações federais. Até desconto salarial em dias trabalhados aconteceu, fica como marca desse governo a decisão de desrespeitar aos servidores e as deliberações do controle social o SUS.

## **TEMA 9: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE DO IDOSO**

### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

Com o aumento da população idosa, cresce nos municípios o número pacientes crônicos, e os gastos no tratamento e internação destes pacientes. O financiamento federal e estadual não tem acompanhado a mudança no perfil populacional, pois doenças crônicas necessitam de um maior investimento, tanto na prevenção quanto para o tratamento. Há necessidade de aumento na quantidade de centros de referência em cardiologia, geriatria, ortopedia, Alzheimer, Parkinson e outras tantas doenças típicas da velhice. Aumenta também a utilização de muitos medicamentos, com maior chance de interações entre os mesmos, e necessitam um acompanhamento mais rigoroso no seu uso para evitar intoxicações e internamento desnecessários.

## **TEMA 10: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE MENTAL**

### **TESE DE SAÚDE MENTAL PARA À 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**

#### **Coordenação Estadual de Saúde Mental**

Por deliberação do CES em 2007 foram realizados Seminários Regionais de Saúde Mental, culminando no Seminário Estadual de Saúde Mental e II Encontro Paranaense de CAPS, em que participaram 900 pessoas na discussão sobre as mudanças nas políticas públicas da área, em especial, na transição do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção extra-hospitalar, de base comunitária, e de abordagem psicossocial.

### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

Atualmente os pacientes com transtorno mentais estão mais visíveis e obtém um melhor tratamento, ainda que seja necessário um acréscimo de Centro de Atenção Psicossocial e necessidade de se criar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais. Observamos porém, que o número de suicídios e intoxicações com a utilização de medicamentos, em especial os de uso controlado, é preocupante (dados do Sinitox/Fiocruz). O acesso facilitado dos pacientes psiquiátricos e a falta de orientação quanto ao uso destes medicamentos, também facilitam o suicídio e uso incorreto dos mesmos. Há necessidade de se rever a regulamentação quanto ao acesso a estes medicamentos, possibilitando retiradas em menor quantidade, garantir orientação farmacêutica qualificada. Porém um terço dos municípios de pequeno porte não têm farmacêuticos. Neste sentido, também se observa um pequeno número de CAPS voltados à drogadição e alcoolismo, e são poucas as unidades do Estado voltadas a esta área.

## **TEMA 11: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE DA MULHER**

### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

O peso da sociedade recai cada vez mais sobre a mulher, que muitas vezes tem jornadas duplas ou triplas de trabalho para manterem as suas famílias. Doenças, antes típicas dos homens, prosperam cada vez mais nas mulheres. Há também uma grande pressão cultural quanto a manutenção da beleza, tornando as mulheres suscetíveis às ofertas de tratamento, especialmente para obesidade, conhecidamente prejudiciais.

## **TEMA 12: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

A política nacional na área de saúde do trabalhador tem privilegiado a instalação de CEREST's – Centros Regionais de Saúde do Trabalhador, que agrupariam tanto ações de prevenção como de tratamento e reabilitação. Neste sentido a instalação de atividades de cunho mais preventivo, como a inspeção de estabelecimentos e atividades de maior risco ao trabalhador, acabou ficando prejudicada, pois o Paraná esta encontrando sérias dificuldades em instalar estes centros. Por essas deficiências continuam a ocorrer os acidentes e doenças de trabalho perfeitamente preveníveis, onerando Estado e União com custos de

internação e reabilitação dos profissionais de saúde. Também há uma deficiência na regulamentação da implantação e organização das atividades de inspeção sanitária na área de saúde do trabalhador. Há necessidade de uma maior capacitação para os técnicos de Vigilância Sanitária para atuar nesta área, criação de mecanismos de inspeção, como roteiros e normas sanitárias, inclusão de outros profissionais de nível superior na inspeção sanitária, além do médico, enfermeiro e engenheiro, bem como uma maior integração.

### **TEMA 13: POLÍTICAS DE ESTADO NA VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SAÚDE - CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

A política nacional na área de vigilância ambiental, com sua intensa descentralização especialmente na área de combate às endemias, não foi acompanhada na melhoria dos indicadores de saúde. Apesar de ser uma área de ampla atuação, também há pouco interesse dos gestores na sua implantação. Um exemplo claro foi o grande surto epidêmico de dengue que ocorreu neste período 2006/2007, revelando uma falta de ação efetiva em muitos municípios. Preocupam também outros indicadores e saúde e os possíveis por essas deficiências continuam a ocorrer casos de dengue, os acidentes e doenças de trabalho perfeitamente preveníveis, onerando Estado e União com custos de internação e reabilitação dos profissionais de saúde. Também há uma deficiência na regulamentação da implantação e organização das atividades de inspeção sanitária nesta área, sem a clara exigência e definição de equipe mínima, salvo para a dengue.

### **TEMA 14: POLÍTICAS DE ESTADO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE CRF-PR, ASPAFAR, SINDIFAR/PR**

A área de Vigilância em Saúde é estratégica e imprescindível na prevenção e redução das doenças e agravos. Porém, muitas vezes por não gerar votos e pela falta de reconhecimento e cobrança da população, esta área é negligenciada pelos gestores de saúde, refletindo nos indicadores de saúde. Uma área de grande importância é a Vigilância Sanitária, que em função do seu poder de polícia e de interferir no poder econômico, sofre grande interferência do poder político e econômico na sua atuação, sendo o maior prejudicado a população. Sendo o Estado do Paraná formado por municípios de pequeno porte, a necessidade de atuação do Estado no apoio aos municípios e ação em caráter complementar e suplementar é constante. Esta área necessita de apoio laboratorial para executar as suas atividades, e este apoio está centralizado em sua maior parte no LACEN, que não consegue atender a demanda de análises necessárias.

#### **4 – DELIBERAÇÕES**

##### **TEMA 1: POLÍTICAS DE ESTADO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

1. Propor ao Ministério da Saúde, que em deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, aumente os valores previstos na Portaria 204/2007 MS destinados à estruturação da Assistência Farmacêutica, atualmente previsto para R\$6.000.000,00 (seis milhões de reais), para os mais de cinco mil municípios (Menos de 3 centavos por habitante/ano), para um mínimo de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por habitante/ano, com discriminação positiva e regulamente a estrutura mínima, organização e distribuição das farmácias municipais, defina parâmetros de metas de qualificação e cumprimento de exigências técnicas para continuidade do repasse de recurso fundo a fundo, em especial quanto à garantia da presença de profissional farmacêutico para a promoção do uso racional de medicamentos e evitar os desperdícios e desvios nesta área.
2. Convocar para 2009 a II Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, com a prévia realização em 2008 de Seminários Municipais sobre Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, com participação dos representantes dos usuários, gestores, prestadores de serviço de saúde, trabalhadores, Ministério Público, Juízes, para esclarecer sobre como funciona a assistência farmacêutica no SUS, apresentando melhorias necessárias e buscar formas de coibir abusos e corrigir falhas na Assistência Farmacêutica no SUS.
3. Manter farmacêuticos nas equipes das Regionais de Saúde para coordenarem e planejarem regionalmente as atividades de assistência farmacêutica, assessorando os municípios e promovendo a educação continuada dos farmacêuticos dos municípios através de palestras. Este farmacêutico não deverá acumular a responsabilidade técnica pela farmácia da RS, quando esta existir.
4. Implantação no Estado do Paraná de incentivo específico para a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica Básica, não se limitando a valores de repasse de medicamentos, como uma forma de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população, adequando as farmácias às normas sanitárias, a fim de que possa oferecer espaço físico adequado a um bom atendimento que assegure a conservação dos medicamentos, com base nas orientações emitidas através do Conselho Estadual de Saúde para todos os CMS (cartilha de orientação), exigindo para o repasse financeiro farmacêutico com certificado de regularidade do CRF-PR, e existência de projeto físico, arquitetônico aprovado pela Vigilância Sanitária com a fiscalização realizada pelas regionais de saúde.
5. Apoiar a proposta da Consulta Pública 69/07 ANVISA que trata as farmácias e drogarias privadas como estabelecimentos de saúde.
6. Cobrar da Secretaria Estadual da Saúde a revogação da Resolução Estadual SESA/PR n.º 226/99, que criou as farmácias com conveniências, conhecidas como “drugstores”, por se caracterizarem em ambientes desfavoráveis às ações de prevenção, promoção e proteção da saúde pública e possibilitarem no aumento dos problemas relacionados ao uso incorreto e inseguro dos medicamentos, como a auto medicação.
7. Gestionar junto à Secretaria Estadual da Saúde o estabelecimento de políticas que resgate a farmácia como um estabelecimento de saúde, elaborando Normas estaduais ou conciliando Normas federais, e intensificando as ações de Vigilância Sanitária, em parceria com o Conselho Regional de Farmácia e Ministério Público.
8. Estabelecer que o Ministério Público efetue rigoroso controle da indústria farmacêutica e distribuidores no que diz respeito ao atendimento dos processos licitatórios do serviço público em geral, quanto ao cumprimento de prazos de entrega e demais requisitos constantes dos editais dos processos licitatórios e que a indústria seja responsabilizada pelo não atendimento do paciente em tempo hábil quando for o caso.

9. Definir uma política nacional para a abertura de estabelecimentos farmacêuticos privados, de acordo com parâmetros definidos pela organização Mundial da Saúde (OMS), com controle social, e ao mesmo tempo incentivá-los a se transformarem em estabelecimentos de promoção à saúde, integrando-os ao SUS.
10. Atualizar periodicamente e normatizar a lista de medicamentos de alto custo que estão fora da tabela Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC), através de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
11. Rever anualmente nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite os valores pactuados para Assistência Farmacêutica pela União, Estado e Municípios, adequando os recursos destinados para Assistência Farmacêutica dos municípios previstos na Portaria MS 176, que estabelece o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, considerando o princípio da equidade, vinculada não somente à garantia de acesso aos medicamentos como também à promoção do seu uso correto e racional.
12. Implantar incentivo específico para a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica Básica, no estado do Paraná, assim como acontecem em outros estados da nação, não se limitando a valores de repasse de medicamentos, como uma forma de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população.
13. Garantia de recursos para estruturação física e funcional da assistência farmacêutica municipal junto ao governo federal.
14. Exigir do Ministério da Saúde que a discussão sobre a política de Assistência Farmacêutica Básica seja inserida no contexto da Atenção Básica, como uma das condições necessárias para atingir níveis adequados de resolutividade. Cumprir a recomendação feita pela Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Medicamentos de que o Poder Executivo realize estudos sobre a transformação dos serviços das farmácias (farmácias e drogarias) em "Concessões do Estado", como uma forma de reverter a caótica situação destes estabelecimentos, reduzindo os danos e abusos cometidos contra a população brasileira pelos estabelecimentos farmacêuticos.
15. Recusar (e não adquirir) medicamentos provenientes dos lotes mais antigos dos laboratórios ou indústrias farmacêuticas e outros insumos para a saúde, aceitar somente do último lote produzido.
16. Repassar imediatamente ao CES/PR o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica em vigor.
17. Efetivar o acolhimento e o atendimento humanizado ao usuário em todas as farmácias das Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.
18. Exigir que, no âmbito do governo estadual, todo e qualquer controle de decisão e compra, com ou sem licitação, e toda a tramitação de medicamentos e insumos seja da alçada e competência exclusiva da Secretaria de Estado da Saúde.
19. Atender às normas e à legislação no tocante à exigência de constar o nome do sal químico/medicamento genérico em toda a licitação ou pregão eletrônico para compra de medicamentos.
20. Exigir que haja no mínimo três farmacêuticos efetivamente em cada farmácia de Regional de Saúde para o acolhimento, dispensação e demais atividades relacionadas à atenção farmacêutica (farmacovigilância, farmacoepidemiologia).
21. Garantir farmacêuticos nas equipes das Regionais de Saúde, para coordenarem e planejarem regionalmente as atividades de Assistência Farmacêutica, assessorando os municípios e promovendo a educação continuada dos farmacêuticos.
22. Financiamento através do Estado e União para capacitação de recursos humanos na área da Assistência Farmacêutica Básica nos Estados.

23. Constituir a Comissão de Assistência Farmacêutica (farmacovigilância e farmacoepidemiologia) em todos os Conselhos de Saúde.
24. Instituir as farmácias notificadoras em todos os municípios.
25. Garantir acompanhamento médico e/ou de outros profissionais capacitados para quem recebe medicamentos do SUS.
26. Garantir os medicamentos da relação municipal de medicamentos essenciais para todos os usuários provenientes do SUS.
27. Reformulação da Política Estadual e Nacional dos medicamentos excepcionais.
28. Propor maior agilidade na dispensação de medicamentos excepcionais viabilizados pela Secretaria Estadual de Saúde.
29. Revisar e atualizar periodicamente a relação municipal de medicamentos essenciais baseados no perfil epidemiológico local tendo, a relação de medicamentos essenciais como norteadora.
30. Regulamentação da Política Estadual de Medicamentos para Alta Complexidade.
31. Garantir e fazer cumprir a entrega dos medicamentos nos prazos estabelecidos em contrato e processos licitatórios do Consórcio Paraná Saúde.
32. Atender às prioridades determinadas pela legislação no fornecimento integral de medicamentos e outros procedimentos terapêuticos para os portadores de patologias com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas já definidos pelo Ministério da Saúde, para as gestantes, crianças, adolescentes, idosos e deficientes atendidos em locais ligados ao SUS, aos portadores de HIV/AIDS e para os acometidos de câncer de qualquer forma e em qualquer estágio.
33. Atender de imediato, após parecer da Câmara Técnica as solicitações advindas da demanda do Ministério Público e de mandados judiciais, inquestionavelmente e que digam respeito às necessidades dos usuários provenientes do SUS.
34. Propor o cumprimento de que os profissionais de saúde façam prescrição legível dos medicamentos.
35. Solicitar que a Vigilância Sanitária e o Conselho Federal de Medicina, com auxílio do Ministério Público façam cumprir as Leis n.ºs. 5.991/73 e 9.787/98 que exigem dos profissionais médicos receitas legíveis, manuscritas ou datilografadas, com prescrição de medicamentos da farmácia básica (relação municipal de medicamentos), pelos nomes da Denominação Comum Brasileira.
36. Garantir agilidade e regularidade na aquisição de equipamentos, materiais e medicamentos necessários nos atendimentos aos usuários da saúde pública.
37. Garantir a construção de uma política de medicamentos e de assistência farmacêutica em todas as esferas de governo de acordo com o perfil epidemiológico local e a avaliação dos setores competentes, tendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como norteadora e promovendo o uso racional de medicamentos com o objetivo de atender a demanda existente. Os usuários devem encontrar todos os medicamentos e insumos para o seu tratamento comprovadamente eficaz e efetivo, conforme protocolos assistenciais, nas farmácias do SUS.
38. Garantir a construção de uma política de medicamentos e de assistência farmacêutica, em todas as Esferas do Governo, de acordo com as deliberações da 1ª Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, e da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, visando o uso racional de medicamentos para suprir a demanda existente, devendo os usuários encontrar

todos os medicamentos e insumos adequados e necessários para o seu tratamento nas farmácias do SUS, de acordo com o perfil epidemiológico local e a avaliação dos setores competentes, tendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como norteadora, porém não limitadora dos itens elencados.

39. Propor ao Ministério da Saúde que a discussão sobre a política de Assistência Farmacêutica Básica seja inserida no contexto da Atenção Básica, como uma das condições necessárias para atingir níveis adequados de resolubilidade.
40. Recomendar que o Ministério da Saúde financie a aquisição de glicosímetros e fitas de glicemia capilar para todos os diabéticos inscritos no programa de diabetes dos municípios, conforme determina as leis 11.347 de 27 de setembro de 2006 e Lei Estadual nº. 13.438, de 11 de janeiro de 2002.
41. Solicitar a ANVISA a padronização das cores das embalagens ou dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.
42. Propor parceria entre a ANVISA, e as indústrias farmacêuticas para a criação de embalagens em cores padronizadas e variadas, inclusive em Braille, com bula melhor detalhada e letras maiores para medicamentos de uso contínuo, facilitando a identificação dos mesmos pelos idosos e deficientes.
43. Efetivar a contratação de profissionais farmacêuticos em todas as unidades básicas de saúde que realizem a dispensação de medicamentos, garantindo aos usuários o uso correto dos mesmos.
44. Garantir a contratação de um número adequado de farmacêuticos nas secretarias municipais de saúde, para as ações de assistência farmacêutica, sendo um farmacêutico para cada 10.000 habitantes.
45. Propor que o estado não bloqueie a liberação de medicamentos de alto custo prescritos dentro das normas e protocolos do Sistema Único de Saúde - SUS.
46. Propor que os gestores municipais prestem contas dos gastos com a saúde, principalmente em audiências públicas e aos conselhos.
47. Propor que na equipe de saúde mental do município haja um farmacêutico exclusivo para trabalhar com esta dispensação.

## **TEMA 2: POLÍTICAS DE ESTADO NA ASSISTÊNCIA REGIONAL E DE FRONTEIRAS**

48. Implementação de uma página na internet com o apoio dos governos dos três países para intercâmbio de informações de interesse na área de doenças, agravos transmissíveis/zoonoses em tempo hábil referente a toda área de fronteira e regiões fronteiriças dessa tríplice fronteira. -tema: rede de informações.
49. Instituir uma política de identificação da população de famílias brasileiras que vivem fora do país em áreas de fronteira que demandam os serviços locais, através de cadastramento como forma de garantir: SAÚDE DA FRONTEIRA avaliando suas especificidades:
  - Financiamento complementar aos municípios/regiões de destino na atenção básica;
  - Ressarcimento de valores gastos na média e alta complexidade;
  - Adequado atendimento a esta população:
50. Reestruturação da rede de assistência, tendo como base as populações residentes na região de fronteiras, brasileiros e população flutuante residentes no estrangeiro, mediante a participação financeira do estado e da união.

51. Formulação e condução de maneira diferenciada pelo Ministério da Saúde, dos programas, aplicação dos recursos e atendimentos aos portadores do HIV/AIDS nos municípios que fazem fronteiras com outros países, levando em consideração as condições e acordos internacionais.
52. Definir e garantir o processo de regulação de leitos dos municípios e estado.
53. Agilizar encaminhamentos de pacientes, garantindo as vagas para internamentos eletivos.
54. Agilizar a liberação de leitos hospitalares de urgência e emergência pela Central de Leitos.
55. Reavaliar o sistema regulatório do estado, com a criação de uma central de leitos, com profissionais suficientes para funcionamento 24 horas e atendimento regionalizado em todo o estado.
56. Destinação de mais recursos para atender além do caiçara, pescadores artesanais e família às populações flutuante, idosos, turistas e municípios fronteiriços de outros estados.
57. Transformar o hospital já existente em Foz do Iguaçu em hospital regional, com contrapartida do estado do Paraná, terminando sua construção o mais rápido possível.
58. Ampliação do numero de equipes de PSF- Programa Saúde da Família e da abrangência para todas as regiões de fronteira e portuários.
59. Retomar o cadastramento dos pacientes do SUS, dando continuidade à produção de cartões magnéticos para a utilização como documento de identificação municipal.
60. Garantir a continuidade do processo de fortalecimento dos centros de referência de média complexidade através de parcerias com consórcios, com aporte de recursos dos três níveis de governo.

### **TEMA 3: POLÍTICAS DE ESTADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ACESSO AO SUS**

61. Facilitar em todos sentidos o acesso as pessoas com deficiência, em Unidades de saúde, Clínicas e Hospitais Conveniados ao SUS (banheiros adaptados, balcões com altura apropriada, funcionários com conhecimento em línguas de sinais "Libra" etc.), adequando todas as Unidades de Saúde garantindo acessibilidade as pessoas com deficiências contemplando o ambiente interno, externo e os ambientes comuns.
62. Orientar nos serviços credenciados e instalar nos serviços próprios, sinalização sonora, tátil e visual, conforme as normas da ABNT-NBR 9050.
63. Disponibilizar macas adaptadas, com altura regulável, para facilitar o atendimento ao paciente com deficiência, nos serviços próprios e exigir o mesmo para os serviços credenciados e conveniados aos SUS.
64. Realizar Conferências e eventos relacionados a saúde apenas em locais acessíveis a pessoa com deficiência.
65. Fortalecer as políticas públicas de saúde com o apoio das universidades e instituições de pesquisa no desenvolvimento de novas estratégias, visando a promoção de ações educativas e preventivas voltadas a prevenção das deficiências desde a infância.
66. Implantar programa e manter sistemas de informação e análise relacionados a situação de saúde e das ações dirigidas a pessoa com deficiência.
67. Disponibilizar materiais educativos para pessoas com deficiência em BRAILLE, Fitas Cassetes, disquete, CD e língua brasileira de sinais.
68. Esclarecer para a população em geral através de ações educativas (cartilhas), a diferença entre Doença mental (assistida pelo programa saúde mental) de deficiências (Mental, Física, Auditiva, Paralisia Cerebral (PC) e Visual).

69. Implementar o sistema de informações da SESA permitindo a caracterização do usuário com deficiência no cartão Saúde.
70. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção de saúde da pessoa com deficiência.
71. Implantar o teste da orelhinha e olhinho em recém nascidos para a prevenção de doenças auditivas e oculares encaminhando para tratamento.
72. Garantir e intensificar precocidade das ações de detecção, avaliação, tratamento, reabilitação e inclusão em todos os ciclos de vida e em todos os níveis de atenção.
73. Capacitar as equipes de saúde para orientar os lesados medulares recentes, quanto aos cuidados de controle intestinal, vesícula, escaras e outros.
74. Capacitar equipe da saúde no atendimento a pessoa com deficiência.
75. Implantar o Cadastro de Usuário com deficiência; tipo e causa com finalidade a diagnosticar as incidências para trabalhar uma prevenção mais direta e ativa, bem como levantar as demandas em Saúde.
76. Realizar nas três esferas de governo conferência de saúde da pessoa com deficiência, abordando a prevenção a deficiência e promoção a saúde da pessoa com deficiência.
77. Implantar no Cadastro de Nascidos Vivos o campo da deficiência, discriminando as anomalias.
78. Criar no Conselho Estadual a comissão da saúde da pessoa com deficiência.
79. Criar o Cadastro Nacional da Pessoa com Deficiência a partir do SUS, de forma a localizar e identificar as causas para um trabalho de prevenção ativa e real, bem como identificar a demanda.
80. Disponibilizar nas farmácias básicas e na farmácia popular os medicamentos para tratamento de conjuntivite e os medicamentos oftalmológicos.
81. Solicitar ao Ministério da Saúde a implantação imediatamente a portaria que assiste as pessoas com deficiência visual nos mesmos moldes das já existentes (Físico e Auditivo).
82. Viabilizar um protocolo para encaminhamento de gestantes com histórico de deficiência Genética na família para orientação genética.
83. Intensificar as ações de prevenção a Rubéola e Toxoplasmose com linguagem de fácil acesso, bem como em BRAILLE e língua de sinais (Libra).
84. Fiscalizar e fazer cumprir o protocolo de dispensação de órtese e prótese, conforme o PAC.
85. Inaugurar e ativar o centro de reabilitação do Paraná permitindo que a dispensação de órteses e próteses obedecendo as normas de vigilância em saúde.
86. Diminuir a demanda reprimida na dispensação de órteses e próteses do SUS no Paraná .
87. Penalizar efetivamente os gestores de saúde que deixam de cumprir metas pactuadas relacionadas à prevenção da saúde, desviando recursos e profissionais desta área para atividades de recuperação (medicina curativa).
88. Regulamentar a dedicação exclusiva para servidores que atuam nas áreas de vigilância em saúde (vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, nutricional e de ambientes de trabalho).
89. Cobrar efetiva contrapartida do estado e municípios para o financiamento de ações de caráter preventivo em saúde.

90. Implantar campanhas de educação em saúde em mídia impressa, radiofônica e televisiva, financiada pelo estado, incentivando a população a adotar hábitos saudáveis, colaborar com ações de vigilância em saúde e sobre a importância desta área.
91. Promover campanhas junto aos profissionais de saúde para o uso racional dos recursos tecnológicos de diagnóstico, terapia entre outros, especialmente quanto ao uso racional de medicamentos, solicitações de exames clínicos e laboratoriais.
92. Reforçar campanha aos usuários do SUS quanto aos seus direitos, porém também quando aos seus deveres, tornando estes colaboradores quanto ao uso racional dos recursos do SUS.
93. Firmar convênio com a Secretaria de Educação e outros órgãos para fomentar a educação em saúde já na infância, com conseqüente melhoria de vida a curto e médio prazo.
94. O estado deve aumentar/reactivar a produção de folhetos, cartilhas, cartazes e outros materiais educativos para distribuição em campanhas educativas pelos municípios.
95. Implantar Programa Estadual de Educação Alimentar e Nutricional, a todos os ciclos de vida, visando a prevenção de doenças crônico-degenerativas (DANTS), desmame precoce e carência nutricional.
96. Implantar e implementar ações de promoção em saúde bucal e disponibilizar além da atenção básica em saúde bucal a recuperação odontológica especializada.
97. Garantir a inclusão da equipe de saúde bucal a equipe de saúde da família, quando da habilitação desta, em uma mesma portaria, garantindo assim a implantação de uma única equipe multidisciplinar com o objetivo de otimizar a intervenção destas duas equipes.
98. Incluir nas equipes de saúde da família, como membros no apoio direto as equipes de PACS/PSF, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, implantando mecanismos de controle para o cumprimento de metas e jornadas de trabalho, com controle social.
99. Incentivar os gestores do SUS para que realizem permanentemente campanhas de divulgação e promoção de saúde através de folhetos, cartilhas, cartazes e outros materiais, além de implementar a internet como espaço de divulgação e educação.
100. Intensificar e estimular as campanhas de prevenção de câncer em homens e mulheres, especialmente do câncer cérvico-uterino, de mama, de próstata e câncer bucal, visando reduzir a morbimortalidade daqueles de maior prevalência.
101. Priorizar exames preventivos do câncer de próstata para homens acima de 35 anos.
102. Garantir atendimento de assistência à saúde a todas as detentas e detentos de todos os distritos policiais do Paraná, dentro do próprio distrito policial, pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná de acordo com a Lei, criando grupo de estudo para avaliação da infra-estrutura de atendimento aos detentos cumprindo a legislação que regulamento a assistência aos detentos.
103. Solicitar a Comissão Intergestores Bipartite normas de encaminhamento das Prefeituras da Região para humanização do atendimento ao paciente.
104. Proporcionar a implementação da Portaria MS 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, a implantação e implementação das ações e serviços relativos à acupuntura, homeopatia, fitoterapia e termalismo.

105. Capacitação e aprimoramento dos servidores da saúde sobre o uso das plantas medicinais no tratamento da saúde.
106. Garantir nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), através do sistema de saúde, o fornecimento de leite especial para crianças que apresentam intolerância à lactose ou outra patologia que contra-indique o uso de leite.
107. Rever/atualizar a tabela de recursos referentes à Portaria nº. 055/99 – Tratamento fora do Domicílio (TFD) – passagens, alimentação, pernoite – para pacientes que necessitam de tratamento especializado em serviços de referência médica (média e alta complexidade).
108. Gestionar junto ao estado e união a adequação do número de leitos de UTIs de acordo com a demanda da região.
109. Ampliar o número de leitos e vagas em UTIs no âmbito regional, conforme a necessidade dos mesmos.
110. Disponibilidade de mais UTI móvel no estado para agilizar o processo de transferência dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência deste serviço, sendo uma UTI neonatal e uma UTI adulto.
111. Ampliação de 4 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários, 5 leitos de Unidade de Recuperação Intensiva, 7 leitos de Unidades de Terapia Intensiva para adultos e aumento de leitos cirúrgicos no HUOP (Hospital Universitário do Oeste).
112. Ampliação de 90 leitos no HUOP devido ao fechamento dos demais leitos SUS de Cascavel.
113. Credenciamento de Cirurgias Bariátricas no HUOP.
114. Fortalecer as políticas públicas de saúde, conforme estabelecida na Constituição Federal, tornando a participação dos setores privados e filantrópicos apenas complementar ao SUS.
115. Credenciar Unidade de Cuidados Paliativos para abrigar pacientes fora de possibilidade terapêutica, mas que necessitam permanecer sob cuidados especiais.
116. Disponibilizar na rede SUS tratamento oftalmológico a laser para diabéticos.
117. Fortalecer a atenção básica pela Estratégia Saúde da Família e gerenciar, junto ao estado, auxílio para custeio do Programa Saúde da Família.
118. Exigir cumprimento integral do constante da Portaria MS 648 sobre a Atenção Básica, principalmente no tocante às equipes do Programa de Saúde da Família.
119. Proibir e denunciar ao Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Ministério Público, Tribunal de Contas e Controladoria Geral da União de toda e qualquer irregularidade nas equipes do Programa de Saúde da Família, entre as quais redução da carga horária dos profissionais, desvios de função, equipes incompletas e o não cumprimento da Portaria MS 648.
120. Ampliar o quadro de trabalhadores no Programa de Saúde da Família, com outras categorias profissionais (fisioterapeuta, nutrólogo, nutricionista, psicólogo, serviço social).
121. Priorizar as áreas mais carentes dos municípios com o Programa de Saúde da Família.
122. Incorporar à atenção Básica, ações de vigilância sanitária integradas aos procedimentos na rede básica, em especial pelas equipes de saúde da família, com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo aqueles relativos ao consumo de bens e serviços e as interações com os ambientes de trabalho e de vida.
123. Fomentar a adequação/implementação de PSF com a informatização das unidades.

124. Fortalecer, em parceria com o estado, a capacidade de resposta aos agravos de hanseníase e tuberculose.
125. Inserção do terapeuta ocupacional em todos os níveis de assistência do SUS, nos âmbitos de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.
126. Garantir ações adequadas de saúde preventiva bem como cuidados especiais com os agrotóxicos (crianças, jovens e idosos).
127. Fazer cumprir a Política Nacional de Humanização visando a melhoria do acolhimento, do atendimento e desenvolvimento de ações.
128. Garantir a implementação do Programa HumanizaSUS em todo o Estado do Paraná nos serviços de saúde com todos os profissionais de saúde.
129. Proibir que os municípios que são “referências regionais ou estaduais” para alta complexidade assinem os seus termos de compromisso de gestão sem pactuar simultaneamente nas Bipartites Regionais (ou Colegiados de Gestão Regionais) a PPI (Programação Pactuada Integrada).
130. Gestionar para que em todos os convênios e contratos firmados pelo SUS, sejam respeitado seus princípios e diretrizes, principalmente em relação a universalidade, integralidade e controle social.
131. Exigir do médico, qualidade no atendimento aos pacientes do SUS, estipulando tempo mínimo para as consultas médicas e a permanência do referido profissional na Unidade durante o tempo ou carga horária.
132. Viabilizar e garantir convênios municipais, estaduais ou federais entre gestores de saúde e entidade filantrópicas sem fins lucrativos, que prestam atendimentos complementares (pré e pós-cirúrgico), para reabilitação e inclusão das pessoas com fissura labiopalatina, conforme garantido artigo 199, parágrafo 1º da Constituição Federal e no artigo 25 da Lei 8.080/90.
133. Condicionar o título de Filantropia dos hospitais de referência na alta complexidade do Paraná, ao atendimento de média complexidade.
134. Formular plano específico para cada política de saúde na esfera da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, inclusive com dotação orçamentária.
135. Fazer valer a Lei que viabiliza a laqueadura na estrutura do SUS após 42 (quarenta e dois) dias do parto como preconiza a cartilha da gestante em Hospital de Média Complexidade em casos prioritários, como por exemplo: hipertensão arterial, multiparidade, HIV(+), doenças psicossomáticas e mentais, deficientes, DM e outras patologias relacionadas às gestantes de risco.
136. Resolver o represamento de cirurgias eletivas.
137. Agilizar a obrigatoriedade do Teste da Orelhinha nos hospitais públicos e particulares.
138. Criar programa de prevenção da gravidez precoce e da maternidade e paternidade indesejadas.
139. Implementar a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos.
140. Ampliação das vagas para exames de Ressonância Magnética.
141. Gestionar junto ao Estado a melhoria da infra-estrutura (recursos humanos, equipamentos e área física) do Instituto Medico Legal para captação de córneas para transplante, bem como priorizar a remoção e necropsia e liberação de corpos, cujas famílias autorizam a doação de órgãos e tecidos para transplante.
142. Promover atividades e campanhas que ampliem o número de doadores e captação de órgãos com apoio das secretarias municipais de saúde e da Central Estadual de Transplantes e parceiros.

143. Implementar a informatização em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde e interligá-las dentro de cada município.
144. Viabilizar e garantir convênios municipais, estaduais e federais com entidades beneficentes que prestam atendimentos complementares de reabilitação na área de fonoaudiologia, psicologia, otorrino, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.
145. Exigir dos hospitais conveniados ou contratualizados a cessão gratuita de vagas em instalações reservadas a outros convênios ou a usuários particulares quando, em situação de urgência ou de emergência, não houver vagas nos leitos do SUS, conforme determinam as normas e a legislação.
146. Providencias imediatas dos Conselhos Estadual e Nacional de Saúde, dentro de suas competências, para o cumprimento da Portaria 1737 de 19 de agosto de 2004 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde – SUS, incluindo o aumento das cotas do SUS para o setor público.
147. Consolidar o Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM como referência regional de alta complexidade e estratégico para a construção do SUS, respeitando o papel do HUM como uma instituição voltada ao ensino, pesquisa, extensão e assistência referenciada à saúde.
148. Manutenção do HUM como porta de entrada para urgência referenciada, com o devido respeito aos critérios de referência e contra referência pré-estabelecidos, para o Município de Maringá e região.
149. Garantir o cadastramento do Hospital Universitário Regional de Maringá nas atividades que já realiza: gestação de alto risco, urgência e emergência, a ser encaminhada a CES.
150. Priorizar o cadastramento de instituição pública, Hospital Universitário de Maringá HUM, conforme determina a Lei nº. 8.080 nas seguintes áreas: oncologia, hemodiálise, unidade de transplante de medula óssea (portaria nº. 1316/GM, de 30 de novembro de 2000) e terapia nutricional (portaria nº. 131, de 08 de março de 2005).
151. Reforçar e estimular a inserção de ações de promoção de saúde na atenção básica, com ênfase ao incentivo à atividade física, práticas corporais, alimentação saudável, prevenção e controle de tabagismo, ambiente livres de cigarro, cultura da paz e ambientes saudáveis.
152. Implementar as recomendações da portaria específica do Ministério da Saúde que trata da assistência domiciliar aos pacientes que necessitam de cuidados multiprofissionais.
153. Diante da construção dos significados das relações, em especial as de gênero, e da sua diversidade na contemporaneidade, como a exemplo, a nova construção do segmento das travestis, transexuais e transgêneros, é imprescindível que o gestor da saúde passe a encará-los como constituintes do nosso tempo e incluí-los na lógica da atenção à saúde do SUS. Para tanto, recomendamos ao MS que garanta as condições para efetivar a avaliação e encaminhamento para cirurgia de readequação sexual para as/os transexuais; e acompanha mento hormonal na transformação do corpo.
154. Maior assistência à Saúde no Estado do Paraná.
155. Ampliação da oferta de especialidades médica e equipamentos.
156. Disponibilizar pelo estado maior número de consultas especializadas e exames de alta complexidade.
157. Reformulação do sistema de cotas de vagas de especialistas para a capital/interior, com especialidades médicas e odontológicas, contempladas pelo SUS.
158. Fortalecer as políticas públicas de saúde, a partir da maior articulação entre a união, estados e municípios.

159. Disponibilizar através do LACEN a realização de exames para diagnóstico epidemiológico de agravos de controle da saúde pública e que o estado garanta os insumos necessários para a realização destes exames.
160. Estabelecer parceria entre estado e município para implantação de um hospital municipal em Cascavel.
161. Transformar o hospital de dermatologia do Paraná/ Hospital São Roque, em parceria com o município de Piraquara, em Centro de Referência Estadual em capacitação e educação permanente em prevenção de incapacidade física em hanseníase.

#### **TEMA 4: POLÍTICAS DE ESTADO NA ATENÇÃO À CRIANÇA E ADOLESCENTE**

162. Ampliar campanhas educativas quanto ao uso de medicamentos, e guarda correta, com linguagem voltada especialmente às crianças e adolescentes, buscando diminuir a cultura da necessidade de medicamentos em nossa sociedade.
163. Garantir acesso à política de práticas terapêuticas integrativas e complementares à criança e aos adolescentes, visando diminuir a cultura da necessidade do uso de medicamento em nossa sociedade.
164. Implantar conforme recomenda a Política de Direito Sexuais e Reprodutivos, orientações sobre gravidez precoce e indesejadas com linguagem voltada aos adolescentes.
165. Implantar período integral nas escolas, contando com parcerias das três esferas de governo, onde sejam desenvolvidas ações como vigilância e educação nutricional, vigilância em saúde, cursos profissionalizantes, artes, esportes e lazer com a inclusão da família na escola.
166. Estimular a implementação de Ambientes Livres de Cigarro nas instituições públicas e privadas.
167. Implantar o plano estadual de alimentação e nutrição, integrando os programas municipais estaduais e federais de combate a desnutrição.
168. Promover políticas públicas de saúde voltadas a criança e ao adolescente, com articulação intersetorial e com base nas determinantes sociais de saúde.
169. Promover políticas públicas de saúde voltadas a criança, ao adolescente, com atenção especial as pessoas com deficiência, com articulação intersetorial e com base nas determinantes sociais de saúde.
170. Elaborar um projeto em parceria com a Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação para a área de prevenção da saúde das séries de 1ª a 4ª e ensino fundamental e médio.
171. Viabilizar e garantir convênios municipais, estaduais e federais com entidades que prestam atendimentos complementares (pré e pós-cirúrgico) para total reabilitação e inclusão da criança e do adolescente com fissura labiopalatina e com deficiência conforme o que garante o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no capítulo 1º, artigos 7º e 11º.
172. Criar instituição estadual com equipe multiprofissional para atendimento e recuperação de crianças, jovens e adolescentes dependentes químicos.
173. Viabilizar a criação de CAPS infantil nos municípios do Paraná que atingirem todas as exigências e que os que não atingirem os requisitos sejam apoiados pelos municípios mais próximos, através de parcerias, subsidiados pelas três esferas de governo.
174. Garantir atenção integral a saúde da criança e adolescente com ações intersetoriais, nas áreas de prevenção, promoção, assistência, recuperação e reabilitação.

#### **TEMA 5: POLÍTICAS DE ESTADO EM RELAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS**

175. Exigir que os Planos Estaduais de Saúde, Programações Anuais, Relatórios de Gestão, as propostas de Leis Orçamentárias, a Política de Recursos Humanos e os contratos/convênios firmados pelos gestores do SUS sejam submetidos à análise prévia e aprovação do CES-PR, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.
176. Estabelecer que os ocupantes de cargos de chefia (cargos de confiança, em comissão ou outros) não poderão representar o segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de saúde. Estes deverão integrar o segmento dos gestores do SUS.
177. Estabelecer que as entidades que recebem recursos públicos para a prestação de serviços de saúde – através de convênios, subvenções ou outras formas de financiamento – não representem o segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde nos Conselho e Conferências de Saúde. Estas entidades deverão integrar o segmento dos prestadores de serviço de saúde.
178. Exigir que todas as decisões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB-PR) sejam submetidas à análise e aprovação do CES-PR.
179. Exigir o cumprimento das resoluções das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais da área da saúde, que determinam a criação de Conselhos locais em todas as unidades básicas de saúde e conselhos gestores nos ambulatórios de especialidades e hospitais públicos ou conveniados, incluindo hospitais universitários e consórcios intermunicipais de saúde, garantindo seu caráter deliberativo e a representação, no mínimo, paritária de usuários e trabalhadores de saúde.
180. Estabelecer a integração da Ouvidoria Estadual do SUS ao CES-PR, instituindo como atribuição da Ouvidoria a apresentação sistemática de relatórios periódicos ao CES-PR, informando detalhadamente o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas.
181. Implantar um programa contínuo de capacitação, informação e atualização dos conselheiros de saúde.
182. Realizar, também nos municípios e regionais de saúde, conferências temáticas, para discutir de forma mais aprofundada e ampla dos temas de saúde locais e regionais.
183. Realizar capacitação para os gestores de saúde e legisladores municipais sobre o papel e regulamentação dos conselhos municipais de saúde, para diminuir a pressão negativa destes nos CMS.
184. Incentivar que os CMS's implantem comissões técnicas permanentes, em especial as que tratam sobre Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e saúde ambiental.
185. Realizar, a partir de 2008, Seminários Municipais e Regionais sobre Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, com participação dos representantes dos usuários, gestores de saúde, trabalhadores, prestadores, Ministério Público, Juízes, para esclarecer sobre como funciona a assistência farmacêutica no SUS, propor melhorias e buscar formas de coibir abusos e corrigir falhas na Assistência Farmacêutica no SUS e como eventos preparatórios para a II Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.
186. Assegurar assessoria jurídica e contábil em todos os Conselhos de Saúde.
187. Exigir dos Governos Federal, Estaduais e Municipais o cumprimento de todas as deliberações em conferências de saúde, assegurando sempre que na próxima conferência, inserida na programação, seja efetuada a prestação de contas das implementações referente a conferência anterior.
188. Cumprir as diretrizes das Conferências nos três níveis de governo e as resoluções dos conselhos de saúde nos três níveis de governo.

189. Divulgar amplamente as propostas aprovadas (deliberações) desta Conferência.
190. Divulgar nas próximas Conferências de Saúde as propostas deliberadas cumpridas e justificar as que não foram implementadas.
191. Fazer cumprir as deliberações de Conferências de Saúde referentes à carga horária máxima semanal de 30 horas sem prejuízo ao atendimento dos usuários com exceção das categorias profissionais com cargas horárias semanais menores já definidas por leis. Instituir em todos os Conselhos de Saúde comissões permanentes, qualificadas, com condições de fiscalizar e dar parecer sobre ações e serviços 131/207.
192. Instituir em todos os Conselhos de Saúde comissões permanentes, qualificadas, com caráter de analisar Planos de Saúde, Agendas de Saúde, Quadro de Metas, Prestação de Contas, Relatório de Gestão, Relatórios de Auditoria e dar parecer.
193. Divulgação maciça do direito a acompanhante para os pacientes acima de 60 anos e pessoa com deficiência, internados em todos os Serviços de Saúde, inclusive nos Hospitais Públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde.
194. Recomendar aos órgãos competentes, buscar parcerias a fim de implementar ações educativas sobre a prevenção de acidentes de trânsito e violência urbana na mídia em geral.
195. Implementar as campanhas educativas para o uso de equipamentos de segurança pessoais e dos veículos.
196. Realizar campanhas educativas em relação aos riscos para a saúde humana e ambiental quanto aos produtos químicos utilizados na indústria e atividades agropecuárias.
197. Promover campanhas educativas que visem a necessidade da aquisição de Libras - Língua Brasileira de Sinais pelos profissionais de saúde.
198. Estabelecer que os ocupantes de cargos de chefia (cargos de livre provimento, em comissão, confiança ou outros) não poderão representar o segmento dos trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de saúde.
199. Incentivo pelo Conselho Estadual de Saúde aos Conselhos Municipais de Saúde para incorporar os movimentos sociais organizados, estimulando a adesão de novas entidades, como forma de fortalecimento e integração ao Controle Social.
200. Promover o acesso da população às informações de saúde, diretrizes do SUS, seus princípios, divulgando nos Conselhos de Saúde os resultados das Conferências de Saúde e através da mídia.
201. Realizar as Conferências nas três esferas, a cada 2 anos.
202. Manifestar contrariamente, à inclusão no orçamento da saúde de qualquer Programa de Governo que coloque em risco os princípios constitucionais do SUS e exigir que o mesmo seja efetivado como Política de Estado, tal como foi concebido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.
203. Capacitação dos conselheiros de saúde imediatamente após sua posse e de forma permanente, através das três esferas de governo.
204. Determinar que os Conselhos Municipais de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde fiscalizem, de fato, o cumprimento da Lei 10.216/2001.
205. Assegurar o envolvimento através de sensibilização de todos os Conselhos de Saúde no processo de discussão, avaliação e monitoramento em relação às DST/HIV/AIDS através da SESA e das SMS.

206. Monitorar e avaliar os indicadores para promoção da saúde constante nos pactos firmados pelas três esferas de governo, em conjunto com os Conselhos de Saúde.

#### **TEMA 6: POLITICAS DE ESTADO NAS DST AIDS**

207. Instituir programa de acompanhamento farmacoterapêutico realizado por farmacêuticos aos portadores de DST/AIDS para que o tratamento seja rigoroso, conscientização dos pacientes possibilitando a ele (a) melhor qualidade de vida, e evitar dessa forma a necessidade de internamentos e a conseqüentemente sua morte prematura.
208. Capacitar os farmacêuticos quanto à implantação de programa de (atenção) cuidados farmacêuticos para pacientes com DST/AIDS e usuários com deficiências.
209. Garantir a presença de farmacêuticos nas unidades de referência para o tratamento de DST/AIDS.
210. Ampliar campanhas de esclarecimento à sociedade sobre os riscos de se contrair DST/AIDS, e a dificuldades no tratamento.
211. Implantar programa de educação e orientação sanitária envolvendo as farmácias privadas: Realizando campanhas de orientação em massa e no trabalho individual que muitas doenças podem ser evitadas, acompanhadas e/ou controladas. Neste sentido já há programas previstos pelo próprio Ministério da Saúde como a inserção das Farmácias privadas no programa de prevenção das DST/AIDS e, em muitos municípios as farmácias já estão inseridas em programas de controle e orientação a Hipertensão. Podem ser incluídos programas de acompanhamento de gestantes, planejamento familiar, métodos contraceptivos, de higiene pessoal e residencial, proteção de fontes e reservatórios d'água, destino de lixo, orientação alimentar, etc.
212. Assegurar e garantir o cumprimento do protocolo de realização dos exames VDRL, HIV às gestantes durante o pré natal, com qualidade no aconselhamento através das equipes de Atenção Básica.
213. Garantir financiamento e incentivar projetos de pesquisa em parcerias com as universidades no campo de DST/HIV/AIDS com vistas ao levantamento de perfil epidemiológico regionais.
214. Propor ao Programa Nacional DST/AIDS o estímulo à pesquisa para a produção nacional de preservativos femininos, visto que é um insumo importante para a prevenção de DST/AIDS, garantindo distribuição ampla e em quantidade suficiente.
215. Continuidade do incentivo federal para Casas de Apoio para pessoas vivendo com HIV/AIDS no Paraná.
216. Implantar e garantir a realização do teste rápido em todas as maternidades às gestantes que não tenham sido testadas com dois testes no pré natal.
217. Desenvolvimento de ações de prevenção em DST/HIV/AIDS nos programas de atenção à saúde do idoso e deficiente, com trabalhos de educação em saúde.
218. Implantação e ampliação do atendimento domiciliar terapêutico para doentes de AIDS nos 26 municípios que recebem Plano de Ações e Metas- PAM.
219. Garantir na construção do PAM, o cumprimento da portaria 2313 e constituição da comissão de DST/AIDS nos Conselhos de Saúde.
220. Incluir no Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) as metas e ações referentes às DST/HIV/AIDS, na prioridade 4 (doenças emergentes), do Pacto Pela Vida.
221. Garantir a continuidade da construção da rede de atenção às DST/AIDS nos níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

222. Elaboração de um protocolo de Assistência em Saúde Mental, pela SESA em parceria com as ONGs, considerando as ações de prevenção às DST/HIV/AIDS, bem como as de redução de danos.
223. Ampliação do 3º Seminário Estadual de DST/HIV/AIDS e Controle Social no SUS, a outros atores sociais com maior carga horária.
224. Garantir que com recursos dos PAMs dos 26 municípios, sejam realizados Seminários Municipais de Controle Social X DST/HIV/AIDS, anualmente.
225. Garantir e incentivar a parceria entre ONGs e municípios/SESA, para o desenvolvimento de ações em prevenção em DST/HIV/AIDS.
226. Garantir a aplicação da lei quando houver a quebra do sigilo individual, na realização do exame HIV.
227. Descentralização dos recursos oriundos do Ministério da Saúde ao Programa de DST/HIV/AIDS Estadual, para mais quatro municípios que não recebem recursos do PAM, com maior incidência de casos nos últimos 5 anos, de no mínimo R\$50.000,00 e contrapartida de R\$20.000,00 dos municípios.
228. Municipalização de projetos em programas de redução de danos do Estado do Paraná, priorizando os municípios onde os mesmos já existem.
229. Financiamento através dos recursos próprios do Programa Nacional de DST/HIV/AIDS para a realização do Encontro Macro Regional Sul e Controle Social.
230. Garantir através das Secretarias Municipais de Saúde os insumos de prevenção de DST/HIV/AIDS para a população carcerária (cadeias públicas e distritos policiais).
231. Desmistificar com palestras específicas que as DST/AIDS acometem somente pessoas jovens.
232. Promover campanhas de prevenção de DST/HIV aos idosos, com conscientização dos agravos.
233. Assegurar e garantir que os municípios que receberem os recursos para manutenção das casas de apoio para pessoas vivendo com HIV Aids agilizem o repasse dos mesmos, tornando-os menos burocráticos.
234. Garantir e assegurar que as populações indígenas, quilombolas, assentadas, acampadas, populações das periferias urbanas e privada de liberdade, participem da política de educação permanente as práticas de cuidado, redução de danos, prevenção a deficiência com promoção de saúde e no enfrentamento na epidemia de HIV/AIDS.
235. Manifestar apoio e defesa exigindo o fortalecimento e qualificação do controle social na temática da epidemia DST/HIV/AIDS em toda região do Brasil.
236. Manifestar apoio e defesa da promoção de ações educativas e de comunicação com os recursos federais que possibilitam o enfrentamento às DST/HIV – AIDS fortalecendo parcerias intersetoriais e intrasetoriais para o desenvolvimento de ações voltadas as informações, mobilização, participação, efetivo controle social, com vistas a garantir direito/deveres a saúde de toda população brasileira.

**TEMA 7: POLÍTICAS DE ESTADO NAS QUESTÕES DE AGENDA DE SAÚDE, AUDITORIA INTERNA E REGULAÇÃO, FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, PACTO DE GESTÃO, PLANOS DE SAÚDE, PRESTAÇÃO DE CONTAS, RELATÓRIO DE GESTÃO E SIOPS**

237. Rever o financiamento dos hospitais de pequeno porte, criando mecanismos de avaliação de sua resolutividade e a partir daí buscar viabilizar seu funcionamento.
238. O Estado deve implantar e capacitar equipes para regulação e auditoria da utilização de recursos do Sistema Único de Saúde, para evitar desvios de finalidade, em especial quanto aos recursos destinados à área preventiva.

239. Bloquear o repasse de recursos financeiros para o Estado e aos municípios que não estejam alimentando o sistema SIOPS.
240. Implantar o financiamento fundo a fundo para a estruturação e organização da Assistência Farmacêutica, para possibilitar a organização das farmácias municipais, mantendo equipes adequadas para atender a população.
241. Ampliar o financiamento fundo a fundo para a estruturação e organização da Área de Vigilância em Saúde.
242. O Estado do Paraná deve aplicar recursos próprios, previstos no orçamento Estadual, para o financiamento de áreas preventivas de saúde, em especial Vigilância em Saúde, com apoio financeiro, logístico e de equipamentos.
243. Capacitar os gestores e trabalhadores de saúde para assuntos relacionados à Vigilância em Saúde, como uma forma de valorizar esta área.
244. Cobrar da Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite a inclusão de indicadores na área de Assistência e de Vigilância Sanitária, nas metas e indicadores do Pacto pela Saúde e Programa de Ações Prioritárias – PAP.
245. Lutar pela aprovação do PLC nº01/03, que regulamenta a Emenda Constitucional nº29 – EC-29, nos termos já aprovados pelas comissões da Câmara Federal, a qual fixa fontes de financiamento para o SUS, permitindo a definição clara do que é gasto na saúde, cobrando o posicionamento da base parlamentar do PR na Câmara e Senado Federal.
246. Lutar pelo fim da Desvinculação de Receitas da União – DRU, que retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados à área social, a pretexto de atender as metas de superávit primário. A DRU expira em 31/12/07, e sua renovação deve ser combatida, tendo em vista a nocividade que representa para o financiamento das políticas sociais.
247. Continuar encaminhando, através do CES-PR, pedido de providências ao Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde face ao persistente descumprimento da EC-29 no Paraná.
248. Exigir que a totalidade dos recursos financeiros do SUS-PR (próprios e transferências) estejam alocada no Fundo Estadual de Saúde, submetendo-os à deliberação do CES-PR, prevendo sua aplicação nos Planos de Saúde e prestando contas nos Relatórios de Gestão, com a imediata revogação do Decreto 038 de 25 de janeiro de 2007, pois o smo é uma demonstração clara do desfinanciamento e esfacelamento dos recursos do SUS.
249. Exigir que a elaboração do Plano Estadual de Saúde, a ser analisado e aprovado pelo CES-PR, atenda os critérios preconizados pela Portaria MS nº. 3.332/06, contemplando os seguintes itens:
250. O Plano de Saúde deverá compreender dois momentos: a análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos;
251. Contemplará todas as áreas da promoção, atenção e recuperação à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção, contemplando as deliberações das 7ª e 8ª Conferências Estadual de Saúde e;
252. Conterá todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão.
253. Estabelecer no Plano Estadual de Saúde a previsão de recursos para a expansão da rede pública de saúde de média e alta complexidade, estabelecendo percentuais decrescentes para a compra de serviços privados de saúde.

254. Exigir que os Planos de Saúde, Programações Anuais, Relatórios de Gestão, propostas de Leis Orçamentárias, Política de Recursos Humanos e os contratos/convênios firmados pelos gestores do SUS sejam submetidos à análise prévia e aprovação dos Conselhos de Saúde, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.
255. Exigir que a SESA-PR mantenha atualizado os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.
256. Solicitar à Assembléia Legislativa que recomende ao Tribunal de Contas do Paraná, que estabeleça como critério para as prestações de contas do setor saúde dos municípios e estado, a apresentação de certificação da análise da prestação de contas pelos respectivos Conselhos de Saúde, com o parecer técnico de auditor indicados pelos respectivos Conselhos de Saúde municipal e ou estadual e, através de ofício solicitando empenho para pagamento da prestação dos serviços pelo gestor estadual e ou municipal.
257. Implantação e/ou implementação dos serviços de auditoria no estado, municípios e regionais de saúde.
258. Criação da carreira de auditor, preferencialmente dentro do PCCS do SUS, com característica multiprofissional e formação específica.
259. Os cursos de instrumentação cirúrgica devem exigir como pré-requisito para ingresso a formação mínima de técnico em enfermagem, uma vez que quando este profissional é contratado pelos hospitais, a supervisão de suas atividades é feita pelo profissional enfermeiro.
260. Incrementar/aumentar os investimentos com recursos do Estado, Municípios e União nos programas de Atenção Básica (PSF,PACS,ESB), visando fortalecê-la como porta de entrada única na atenção básica e que estes programas tornem-se obrigatórios e contínuos por parte dos gestores.
261. Fazer revisão anual do teto financeiro dos municípios conforme a demanda.
262. Ampliar os repasses do Ministério da Saúde e do Governo Estadual em pelo menos 50% dos valores atuais.
263. Aumento de teto financeiro e credenciamento para atender a demanda de pacientes nos serviços credenciados ao SUS evitando tratamento fora do domicílio.
264. Gestionar junto ao Governo Federal e Estadual, estudo, revisão e adequação do teto financeiro do Estado do Paraná e dos municípios para os recursos repassado “Fundo a Fundo” não considerando apenas a densidade populacional.
265. Aumento de teto financeiro da média complexidade e garantia de cobertura de exames de alta complexidade, tais como: Densitometria Óssea e Ressonância Magnética.
266. Exigir das duas esferas de governo (Estado e União) os recursos necessários para o pagamento dos cepas (Sistema de Informação de Procedimento de Alto Custo) de cada prestador conforme cadastro no Ministério da Saúde.
267. Assegurar junto às esferas de governo Estadual e Federal os recursos necessários para o pagamento, de acordo com o custo real, dos procedimentos (ambulatoriais e internados), medicamentos e materiais especiais não previstos na tabela do SUS e
268. Buscar a complementação da Tabela SUS para que os custos reais sejam cobertos, a fim de não reduzir a oferta dos serviços devido à baixa remuneração.
269. Recomendar ao Ministério da Saúde a atualização da tabela de procedimentos.

270. Correção pelo Governo Federal das tabelas do SUS de forma diferenciada garantindo maiores aumentos para exames onde haja demanda reprimida, como por exemplo, ecografias mamárias e ginecológicas.
271. Recomendar ao Ministério da Saúde a implantação na tabela SIA/SUS do procedimento de internação domiciliar.
272. Revisar a tabela dos procedimentos para se garantir pagamento digno aos profissionais da área da saúde. Correção pelo Governo Federal das tabelas do SUS de forma diferenciada garantindo maiores aumentos para exames onde haja demanda reprimida, como por exemplo, ecografias mamárias e ginecológicas.
273. Garantir os recursos junto ao Ministério da Saúde para o pagamento em dia das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) autorizadas e o pagamento imediato dos serviços realizados pelos prestadores, que foram represados por falta de recursos financeiros, inclusive as de pacientes regulados pela Central de Leitos/SAMU, adequando contratualização dos prestadores.
274. Maior suporte físico, técnico e econômico dos Governos Federal e Estadual aos Hospitais de Alta Complexidade já existentes, para atendimento aos municípios de pequeno porte.
275. Pleitear recursos financeiros para criação de leitos de internação de acordo com a demanda.
276. Instituir e pleitear frente ao Ministério da Saúde recursos e incentivos para implantação e manutenção de programas essenciais de assistência à saúde, ao tabagismo, glaucoma, DPOC, doenças degenerativas, alcoolista, drogaditos, coronariopatias, Plano Nacional de Saúde da População Negra e outros de processo crônico-contínuo.
277. Priorizar todo atendimento através do TFD (Tratamento Fora do Domicílio) dentro da Macro Região Norte, proporcionando menor custo aos municípios, menor desgaste físico dos pacientes e maior resolutividade.
278. Ampliação pela Secretaria de Estado da Saúde, da oferta dos serviços de média e alta complexidade para os municípios de pequeno porte, visando diminuir a fila de espera dos pacientes e o de tempo de traslado dos mesmos.
279. Efetivar a programação pactuada e integrada entre os municípios da macro-região inclusive com implantação da Câmara de Compensação Estadual.
280. Exigir de todos os profissionais de saúde, o preenchimento do CNES (ou SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais de Saúde), com informação de todos os serviços que os mesmos atendem e/ou executam, inclusive o SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais).
281. Renovar semestralmente o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais de Saúde.
282. Cruzar e adequar as informações prestadas pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais de Saúde, com as informações prestadas pelos prestadores de serviços quanto aos seus profissionais de saúde.
283. Não considerar como ações e serviços públicos de saúde os itens abaixo identificados e que, portanto, não podem ser beneficiados pela vinculação de receitas:
  - gastos com pessoal inativo (aposentadorias e pensões);
  - serviços da dívida (juros e amortizações);
  - serviços suplementares ao SUS, dedicados, total ou parcialmente ao atendimento de clientela fechadas (excluídos em função da incompatibilidade com o critério de universalidade de acesso);

- ações de preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
  - ações de saneamento básico de redes públicas e tratamento de água e de esgotos, realizados por companhias, autarquias e empresas de saneamento com recursos provenientes de taxas e tarifas;
  - ações de limpeza urbanas e remoção de resíduos sólidos(lixo) realizadas pelos órgãos municipais específicos ou empresas terceirizadas;
  - merenda escolar;
  - ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos na 6ª diretriz da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde.
284. Rejeitar que sejam consideradas como ações ou serviços de saúde aquelas executadas por qualquer outro Ministério ou âmbito de qualquer outro que não o Ministério da Saúde.
285. Considerar como ação ou serviço de saúde apenas as que, além dos itens constantes da sexta diretriz da Resolução 322, de 08/05/2003, do Conselho Nacional de Saúde e da Portaria GM/MS 2.047, de 05/11/2002, passem também pelo Fundo de Saúde e tenham o gestor de saúde como único ordenador de despesa.
286. Aprimorar os controles internos na Administração Estadual no sentido de implementar medidas que visem executar todos os gastos com ações e serviços de saúde através do Fundo Estadual de Saúde e que os pagamentos sejam efetuados através de fontes de recursos apropriados para cumprimento do piso/limite exigido e sob o exclusivo ordenamento de despesas por parte da Secretaria de Estado da Saúde.
287. Passar através do Fundo Estadual de Saúde todos os recursos financeiros para custear todas e quaisquer ações e serviços que possam ser considerados como ação ou serviço de saúde.
288. Assegurar financiamento mínimo de 15% para setor de saúde de acordo com a área técnica da saúde, considerando necessidades ou prioridades epidemiológicas e as deliberações das conferências.
289. Garantir aplicação dos percentuais de investimentos determinados pela Emenda Constitucional nº 29 pelas três esferas de Governo.
290. Exigir a regulamentação da Emenda Constitucional nº29, conforme preconizado em projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional.
291. Regulamentação da Emenda 29 para efetivar a distribuição do financiamento público da Construção do SUS, diminuindo assim o risco de vulnerabilidade de gestão e atenção à Saúde.
292. Considerar definitivamente a Emenda Constitucional 29 como auto aplicável.
293. Aplicar a legislação federal (Emenda Constitucional 29) que disciplina o financiamento da saúde nas 03 esferas de governo.
294. Considerar como aceitáveis incontestavelmente e indiscutíveis os itens constantes da Portaria GM/MS 2.047 e da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde que dizem respeito à Emenda Constitucional 29/00.
295. Oficiar ao Ministério Público e ao Conselho Estadual de Saúde, a partir das Conferências Municipais de Saúde, como demonstração pública da insatisfação e inquietação da população e sociedade organizada de todos os municípios, referente ao descumprimento pelo governo do estado do Paraná da Emenda Constitucional nº. 29, que prevê a participação do estado com 12%(doze por cento) do total da sua arrecadação, sendo que o estado nunca atingiu o investimento do teto mínimo de 6% (seis por cento).

296. Garantir junto ao Ministério da Saúde o financiamento das diárias hospitalares de acordo com a planilha de custos conforme as exigências de funcionalidade.
297. Exigir a Comunicação de Internações Hospitalares (CIH) de todo e qualquer hospital do SUS, ou conveniado ou contratado ou contratualizado com o SUS, repassada mensalmente e anualmente para os correspondentes serviços municipais e estaduais de avaliação, controle e regulação, para os sistemas estaduais e municipais de auditoria e para os gestores (Secretarias da Saúde) estaduais e municipais.
298. Exigir prévia auditoria interna pelo Sistema Estadual de Auditoria e receber em tempo hábil o seu parecer de conformidades e de não conformidades, as recomendações e as conclusões apresentadas previamente às Comissões do Conselho Estadual de Saúde para conhecimento, análise e parecer destas comissões e para posterior deliberação do Plenário do Conselho Estadual de Saúde sobre os serviços próprios de saúde estadual, prestações de contas e relatórios de gestão da Secretaria de Estado da Saúde e de todo o Sistema Único de Saúde.
299. Priorizar a busca de recursos junto aos órgãos competentes da ampliação de leitos e oferta de serviços no Hospital Universitário Regional de Maringá respeitando o Plano Diretor que prevê o total de 300 (trezentos) leitos e 27.800 m<sup>2</sup> de construção.
300. Aumentar os investimentos visando a “promoção de saúde”.
301. Garantir maior aporte de recursos financeiros para ações de Atenção Básica e aumentar os investimentos visando a “promoção de saúde”, focalizando as ações em odontologia com novas definições de atenção básica e nas clínicas de especialidades contemplando outras especialidades como a disfunção temporomandibular.
302. Priorizar maior investimento do governo em medicina preventiva e alternativa.
303. Incluir o registro de deficiências nos sistemas de informação em saúde (mortalidade, nascidos vivos e morbidade) conforme competências das esferas de governo.
304. Transformar em recursos financeiros os valores relativos aos “kits” de medicamentos atualmente distribuídos por diversos programas do MS, descentralizando-os aos municípios. Solicitar que o Ministério da Saúde contemple os recursos dos Programas de Saúde Mental e Hipertensão no incentivo à assistência farmacêutica básica.
305. Criar e disponibilizar material educativo em Braille para deficientes visuais.
306. Recomendar a SESA a implementação de ações preventivas para doenças transmissíveis da população carcerária, tais como vacinação, disponibilização de preservativos e ações educativas.
307. Recomendar as Instituições de Ensino a inclusão de fato do tema Segurança no Trânsito, no currículo escolar em todos os níveis, fundamental, principalmente médio e superior (tendo em vista que estes jovens estão adquirindo a Carteira de Habilitação).
308. Garantir a implantação do serviço SAMU com a participação do estado na sua obrigação do custeio total da implantação com estrutura técnica apropriada, cabendo os gastos da sua manutenção em 50% pelo governo estadual a outra parcela de 50% restante e a contrapartida do poder Público Municipal proponentes de sua implantação do serviço, podendo ser rateada através de Consórcio Intermunicipais de Saúde celebrados na Bipartite e CES-PR.
309. Instituição de Lei Federal concedendo às Prefeituras 50% da CPMF arrecadada pela União no Município.

310. Integração entre os três níveis de governo, tendo como, responsabilidade dos governos (Federal e Estadual), o repasse de verbas e, do governo municipal, além de repasse de recursos financeiros, a gestão dos serviços, o treinamento e a qualificação dos profissionais de saúde.
311. Aumento do repasse financeiro estadual para investimentos na saúde.
312. Repasse de recurso de Fundo Nacional para os Fundos Municipais para a área da saúde.
313. Melhor gerenciamento dos recursos financeiros aplicados na saúde.

#### **TEMA 8: POLÍTICAS DE ESTADO NOS RECURSOS HUMANOS**

314. Realização pelo Estado do Paraná em caráter de urgência, através de concurso público a contratação de Recursos Humanos para a Secretaria Estadual de Saúde para atuar nas atividades de responsabilidade do Estado e assessorar os municípios, pois há anos há a necessidade de se repor os servidores aposentados, profissionais inexistentes ou em falta nas regionais de saúde, principalmente para a área de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental), Nível Central, unidades de apoio diagnóstico como o LACEN, CEMEPAR, CPPI, entre outros órgãos.
315. Contratar técnicos para Vigilância Sanitária e auditores, através de concurso, com dedicação exclusiva, garantindo qualificação e salário compatível com a função.
316. Criação de planos de cargos e salários específicos para funcionários da área de saúde pública, respeitando-se, inclusive, os casos obrigatórios de dedicação exclusiva, como técnicos/fiscais de vigilância sanitária, auditores, etc., para que os mesmos não tenham relações ambíguas com os serviços que fiscalizam e não sofram ameaças constantes de demissão quando cumprem com as suas funções.
317. Criar mecanismos para incentivar a fixação dos profissionais de saúde de formação superior nos pequenos municípios.
318. O Estado não deve capacitar técnicos dos municípios em regime temporário, nas atividades que exigem obrigatoriamente funcionário em caráter efetivo, como por exemplo, na área de vigilância sanitária.
319. Solicitar ao Congresso Nacional a criação de Lei para instituir através, dos Conselhos profissionais da área da saúde, critérios de avaliação profissional com finalidade de autorizar ou revalidar. (P.ex. Exame de proficiência para ingresso ou normas para revalidação periódica da inscrição baseados na atualização profissional), de forma a evitar a inscrição de profissionais com formação deficiente e que não se atualizam e, desta forma, oferecem risco aos usuários do SUS.
320. Solicitar através do CES-PR explicações e providências da SESA-PR em relação aos reais propósitos sobre o atraso na efetivação da reforma administrativa.
321. Realização imediatamente concurso público, através da SESA para os serviços de saúde, adequando sua força de trabalho às atribuições legais previstas para o SUS.
322. Implementar imediatamente a NOB/RH/SUS, dando prioridade para as seguintes ações:

Instalar, até maio de 2008, a Mesa Permanente de Negociação do SUS, composta por representantes dos trabalhadores do setor público e privado contratado e conveniado ao SUS (filantrópico ou lucrativo), do governo municipal e instituições de ensino e pesquisa vinculadas ao SUS. A Mesa Permanente visará democratizar a gestão do trabalho no SUS.

➤ Realizar imediatamente concurso público para a contratação de servidores a partir do diagnóstico feito pela SESA.

- Realizar levantamento da necessidade de contratação de servidores para permitir o pleno funcionamento dos hospitais em construção e em reforma, adotando como única forma de ingresso nessas unidades hospitalares o concurso público.
  - Organizar banco de dados e o sistema de informações e comunicação dos RH, facilitando o planejamento e avaliação, e ampliando os mecanismos de controle social sobre a política de gestão do trabalho.
  - Instituir Comissão Paritária (governo e trabalhadores) para elaboração do PCCS Próprio da Saúde e encaminhar o referido projeto para Assembléia Legislativa.
  - Implantar imediatamente a jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais na saúde, respeitando as jornadas estabelecidas por legislação federal, sem redução de salários e bancos de horas, atendendo às deliberações das Conferências Estaduais de Saúde – PR
323. Recusar terminantemente qualquer contrato de Fundação Estatal de Direito privado para prestação de serviços na SESA – PR
  324. Implementar imediatamente as Comissões de Saúde por Locais de Trabalho na SESA-PR, eleitas entre os trabalhadores de saúde, buscando reduzir a nocividade dos ambientes e processos de trabalho, e eliminar ou reduzir os riscos/cargas e danos à saúde.
  325. Instituir política de desprecarização das relações de trabalho na SESA-PR, através da Mesa de Negociações do SUS, promovendo o estancamento e a redução das terceirizações.
  326. Redução dos cargos de confiança para a gestão em saúde e que novas nomeações sejam feitas proporcionalmente a contratação de servidores concursados, não podendo ultrapassar a 3% do total de servidores efetivos e a criação de novos cargos passe pela aprovação do conselho de saúde. A substituição dos cargos de confiança seja por quadros técnicos.
  327. Garantir jornada de trabalho de 30 e 20 horas para os servidores da saúde.
  328. Remunerar condignamente os profissionais de saúde.
  329. Recompôr o salário dos trabalhadores de saúde com o acréscimo das perdas salariais não atendidas em anos anteriores.
  330. Garantir concurso público para efetivação dos funcionários e melhoria do desempenho com satisfação e motivação no trabalho permanente do SUS
  331. Emitir certificados aos estagiários nos serviços de saúde, constando também o montante de horas prestadas pelos mesmos durante todo o período de estágio no(s) serviço(s), e por quais setores da Secretaria da Saúde ou Regionais de Saúde o estagiário passou.
  332. Subvencionar condignamente os estagiários nos serviços de saúde.
  333. Constar, nos concursos públicos na área de saúde, entre os itens de “títulos”, também a inclusão do item “tempo de estágio” e o tempo de prestação do serviço na área de saúde (em horas).
  334. Cumprir a reposição salarial anual dos profissionais de saúde, no mínimo conforme os índices oficiais de inflação.
  335. Propor que os concursos públicos sejam realizados por instituições idôneas, proibindo que pessoas físicas as realizem.
  336. Obedecer rigorosamente a Constituição quando a não privatização dos serviços públicos e assegurar a entrada dos trabalhadores de saúde por meio de concursos públicos.

337. Proibir a cessão de servidores públicos para as OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público).
338. Proibir a cessão de servidores públicos para as ONGs (Organizações Não Governamentais) que recebam recursos públicos.
339. Implantar o Plano Estadual de Cargos e Salários para os profissionais de saúde.
340. Estabelecer uma política de recursos humanos na área da saúde voltada para valorização dos mesmos com ingresso mediante concurso público e estabelecimento de PCCS próprio para saúde nas três esferas de governo e solicitar emenda na lei de responsabilidade fiscal no sentido de aumentar o limite de despesa de pessoal quando houver necessidade de contratação através de concurso público para a área de saúde.
341. Preencher todos os cargos e função de direção e chefia com os servidores de carreira da área técnica, ou seja profissionalizar a gestão nas três esferas de governo.
342. Preencher com servidores técnicos integrantes do quadro específico todas as Coordenações de Programas na área de saúde.
343. Preencher por servidor técnico da área de saúde, através de concurso público, todos os cargos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
344. Preencher por servidor técnico da área de saúde, através de concurso público, todos os cargos dos Centros Regionais de Especialidades (CRES).
345. Preencher por servidor técnico da área de saúde, através de concurso público, todos os cargos das Regionais de Saúde.
346. Preencher por servidor técnico da área de saúde, através de concurso público, todos os cargos das Secretarias de Saúde.
347. Preencher por servidor técnico da área de saúde, através de concurso público, todos os cargos do Ministério da Saúde.
348. Mobilizar esforços para garantir uma política de Recursos Humanos, envolvendo ampliação e reposição nos serviços de todo Paraná, tanto para os hospitais universitários, quanto para hospitais municipais, de forma a melhorar a qualidade de atendimento à população usuária dos serviços de saúde.
349. Apoiar projeto de lei contra assédio moral.
350. Recomendar ao Conselho Nacional de Educação que o projeto o qual institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico (tecnólogo), não inclua profissionais da área de saúde bucal. Na área da Saúde Bucal não há demanda para novos tipos de recursos humanos, até porque o setor dispõe de pessoal com diversos níveis de formação (Técnico em Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário, Técnico em Prótese Dentária, e Auxiliar em Prótese Dentária). Tal estrutura de pessoal é compatível com o modelo de atenção em saúde bucal proposto pelo SUS. A criação do tecnólogo nesta área acabaria por invadir competências profissionais hoje consolidadas, gerando dificuldades e confusão, sem contribuir para resolver nenhum dos problemas relacionados com os recursos humanos no setor.
351. Promover capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais de saúde, dentro da Educação Permanente.
352. Promover política de Educação Continuada e Permanente para capacitação profissional nas diversas funções, junto ao Pólo de Educação Permanente.

353. Implantar e estruturar tecnicamente uma Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, visando gerir os Programas de Vigilância Alimentar e Nutricional, de Combate a Desnutrição e Carências Nutricionais, de Ações de promoção de Educação Alimentar e Nutricional, sendo o nutricionista o profissional responsável através de contratação mediante concurso público.
354. Propor que o estado do Paraná viabilize para as profissões inexistentes e necessárias no quadro de recursos humanos da SESA, imediata criação de cargos e contratação mediante concurso publico.
355. Propor que as deliberações da 8ª Conferência Estadual de Saúde sejam efetivadas e contempladas no Plano Estadual de Saúde.
356. Implantar equipes interdisciplinares: médicos, fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, educador físico, cirurgião dentista e o profissional farmacêutico, destacando sua função de orientação de medicamentos, promovendo a terapêutica instituída e o uso correto do medicamento.

#### **TEMA 9: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE DOS IDOSOS**

357. Maior apoio e educação em saúde com linguagem voltada ao idoso, para evitar acidentes domésticos, que oneram o SUS e prejudicam a qualidade de vida do idoso.
358. Incentivar os idosos à adoção de hábitos de vida saudáveis através de centros de lazer e prática de atividades físicas com o acompanhamento de equipe multidisciplinar.
359. Criar Casas de Repouso públicas para os idosos com renda própria insuficiente e esgotadas todas as possibilidades de convívio familiar e implementar centros dia para idosos possibilitando um acompanhamento e cuidados de saúde através de equipe multidisciplinar trabalhando prevenção das doenças e suas complicações, melhorando a independência funcional e a qualidade de vida.
360. Fazer cumprir a portaria da ANVISA que institui o roteiro de fiscalização das casas de repouso de longa permanência para idosos.
361. Instalar Coordenação de Atenção ao Idoso em todas as Secretarias da Saúde.
362. Fazer cumprir políticas públicas de saúde e promoção social do idoso em todas a Secretarias da Saúde.
363. Constituir a Comissão de Saúde do Idoso em todos os Conselhos de Saúde.
364. Fortalecer a pastoral da saúde e a pastoral do idoso com orientação e capacitação de atendimento aos idosos acamados e/ou capacidade laboral afetada e fortalecer a rede de assistência ao idoso entre SMS, Pastoral do idoso, entidades evangélicas devidamente constituídas, comunidade, Provopar e Pastoral de Saúde e outros.
365. Divulgar amplamente o estatuto do idoso observando principalmente os artigos que tratam de prejuízos financeiros.
366. Elaborar projetos e programas para idosos e associação de moradores em parceria com as instituições superiores de ensino, nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional, de nutrição, de enfermagem, de educação física, de esportes e lazer e de educação para a terceira idade.
367. Assegurar aos idosos a participação em conferências, conselhos, pastorais da saúde e do idoso.
368. Promover a capacitação para cuidadores de idosos e profissionais de saúde na área de gerontologia para otimizar atendimento ao idoso.
369. Incentivar a criação de cursos de formação e especialização de geriatras e gerontólogos.
370. Garantir programa de prevenção e atendimento ao idoso em DST/AIDS.

371. Garantir o atendimento ao idoso colostomizado fornecendo, insumos, bolsas, exames, medicamento com assistência por grupos interdisciplinares (médicos, psicólogos, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro, assistente social).
372. Incluir na tabela do SUS o exame citopatológico de próstata.
373. Agilizar consultas de especialidade neuro e oncologia para idosos com suspeita de alzheimer e câncer de próstata.

#### **TEMA 10: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE MENTAL**

374. Apoio a implantação do NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família, para melhorar o atendimento e acompanhamento dos idosos na comunidade com o suporte de uma equipe multidisciplinar.
375. Incluir a Saúde Mental como prioridade estadual nos instrumentos de gestão e no Pacto pela Saúde (PPI, PPA, Pacto pela Vida, Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS).
376. Garantir recursos para a criação, manutenção e ampliação da rede substitutiva em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial - Caps, Hospital dia, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospital geral, Centros de Convivência em Saúde Mental; oficinas terapêuticas e projetos de geração de renda).
377. Garantir no Estado do Paraná uma rede de saúde mental especializada, regionalizada, hierarquizada, organizada em um sistema de referência e contra-referência que atenda os princípios da atenção integral a saúde; com fluxos claros de referência e contra-referência.
378. Assegurar que todos os municípios implantem Programas específicos de Saúde Mental de acordo com as diretrizes da Política Estadual garantindo condições e recursos necessários para o desenvolvimento destes.
379. Designar incentivo estadual para que os municípios abaixo de 20.000 mil habitantes implantem programas municipais de saúde mental a partir da organização da atenção básica.
380. Criar coordenações regionais e municipais de saúde mental.
381. Assegurar que os documentos legais dos serviços de saúde mental (regulamento, regimento, prontuários e outros), contemplem a atuação dos profissionais das várias categorias profissionais de nível superior (médico, psicólogo, farmacêutico, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e outros), fortalecendo o trabalho integrado e interdependente na equipe multiprofissional.
382. Garantir que os três níveis de governo realizem campanhas publicitárias sobre saúde mental através da mídia, com o objetivo de esclarecer a população sobre as doenças mentais, visando combater o preconceito e possibilitar a inserção dos doentes mentais na sociedade.
383. Garantir a assistência em saúde mental adequada às necessidades do usuário, desde a unidade básica até os serviços mais especializados, sempre em local o mais próximo da sua residência.
384. Instituir programas de atenção básica, de prevenção tratamento e reabilitação, que visem a diminuição das internações hospitalares e o remanejamento dos recursos financeiros para as ações básicas e preventivas.
385. Integrar os serviços de saúde já existentes nos municípios com a rede social de apoio.
386. Promover ações de cunho preventivo em saúde mental, assegurando participação da comunidade: família, escola, empresa, igreja, grupos de auto-ajuda, associação de usuários, líderes da comunidade e outros.
387. Trabalhar a promoção de saúde mental através de ações intersetoriais, fomentando parcerias com instituições e ONGs, respeitando suas especificidades e evitando trabalhos paralelos.
388. Proibir propaganda de drogas: bebida alcoólica, fumo, medicamento, agrotóxico.

389. Incluir ações de saúde mental na atenção básica.
390. Criar em municípios equipes matriciais de saúde mental, com no mínimo um psicólogo e um assistente social.
391. Assegurar que as equipes do PSF (Programa de Saúde da Família) realizem trabalho em saúde mental, inserindo os profissionais psicólogos, assistentes sociais.
392. Promover as inclusões das ações de saúde mental na atenção básica através de equipes matriciais nos municípios sede de microrregião.
393. Implantar e incrementar atendimento em saúde mental nas unidades básicas enfatizando a intersectorialidade, priorizando o treinamento dos profissionais para o acolhimento, tratamento e vínculo.
394. Propiciar prevenção, orientação e tratamento das DST/AIDS para os doentes mentais e garantir o tratamento dos problemas mentais decorridos da AIDS.
395. Propiciar prevenção, orientação e tratamento continuado das DST/AIDS para portadores de transtornos mentais e garantir o tratamento dos problemas mentais decorridos da AIDS.
396. Regular, controlar e avaliar internações psiquiátricas.
397. Garantir uma rede específica, com serviços adequados para atendimento à infância e adolescência.
398. Exigir que as instituições que trabalham com crianças e adolescentes como: creches, casas-lares, abrigos para menores em situação de risco, e outros trabalhem na lógica da desinstitucionalização visando promover e manter a saúde mental dessa clientela.
399. Implantar protocolo de atendimento psiquiátrico para médicos generalistas, para ser utilizado no atendimento aos pacientes com problemas mentais, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatria.
400. Garantir a implantação de CAPS, através de consórcio somente para micro regiões que englobem municípios muito próximos e que não obedecem ao critério populacional.
401. Sugerimos a inclusão nos currículos do ensino fundamental e médio, o tema transversal de saúde mental, possibilitando um desenvolvimento saudável, levando o aluno a refletir sobre seus próprios sentimentos e de seus pares. O conhecimento sobre saúde mental diminui o preconceito e a discriminação dos portadores de sofrimento psíquico e estimula os alunos a desenvolver atividades voluntárias junto à comunidade (creches, abrigos e outras instituições).
402. Dar apoio aos familiares de portadores de transtornos mentais, através da equipe interdisciplinar da saúde. Dando-lhes suporte terapêutico, encaminhando, orientando, apoiando e preparando a família do portador de transtornos mentais para aceitação e ajuda.
403. Priorizar leitos psiquiátricos em hospitais gerais existentes para internamento de crianças e adolescentes que precisam de cuidados em saúde mental.
404. Promover em conjunto com as universidades e outros órgãos a realização de pesquisa sobre o perfil epidemiológico em saúde mental a nível municipal e estadual, e outros temas pertinentes à área.
405. Garantir que as equipes do SAMU também prestem atendimento de emergência dos portadores de transtorno mental, adequados as necessidades dos pacientes.
406. Garantir junto ao gestor municipal, que o egresso da internação hospitalar psiquiátrica, tenha acompanhamento em seu município pelos profissionais da unidade básica de saúde, atendimento em ambulatório especializado/Caps, tratamento medicamentoso, psicoterapêutico, terapêutico ocupacional, acompanhamento familiar, visita domiciliar, para evitar reincidências e reinternamentos.

407. Assegurar que toda alta hospitalar seja acompanhada de histórico do paciente, para que o mesmo seja acompanhado pela equipe do seu município, dando continuidade ao tratamento.
408. Criar programas de geração e renda visando a reinserção social dos portadores de transtornos mentais.
409. Viabilizar número suficiente de Residências Terapêuticas, contemplando todos os pacientes asilares que hoje residem em hospitais psiquiátricos.
410. Assegurar a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais com equipe adequada, estabelecendo critérios claros de utilização e tempo de permanência.
411. Garantir que todos os leitos psiquiátricos estejam 100% disponibilizados na Central de Leitos.
412. Garantir medicamentos para área de saúde mental, assegurando que o fornecimento seja regular, contínuo e proporcional ao número de usuários com maior controle e fiscalização para o uso de psicotrópicos.
413. Implementar programa de informatização específico para a saúde mental; que garanta o acesso a dados de saúde mental no Paraná.
414. Garantir a implantação de um programa de saúde mental dentro do Sistema Penitenciário.
415. Assegurar que todo município tenha um serviço de referência em saúde mental.
416. Assegurar que as comunidades indígenas sejam inseridas no Programa de Saúde Mental, nas 22 Regionais de Saúde, garantindo a diversidade cultural e étnica dessas comunidades.
417. Estimular a criação de rede de apoio envolvendo familiares, ONGs e comunidade em geral.
418. Destinar recurso financeiro estadual para o período de pré-credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, visando agilizar a criação de Caps.
419. Criar instrumentos de avaliação/pesquisa de opinião dos usuários do SUS sobre o desempenho das equipes de PSF, ambulatórios e Caps.
420. Incentivar e orientar através da Comissão Estadual de Saúde Mental a instalação das Comissões Municipais de Saúde Mental junto aos Conselhos Municipais de Saúde para viabilização e acompanhamento da política de saúde mental, conforme legislação estadual.
421. Assegurar a efetividade do acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização dos serviços ambulatoriais, hospitalares e a distribuição de medicamentos para resolutividade da assistência à saúde mental pelos Conselhos de Saúde, garantindo que os serviços de saúde mental, públicos e privados, cumpram as exigências legais descritas nos documentos que norteiam a política de saúde mental: Lei Estadual 11.189/95, Leis Federais 10.216/92, 10.708/02 e demais portarias ministeriais.
422. Articular parcerias entre as Comissões de Saúde Mental com outros Conselhos Estaduais e Municipais tais como: Conselho Tutelar, de Assistência Social, da Criança e Adolescente, entre outros.
423. Realizar cursos de formação a nível municipal e estadual sobre saúde mental, para conselheiros municipais de saúde.
424. Garantir a revisão da legislação de Benefícios da Prestação Continuada, no que se refere à adequação dos critérios, visando a legalidade e os direitos da pessoa portadora de sofrimento psíquico.
425. Promover a criação e o fortalecimento de organizações de Saúde Mental, como: Associações de Usuários (pacientes, familiares, amigos e outros) para aumentar a participação da comunidade no tratamento e prevenção dos transtornos mentais e na promoção da saúde.

426. Implementar e divulgar os mecanismos de fiscalização e punição aos descasos e mau atendimento realizados aos usuários de serviços de saúde mental.
427. Propor ao CNS, a realização da VI Conferência Nacional de Saúde Mental para 2009 ou 2010.
428. Garantir subsídio financeiro do governo para promoção de eventos destinados à população em geral que tenham por tema principal a saúde mental.
429. Estimular a participação de empresas públicas e privadas na manutenção de associações de usuários e familiares na área de saúde mental (ONGs).
430. Garantir financiamento para implantação, manutenção e incrementação da rede substitutiva (Hospital-dia, CAPS, ambulatórios especializados, residências terapêuticas, oficinas terapêuticas e profissionalizantes, programas de geração de renda, etc.).
431. Garantir recursos para a formação e qualificação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica.
432. Designar incentivo financeiro específico da SESA para os municípios para a inserção das ações de saúde mental na atenção básica, bem como para a ampliação e manutenção de serviços extra-hospitalares.
433. Estabelecer uma política de financiamento para criação de redes de apoio em saúde mental em municípios menores de 20 mil habitantes.
434. Garantir isenção tarifária para o transporte de usuários de serviços de saúde mental em todo o estado.
435. Destinar financiamento próprio municipal para o programa de saúde mental, com rubrica própria no Fundo Municipal de Saúde.
436. Garantir que os recursos de incentivo à implantação de CAPS sejam gastos exclusivamente para melhorar a assistência nesses serviços
437. Capacitar profissionais em saúde mental para prevenção e acompanhamento de tratamento dos indivíduos em sofrimento mental, bem como na assistência familiar.
438. Garantir através dos PREPS a formação e capacitação permanente em saúde mental.
439. Qualificar, capacitar e reciclar, as equipes de saúde mental dos serviços públicos periodicamente, sendo esta capacitação atribuição do Estado, com contrapartida dos municípios, adequadas aos princípios e propostas do novo modelo assistencial da reforma psiquiátrica.
440. Garantir a criação e/ou manutenção de equipe multidisciplinar especializada em saúde mental em todos os níveis de sistema de saúde, respeitando sua complexidade e demanda.
441. Estabelecer uma equipe mínima de saúde mental nas unidades básicas de saúde, composta por médico clínico com conhecimento em saúde mental, psicólogo, odontólogo, assistente social e agentes comunitários, através de concurso público.
442. Contratar através de concurso para atuar nas regionais e nos municípios (gestão plena), 1 psicólogo e/ou outro profissional da área com nível superior, 1 médico psiquiatra/ou clínico geral com formação em saúde mental (auditoria) e 1 profissional da vigilância sanitária para compor a equipe multidisciplinar necessária para as ações de controle, avaliação, acompanhamento e supervisão dos serviços de saúde mental, conforme normatizado por portarias ministeriais.
443. Garantir cursos de especialização em saúde mental com contrapartida financeira do estado.
444. Garantir a capacitação de recursos humanos em saúde mental através de treinamento, reciclagem, atualização e educação continuada, assegurando o trabalho da equipe multiprofissional.

445. Formar equipes matriciais de saúde mental para compor o programa saúde da família.
446. Modificar a forma de financiamento dos CAPS: o recurso deve ser repassado fundo a fundo, extra-teto, com um piso de 50% do valor máximo para cada tipo de CAPS e um adicional por paciente atendido, visando o atendimento integral a todos aqueles que procuram o serviço, e não só o numero de pacientes definidos pela Portaria.
447. Estruturar na atenção básica o atendimento integral à criança e o adolescente, a partir de ações intersetoriais de saúde, educação, ação social, cultura, esporte, profissionalização e geração de renda para as famílias que promovam a auto-estima e a saúde mental e a cidadania, prevenindo o uso de drogas, ampliando e facilitando a construção de projetos de vida saudáveis.
448. Garantir dotação orçamentária dos recursos da saúde (estadual) para a saúde mental.
449. Implementar em todo estado as ações do programa de prevenção de suicídio.
450. Garantir a implantação de colegiado estadual de coordenadores do CAPS com a realização de pelo menos três reuniões anuais.
451. Garantir que a política de prevenção, tratamento e reabilitação de saúde no uso de drogas seja coordenada pela SESA.
452. Garantir o cumprimento da resolução 014/05 do CES; que determina a destinação de recurso estadual específico para o programa de saúde mental, e a aplicação de recurso proveniente do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos na rede extra-hospitalar.
453. Garantir recursos financeiros da SESA na produção de material educativo /álbum seriado referente aos temas da saúde mental para realização de reunião e palestras com a comunidade e também para capacitação das equipes das UBS – Exemplo de temas: O que é saúde mental, os transtornos mentais, dependências químicas, o papel da família, fluxos de atendimentos etc. (investimento em material educativo).
454. Implantar política de saúde mental para atendimento de adolescentes infratores de alta periculosidade (que estejam recebendo medida de internação) de acordo com as diretrizes do ministério da saúde.
455. Capacitar os redutores de danos para trabalhar articulados com os CAPS AD.
456. Garantir que os municípios com o apoio do estado desenvolvam programas contínuos de sensibilização da comunidade para questões de saúde mental, através da promoção de eventos, feiras, palestras, entre outras.
457. Revisar semestralmente as diretrizes aprovadas nesta conferência para verificar se as mesmas estão sendo aplicadas e assim detectadas as falhas realizar os encaminhamentos que se façam necessários.
458. Viabilizar o aumento de recurso financeiro aos programas de: saúde mental, oficinas de terapias ocupacionais, trabalhos de prevenção nas escolas e serviços direcionados a criança e ao adolescente usuário de droga e álcool.
459. Rever a Portaria 344/98 e RDC 80/06 para que possibilite o fracionamento na dispensação de medicamentos sob controle especial, e que o paciente não necessite retirar toda a quantidade de medicamentos de uma só vez, mas sim mensalmente enquanto durar o tratamento, sob supervisão de profissional farmacêutico, diminuindo-se a possibilidade de intoxicações e suicídios nesta área.
460. Criar programa específico para orientação farmacêutica aos pacientes com transtornos mentais, incentivando a contratação de farmacêuticos nos municípios de pequeno porte que ainda não os possuem, e nos municípios de grande porte, onde a quantidade de farmacêuticos é insuficiente.

461. Promover campanhas para prescrição e uso racional de medicamentos sujeitos a controle especial.
462. Promover educação sanitária aos pacientes que utilizam medicamentos, em especial os controlados, quanto a guarda dos mesmos, pois muitos acidentes com intoxicação em crianças acontecem pelo acesso facilitado destas.
463. Implantação pelo estado ou com apoio deste, de CAPS voltados à drogadição e alcoolismo nos municípios sede de Regional de Saúde e em micro regiões, visto que a maioria dos municípios, por ser de pequeno porte, não têm condições de instalar este tipo de serviço.
464. Ampliar a formação de profissionais voltados à atenção Psicossocial, com maior ação intersetorial com as instituições formadoras de recursos humanos.
465. Ampliar e desenvolver programas de prevenção, promoção, tratamento e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares através de ações que contemplem saúde e educação, promovendo a inclusão social com ênfase na saúde, lazer, esporte, cultura, segurança, ação social e urbanismo e trabalho, através da capacitação entre as diferentes esferas de governo.
466. Gestionar junto aos órgãos competentes do município, estado e união a realização de Concurso Público em todas as áreas da saúde, como também que sejam exigidos pré-requisitos necessários e adequados ao trabalho em Saúde Mental.
467. Ampliar o quadro de recursos humanos, através de concurso público, nos Centros de Apoio Psicossocial e em outros serviços de Saúde Mental, com pedagogos, professores de Educação Física e terapeutas ocupacionais, além dos assistentes sociais (serviço social), enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas e psicólogos.
468. Formar equipe matricial de saúde mental nos Programa de Saúde da Família conforme Portaria/MS que regulamenta este serviço.
469. Garantir e monitorar medicação psiquiátrica aos usuários com transtornos mentais.
470. Estimular nos diversos meios de comunicação a informação sobre transtornos mentais, a fim de diminuir o preconceito.
471. Garantir a instalação de leitos psiquiátricos em todos os Hospitais Regionais públicos, contratualizados ou conveniados e dar atendimento adequado aos usuários com transtornos mentais em período de crise ("surtos").
472. Estabelecer uma política entre os gestores municipais e estadual e demais envolvidos para garantia dos 10% do total de leitos dos hospitais gerais conveniados do SUS.
473. Capacitar e estimular os profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, pedagogos, psicólogos e outros), para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental e de qualidade de vida.
474. Ampliar no estado a oferta de serviços de atenção integral com equipe interdisciplinar para crianças portadoras de problemas neurológicos.
475. Garantir que a verba proveniente da desativação de leitos psiquiátricos seja integralmente aplicada na implantação/implementação da rede extra-hospitalar de atendimento em saúde mental.
476. Implantação de CAPS-AD em todas regionais de saúde para atendimento e acompanhamento dos pacientes de alcoolista e drogaditos.

477. Definição de fluxo assistencial de saúde para atendimento aos usuários do Programa Nacional de Saúde Mental.
478. Implantação pelo estado, de serviços de atendimento à saúde mental nos municípios que a compõe.
479. Implementar Residência Terapêutica conforme diagnóstico situacional e protocolo local, com credenciamento junto as demais esferas de governo.
480. Implantar comunidades terapêuticas para recuperação de pessoas com transtornos decorrentes do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas para adolescentes e adultos, cumprindo as portarias existentes.
481. Garantir através dos três níveis de governo serviços público de recuperação para atendimentos aos dependentes químicos (álcool e drogas), mantendo profissionais concursados e medicamentos (psiquiátricos e psicotrópicos)

#### **TEMA 11: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE DA MULHER**

482. Implantação e implementação da política de atenção integral à saúde da mulher.
483. Buscar a implantação de políticas públicas que diminuam a necessidade de duplo emprego e reconheçam o papel da mulher nas jornadas de trabalho em seu respectivo lar.
484. Propor maior rigor dos órgãos de vigilância sanitária para os estabelecimentos de saúde, clínicas e consultórios médicos que oferecem tratamentos para obesidade, estéticos, e outros que oferecem risco à saúde da mulher.
485. Implantar programas de atenção à violência sobre as mulheres em todos os municípios.
486. Garantir à mulher direito ao parto humanizado e ao parto sem dor.
487. Garantir à mulher direito a acompanhante no pré-parto, durante o parto e no pós-parto, de acordo com a lei 14.352 de 10 de marco de 2004.
488. Garantir atendimento às gestantes e as puérperas em todos os Postos da Atenção Básica, visando a redução da mortalidade materna e neonatal com o incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno exclusivo.
489. Garantir atendimento integral às mulheres, em sua totalidade e em todas as fases de sua vida, por todos os médicos clínicos – quando da falta de ginecologista - e por todos os médicos do Programa de Saúde da Família.
490. Implantar e implementar políticas nacionais de direitos sexuais e reprodutivos e métodos contraceptivos aprovada.
491. Aumentar o volume de preservativos distribuídos para os municípios de acordo com as suas densidades demográficas, garantindo entrega irrestrita e incondicional de preservativos masculinos e femininos a homens e mulheres, enfocando inclusive a feminização e pauperização das DST e AIDS.
492. Divulgar e apontar estratégias locais para garantir a cobertura da meta pactuada de 0,3% para a coleta de preventivos nos municípios e estado.
493. Implementar o plano de combate ao câncer de mama, verificando a necessidade de aumento de exames de ultrassonografia e mamografias.
494. Fiscalizar dos hospitais do SUS, conveniados ou contratados pelo SUS, o cumprimento imediato de todas as situações e ações obrigadas para o atendimento do parto humanizado constantes da Lei Federal 8.080 – Capítulo VII, art. 19-J; da Lei Federal 11.108; da Lei Estadual 14.254 – art. 2º, incisos XVI, XXIII, XXIV, XXV,

XXVI, XXVII, XXXVI E XXXVIII, da Resolução 29/02 e da Resolução 44/02 – em seu art. 2º, nos incisos XVI, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXXVI E XXXVIII, além da Portaria/MS que o regulamentou.

495. Garantir que seja disponibilizada pelo SUS a vacina do HPV.
496. Recomendar aos estabelecimentos de ensino, universidades federais, estaduais e municipais, públicas e privadas, o incremento de pesquisa sobre a relação do trabalho com as doenças específicas da mulher, subsidiando os serviços de saúde na análise epidemiológica.
497. Manter o apoio a implementação do plano estratégico de estruturação da Rede de Atenção à Mulher Vítima de Violência no Estado do Paraná, com garantia imediata de realização do aborto legal, não tendo outra solução a garantia imediata do aborto legal.
498. Criação de Centro de Especialidades de Referência Estadual para a mulher.
499. Viabilizar a licença maternidade para seis meses e quatro meses para adoção.
500. Garantir a continuidade do tratamento e controle de pacientes portadores de câncer de colo de útero e de mama.
501. Implantar e ampliar programa para menopausa, climatério e afecções ginecológicas.
502. Garantir recursos para a implantação de serviços como Casa de Apoio, Centro de Referência e Juizado, para o atendimento à vítimas de violência de gênero (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), com equipe multiprofissional.
503. Implantação e implementação de programa de obesidade com enfoque na promoção e recuperação da saúde garantindo o tratamento por equipe multiprofissional, contendo no mínimo médico, psicólogo, nutricionista, educadores físicos e fisioterapeutas. E no caso da realização de cirurgias bariátricas, garantir a realização de cirurgias reparadoras.
504. Garantir a assistência integral à saúde das mulheres com equidade, observando as especificidades das mulheres negras (com implantação do Plano Nacional de Saúde da População Negra), portadoras de deficiência, em todas as fases do ciclo vital e orientação sexual.
505. Intensificar orientação sobre saúde e sexualidade com grupos de adolescentes com ação afirmativa para a prevenção da gravidez na adolescência e DST/AIDS, garantindo a transversalidade das políticas sociais.
506. Incluir a fitoterapia e outras práticas de saúde complementares (acupuntura, homeopatia e termalismo social) na atenção básica a saúde ampliando as opções terapêuticas conforme prevista na portaria nº. 971/06 do Ministério da Saúde e Decreto Presidencial nº. 5813/06.
507. Garantir o atendimento prioritário a mulher vítima de violência sexual em todo o estado na rede de atendimento a mulher com a presença de perito para emissão do laudo.
508. Criar Programas específicos, visando formação técnica e política das mulheres para aperfeiçoamento de sua atuação e melhoria da qualidade de vida.

## **TEMA 12: POLÍTICAS DE ESTADO NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

509. Implantar financiamento fundo a fundo dentro do bloco de vigilância em saúde para os municípios e Estado, para ações voltadas a inspeção sanitária das condições de trabalho, atualmente sem financiamento e regulamentação específica.
510. Implantar mediante concurso público, equipes regionais de vigilância sanitária em saúde do trabalhador (condições ambientais de trabalho) com contratação de técnicos de higiene e segurança do trabalho, e profissionais de nível superior na área de segurança do trabalho.

511. Incentivar notificação de doenças do trabalho e penalização aos estabelecimentos que omitem informações nesta área.
512. Implantar através do Estado os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador já previstos e aprovados em Conferências de Saúde anteriores, com contratação de recursos humanos através de concurso público.
513. Estabelecer pelo estado e municípios pagamento de insalubridade ou periculosidade dos servidores, concursados ou celetista, considerando que algumas atividades são de alto risco à saúde, e, não raro, os técnicos de vigilância sanitária e ACS no exercício de suas funções receberem ameaças contra sua integridade física.
514. Recompôr, mediante concurso público as equipes de vigilância ambiental nas regionais de saúde, para poder executar satisfatoriamente o trabalho de supervisão das atividades nos municípios.
515. Denúncia ao Ministério Público através do estado, conselhos municipais e estadual de saúde os gestores de saúde negligentes em sua atuação nas áreas preventivas.
516. Propor ao gestor estadual a utilizar de financiamento do orçamento próprio da saúde para colaborar na organização da vigilância ambiental nos municípios.
517. Ampliar a ação intersetorial com órgãos de educação, ambientais, de agricultura, forças armadas, entre outros, para o combate às endemias, zoonoses que estão gerando surtos ou estão ressurgindo.
518. Desenvolver ações conjuntas do Sistema Único de Saúde com o Instituto Nacional de Seguridade Social, Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho e Sociedade Civil Organizada, Centrais e Sindicatos e outros órgãos afins, para fazer cumprir normas de saúde na prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.
519. Destinar recursos do Orçamento Municipal, Estadual e Federal para programas de segurança e saúde do trabalhador em saúde.
520. Promover as ações e serviços de saúde aos trabalhadores do SUS (saúde ocupacional) que deverão ser executados por equipes multiprofissionais com formação e capacitação técnica em saúde do trabalhador.
521. Retomar a discussão sobre a implantação definitiva do SESMT –(Serviço Especializado em Engenharia e em Segurança de Medicina do Trabalho) e estabelecer o seu controle social.
522. Investigar óbitos e amputações e outros agravos relacionados ao trabalho que são epidemiologicamente relevantes, promovendo as intervenções necessárias nos ambientes de trabalho, bem como implementar programas preventivos de modo a combater o avanço das doenças ocupacionais (PAIR, LER/DORT, transtorno mental, etc.).
523. Desenvolver projetos para a busca de financiamento de ações que incrementem a assistência e a vigilância em saúde e segurança do trabalhador.
524. Apoiar e estimular os trabalhos do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações relacionados ao trabalho no Paraná.
525. Apoiar a revitalização do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações relacionados ao trabalho, da qual a SMS Curitiba é membro integrante, juntamente com as demais instituições, no que lhe couber.
526. Revitalizar e fortalecer a atuação do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações relacionados ao trabalho.

527. Solicitar à Comissão Intergestores Bipartite e ao Ministério da Saúde a criação e a habilitação imediata dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, nos moldes da RENAST, um em Curitiba, com contrapartida de recursos próprios do Município, e outro para a região metropolitana de Curitiba.
528. Recomendar a implantação e manutenção do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) no município de Curitiba, através da formalização de parcerias com as demais esferas de governo, garantindo a assistência à saúde do trabalhador e a capacitação de conselheiros na área da saúde.
529. Implantar no estado os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador com financiamento tripartite (união, estados e município)
530. Criar programas e garantir a ampla divulgação em todas as instâncias gestoras, conforme dados epidemiológicos, voltados à promoção e proteção da Saúde do Trabalhador.
531. Estender as aplicações das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, aos servidores públicos municipais, estaduais e federais.
532. Implantar Programa de Saúde Pública voltado à prevenção das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT) & Ergonomia na saúde do trabalhador.
533. Implementar as normas já existentes sobre Saúde do Trabalhador, viabilizando a aplicação da NR32 - Norma Regulamentadora 32 (que é específica para segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde), nos estabelecimentos públicos, adequando o ambiente, melhorando inclusive as condições de trabalho para o funcionário público.
534. Agilizar a aprovação e implementação do Plano de Saúde Nacional conforme preconizado no caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, referente à Saúde do Trabalhador, em especial à saúde do profissional da saúde.
535. Implantar equipes multidisciplinares de vigilância em saúde do trabalhador, por meio de concurso público.
536. Implantar as Unidades Sentinelas de Notificação de agravos à Saúde do Trabalhador para construção de informações em Saúde do Trabalhador e conseqüentemente desencadear a Vigilância em processos e ambientes de trabalho.
537. Implantação pelo Estado dos CERESTs, com contratação por meio de concurso público, de profissionais especializados nesta área, em numero suficiente para atendimento das demandas, garantindo aos mesmos capacitação permanente, conforme o que já foi previsto e aprovado nas conferencias de saúde anteriores, atendendo a portaria GM 2437 da RENAST e GM 598/06.
538. Normatizar o pagamento de insalubridade ou periculosidade aos servidores públicos estaduais e municipais, concursados ou celetistas, conforme regulamento específico.
539. Estabelecer a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas em levantar o Perfil Epidemiológico da Saúde do Trabalhador, para alimentar o PPRA – Programa de Proteção a Riscos Ambientais e, PCMSO – Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional e PPP- Perfil Profissiográfico Previdenciário.
540. Estabelecer que as empresas públicas e privadas devem realizar um levantamento do Perfil Profissiográfico Previdenciário, apresentando laudo técnico e contribuição financeira para a aposentadoria especial de empregados em ambientes insalubres.
541. Gestionar para que as empresas assumam a responsabilidade pelo custeio referente à saúde do trabalhador, e não repassa-las para previdência social ou ao SUS.

### **TEMA 13: POLÍTICAS DE ESTADO NA VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SAÚDE**

542. Efetivar ações intersetoriais que cumpram medidas legais de normas de prevenção, apoio técnico e efetivo envolvendo a participação direta e indireta de órgãos de educação, ambientais, de agricultura, forças armadas e defesa civil, para atuarem no combate às endemias, zoonoses e diversos surtos sazonais que estão ressurgindo como ameaça à segurança da vida coletiva humana.
543. Fiscalizar que as Secretarias Municipais de Saúde contratem e mantenham 01 (um) Agente de Saúde para cada 800 (oitocentos) a 1000 (mil) imóveis, conforme determina o Programa Nacional de Controle da Dengue.
544. Manter e implementar a Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano.
545. Implantar e monitorar os programas de Vigilância da Qualidade do Ar e de Ambientes Climatizados, do Solo, Química, Desastres Naturais, Riscos Químicos, Acidentes com Cargas Perigosas e Riscos Físicos (Ruídos, luminosidade, máquinas perigosas, entre outros).
546. Monitorar as condições da destinação final de resíduos sólidos, produtos contaminantes de resíduos hospitalares, postos de combustível, raio x, despejos industriais com ação fiscalizadoras do poder público e apresentação de relatórios mensais dos órgãos ambientais aos conselhos municipais.
547. Solicitar ampla divulgação da avaliação da qualidade do ar pelos órgãos competentes.
548. Orientar os profissionais de saúde sobre a correta segregação e acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes e lixo infectante provenientes de estabelecimentos de saúde, e exigir o cumprimento da legislação vigente.
549. Fiscalizar o cumprimento da legislação ambiental de educação ambiental e a implantação do Programa Nacional de Educação Ambiental (PRONEA) de forma que as questões ambientais sejam trabalhadas como conteúdos transversais e interdisciplinares dentro dos currículos do ensino fundamental, médio e superior.
550. Capacitar, continuamente, os educadores para a implantação, de forma transversal e interdisciplinar da política nacional de educação ambiental.
551. Desenvolver campanhas de minimização e valorização de resíduos dentro do setor público.
552. Propor que a Secretaria de Segurança do Paraná proporcione condições da manutenção da saúde às pessoas detidas no sistema penitenciário, incluindo medidas de promoção, recuperação, reabilitação e prevenção da TB, DST/HIV/AIDS, diminuindo risco de se repetir situação semelhante ao do município de Paranaguá.
553. Criar e incrementar Programas nacional/estadual/municipal de educação ambiental para conscientizar a população quanto a entulhos, queimadas, quintais, fossas, reciclagem, desmatamento e outros, com informativos na conta de água e divulgar em outros meios de comunicação.
554. Recuperação do Canal da Anhaia, acompanhado de um plano de recursos hídricos e projeto participativo de ação, implementando a agenda 21 no local e em outros onde se fizer necessário.
555. Melhoria e ampliação das Políticas de Saneamento Básico.
556. Implementar e efetivar a execução de programas de coleta seletiva com adequada fiscalização estadual e municipal.
557. Ação articulada junto ao IAP – Instituto Ambiental do Paraná- quanto ao monitoramento de resíduos de efluentes líquidos industriais e comerciais de alto risco como postos, oficinas, gráficas, laboratórios, etc. que são impedidos pela SANEPAR de serem ligadas a galeria de esgoto e águas pluviais dos municípios, sendo direcionada para a rede de águas.

558. Os municípios devem complementar O PGRSS (plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde) municipal disponibilizando postos de coleta para população destinar os resíduos de saúde gerados em ambiente doméstico (como agulhas, seringas, canetas de aplicação de insulina e outro).
559. Implantar e efetivar através do estado, um “programa de aceleração de crescimento” da produção de alimentos naturais e orgânicos com incentivo fiscal e subsídio a agricultura familiar, priorizando produção local.
560. Propor que a União tenha uma ação mais efetiva juntos aos municípios de fiscalização do reflorestamento e a conservação das nascentes em seus territórios.
561. Sugerir o premio aos usuários dos serviços de água e esgoto do Paraná, sejam eles residenciais ou comerciais, com desconto em benefícios para aqueles que fazem o uso correto, racional e eficiente deste bem de uso comum e coletivo que é “cobrado” conforme a cota mínima de seu uso, através do efeito positivo de ampla divulgação local, regional e estadual estimulando a coletividade de maneira consciente e inteligente.
562. Contratar médicos veterinários para desenvolverem ações de educação em saúde nas comunidades.
563. Realizar programa de formação continuada com os educadores e demais profissionais da educação da rede de ensino sobre mudanças climáticas, suas causas e conseqüências para o homem e o planeta.
564. Implantar de forma efetiva um programa permanente sobre produção, comercialização e consumo responsável; bem como, repensar os hábitos alimentares, reduzindo o consumo e a geração de materiais reutilizáveis (reciclagem) e divulgação de alimentos e produtos que causem danos a saúde humana, animal e ao meio ambiente.
565. Organizar, apresentar e distribuir filmes e outros materiais didáticos nas escolas e universidades sobre as mudanças climáticas, suas causas e conseqüências para o homem e o planeta.
566. Desenvolver ações de fiscalização da lei federal envolvendo a rotulagem de produtos que tenham em sua composição organismos geneticamente modificados (OGM's).

#### **TEMA 14: POLÍTICAS DE ESTADO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

567. Rediscutir o papel e forma de atuação da Vigilância em Saúde, propondo sistemas alternativos que impeçam a ingerência política e econômica nessa área, com apresentação de relatórios trimestral ao conselho municipal de saúde de suas atividades e dificuldades.
568. Fortalecer as equipes regionais de Vigilância em Saúde, para que possam cumprir suas funções com melhor competência e rigor, através do trabalho de orientação, supervisão e controle dos municípios.
569. Os recursos obtidos com a ação da Vigilância em Saúde (taxas sanitárias, multas, etc.) devem ser aplicados exclusivamente nestes serviços, para melhorar a estrutura e os equipamentos destas, e reforçar ações de educação em saúde de caráter preventivo.
570. Reestruturar imediatamente as equipes de Vigilância em Saúde, dos municípios, regionais e do nível central da SESA, contratando funcionários através de concursos públicos; bem como promover sua capacitação.
571. Fiscalização através da Vigilância Sanitária e o Conselho Regional de Medicina, com auxílio do Ministério Público, para o cumprimento às leis 5991/73 e 9787/98 que exigem dos profissionais médicos receitas e solicitações de exame legíveis, manuscritas ou datilografadas, e que sejam prescritos medicamentos da farmácia básica (Relação Municipal de medicamentos), pelos nomes genéricos (princípios ativos, denominação comum brasileira), podendo ser encaminhada denuncia ao ministério publico.

572. Descentralizar atividades laboratoriais de controle de produtos do LACEN para as Regionais de Saúde ou macro regionais, possibilitando aumento do número de análises fiscais e de controle dos produtos fornecidos à população, especialmente na área de alimentos e medicamentos.
573. Repassar o percentual do orçamento próprio da saúde para a organização da vigilância em saúde no seu âmbito de ação, pelo estado e municípios.
574. Vedar a tercerização das ações de Vigilância em Saúde, uma vez que são atribuições exclusivas do Estado Brasileiro nas suas três esferas de governo.
575. Intensificar inspeções em estabelecimentos de interesse da saúde, conforme pactuações com o Ministério da Saúde e ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, contemplando as denúncias, solicitações nos demais estabelecimentos cadastrados, bem como situações de interesse a saúde e ambientes de trabalho.
576. Monitorar a qualidade de produtos de interesse à saúde (alimentos, medicamentos, fototerápicos, cosméticos, saneantes, produtos de saúde, produção para o programa fome zero e outros contemplados pela legislação vigente) através de análises laboratoriais atendendo a atividades programadas, denúncias e surtos. .
577. Realizar ações de educação sanitária junto à comunidade e estabelecimentos de interesse à saúde.
578. Implementar sistemas de vigilância para dengue.
579. O Laboratório Central do Estado, da SESA devesse ampliar a oferta de exames laboratoriais de modo que os municípios possam estabelecer um programa de análise de alimentos definidos em bases: epidemiológicas, sanitárias e de consumo adequado à realidade tecnológica e institucional.
580. Intensificar as ações de educação em saúde sobre as doenças transmissíveis e não transmissíveis, com ênfases nas hepatites A, B e C aumentando a cobertura vacinal contra Hepatite B, através da ampla divulgação e garantir a realização da testagem, recomendando ao Ministério da Saúde que repasse o Kit do exame para os Municípios.
581. Intensificar a vigilância da rotulagem de produtos de forma clara, legível e visível, inclusive em braile sobre as características dos produtos, prazo de validade e informações nutricionais.
582. Fortalecimento dos fóruns de discussão no âmbito da vigilância sanitária com a participação dos órgãos de governo, setor produtivo e sociedade civil, recomendando aos conselhos municipais a criação de comissão de vigilância sanitária.
583. Realização anual de curso de formação e atualização em CBVS- Curso Básico de Vigilância em Saúde, para os profissionais de vigilância em saúde, nas macro-regionais nos moldes do (CBVE), promovidos pela ANVISA e a SESA.
584. Implementar um sistema de diagnóstico para os casos de febre do Nilo ocidental com a habilitação de laboratórios na região sul.
585. Implantar na esfera estadual câmara setorial na vigilância sanitária.
586. Reestruturar as equipes de vigilância em saúde, com recursos humanos através de concurso específico para a área e com recursos materiais com veículos e equipamentos necessários às ações da vigilância em saúde.
587. Implantar o plano estadual de alimentação e nutrição, visando prever as ações de alimentação e nutrição de acordo com a diretrizes já estabelecidas pela política nacional de alimentação e nutrição e, desta forma

estabelecer o repasse de recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde ao Fundo Estadual de Saúde.

588. Implantação e implementação de ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes, com estabelecimento junto as regionais de saúde e municípios de fluxo de notificação de violência nos serviços de saúde, com a sugestão de inclusão ao SINAN em nível nacional.
589. Garantir campo de estágio para os alunos de escolas públicas nos hospitais credenciados ao SUS, sem contrapartida por parte da escola/alunos.
590. Implantar financiamento Fundo a Fundo dentro do bloco de vigilância em saúde para os municípios e Estado, para ações voltadas a inspeção sanitária das condições de trabalho, atualmente sem financiamento e regulamentação específica.

## **5- MOÇÕES APROVADAS**

### **MOÇÕES DE APOIO**

1. **DEFESA DO CONTROLE SOCIAL EM DST/HIV/AIDS**  
Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio e defesa exigindo o fortalecimento e qualificação do controle social na temática da epidemia DST/HIV/AIDS em todas as regiões do Brasil.
2. **PELA MANUTENÇÃO DA JORNADA DE 20/30 HORAS PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE**  
Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio, a jornada de 30 horas é fundamental para a qualidade do atendimento à população. Fundamental porque lidar com dor, sofrimento e o limite entre a vida e a morte é uma responsabilidade enorme, que exige alto grau de atenção e dedicação, causando elevado desgaste. Esta situação pode levar ao adoecimento os próprios trabalhadores de saúde. A Organização Mundial de Saúde recomenda o limite máximo de 30 horas semanais para jornadas de trabalho na saúde. Inúmeras Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde aprovaram a redução das jornadas de trabalho no SUS e cabe aos governantes implementá-la. A defesa da jornada de trabalho de 30 horas semanais para os trabalhadores de saúde é a garantia de menor desgaste dos trabalhadores e de um melhor atendimento aos usuários do SUS. Significa cuidar da saúde de quem cuida da saúde de população. Outros estados já reconhecem a jornada específica para saúde. Desde o início da década de 1990 alguns estados e municípios têm evoluído no direito dos trabalhadores da saúde, como Santa Catarina, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Distrito Federal, Cascavel. Londrina, São Paulo, porém o Governo do Estado do Paraná além de desrespeitar essa conquista, tem usado de truculência e autoritarismo para enfrentar essa luta legítima dos servidores públicos estaduais. Nós, delegados e delegadas da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, DEFENSORES DO SUS, exigimos a manutenção das jornadas de 20 e 30 horas semanais na saúde.
3. **PROMOÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM DST/HIV/AIDS**  
Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio e defesa da promoção de ações

educativas e de comunicação com recursos federais que possibilitem o enfrentamento às DST/HIV/AIDS fortalecendo parcerias intersetoriais e intra-setoriais para o desenvolvimento de ações voltadas as informações, mobilização, participação e efetivo controle social com vistas a garantir direito e deveres a saúde de toda a população brasileira.

4. **APOIO 1- EC-29**

Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio e pedido de aprovação em caráter de urgente, urgentíssima da Emenda Constitucional 29, divulgando e solicitando aos delegados presentes, extensivo a suas categorias, Conselhos Municipais de Saúde, Estadual e Secretarias se utilizem do telefone 0800-610619, (de forma graciosa) da Câmara dos Deputados Federais do Congresso Nacional, ligando e pedindo para que as pessoas citadas ou não, inclusive os usuários do Sistema SUS Nacional dêem seu apoio.

5. **APOIO2- EC – 29**

Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio e regulamentação da Emenda Constitucional 29, que define as verbas da saúde nos orçamentos dos estados e municípios brasileiros, por entender que a aprovação dessa Emenda é de crucial importância para efetuar os planejamentos no próximo exercício.

6. **ELEIÇÃO DIRETA NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE**

Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio e encaminhamento para o Conselho Nacional, Conselhos Estaduais e Ministério Público para que ocorra uma maneira democrática, justa e transparente nos critérios para eleições diretas nas conferências dos conselheiros estaduais de saúde, porque as restrições de documentos e prazos são anticonstitucionais e ilegais, ferem o princípio democrático de votar e ser votado, principalmente os de menor representatividade.

7. **EXONERAÇÃO DO SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE**

Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de novembro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio a imediata exoneração do Secretário Estadual de Saúde, Cláudio Murilo Xavier, pelo fato de haver demonstrado inúmeras vezes, a incapacidade gerencial e desrespeito ao controle social do SUS. Fatos que demonstram, entre outros, pela incapacidade de combater a epidemia de DENGUE, pelo não fornecimento de medicamentos excepcionais, pela não participação nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde e nessa 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

8. **PLC 003/2007 – PROJETO DE LEI 1.140/2003**

Nós, delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio ao PLC 003/2007 (Projeto de Lei 1.140/2003), que regulamenta as profissões de auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (thd) para o qual solicitamos do Senado, do Ministério do Trabalho e Presidência da República, aprovação imediata, o que vem corroborar na sua essência para uma saúde bucal com maior qualidade e garantida nos princípios dos direitos, responsabilidades e deveres destes profissionais e usuários do Sistema de Saúde.

9. **IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**

Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio e solicitação a imediata implantação no Estado do Paraná, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 10/11/2006, para garantir a redução da morbi-mortalidade dessa população, que representa aproximadamente 23% da população do estado, segundo Censo do IBGE/2000.

#### 10. **NEGOCIAÇÃO DE DATA-BASE**

Nós delegados, presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio ao Sindicato de Trabalhadores, que estão em negociação de Data-base, também aos sindicatos que lutam pela melhoria nas condições de trabalho.

11. Nós delegados, presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio para que as UBS cobertas pelo PSF – Programa Saúde da Família tenham o fisioterapeuta inserido nas equipes para diminuir os efeitos prejudiciais da imobilidade, efeitos estes que aumentam as internações hospitalares por doenças que podem ser prevenidas como: pneumonias, encurtamentos, úlceras de decúbito e outras, diminuindo assim o sofrimento do indivíduo e da família, bem como a existência de psicólogos, pelo menos a cada duas UBS, inseridos no PSF.
12. Nós delegados, presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio, considerando que Londrina tem um trabalho voltado ao portador de hanseníase há mais de 20 anos e que há quase 1 ano foi transferido o Programa do Centro de Doenças Infecciosas para atendimento no CISMENPAR, com a proposição de ampliação do serviço, bem como a organização dos pacientes portadores desta patologia – usuários do SUS – através da estruturação do serviço e apoio do MORHAN – Movimento Nacional de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, que seja estruturado o serviço de fato com atendimento integral dos pacientes e seja de fato estruturado o movimento em Londrina com apoio do MORHAN, tendo em vista as barreiras e preconceito enfrentado pelos mesmos, uma vez que se estabelece este compromisso público no final do ano de 2006 e que nada foi feito neste sentido.
13. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio, devido à complexidade dos agravos mentais que estão cada vez mais presentes na população, à necessidade de fortalecimento da rede de atenção em Saúde Mental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e ao longo período em que se deu a 3ª Conferência de Saúde Mental (2001), achamos que se faz necessário chamamento pelo Ministério da Saúde para a 4ª Conferência de Saúde Mental.
14. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio, pois, segundo estimativas do Ministério da Saúde, aproximadamente 20% da população apresenta transtornos mentais (3% transtornos mentais severos, 9% transtornos leves e moderados e 6 à 8% transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas), assim como “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Podemos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde”. (Ministério da Saúde). Por estes fatores solicitamos inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal.
15. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio à luta dos movimentos sociais pela anulação do leilão da Vale do Rio Doce.

16. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio ao Sindicato de Trabalhadores, que estão em negociação de Data-base, também aos sindicatos que lutam pela melhoria nas condições de trabalho.
17. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio para que as UBS cobertas pelo PSF – Programa Saúde da Família tenham o fisioterapeuta inserido nas equipes para diminuir os efeitos prejudiciais da imobilidade, efeitos estes que aumentam as internações hospitalares por doenças que podem ser prevenidas como: pneumonias, encurtamentos, úlceras de decúbito e outras, diminuindo assim o sofrimento do indivíduo e da família, bem como a existência de psicólogos, pelo menos a cada 2 UBS, inseridos no PSF.
18. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio considerando que Londrina tem um trabalho voltado ao portador de hanseníase há mais de 20 anos e que há quase 1 ano foi transferido o Programa do Centro de Doenças Infecciosas para atendimento no CISMEDPAR, com a proposição de ampliação do serviço, bem como a organização dos pacientes portadores desta patologia – usuários do SUS – através da estruturação do serviço e apoio do MORHAN – Movimento Nacional de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, que seja estruturado o serviço de fato com atendimento integral dos pacientes e seja de fato estruturado o movimento em Londrina com apoio do MORHAN, tendo em vista as barreiras e preconceito enfrentado pelos mesmos, uma vez que se estabelece este compromisso público no final do ano de 2006 e que nada foi feito neste sentido.
19. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio devido à complexidade dos agravos mentais que estão cada vez mais presentes na população, à necessidade de fortalecimento da rede de atenção em Saúde Mental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e ao longo período em que se deu a 3ª Conferência de Saúde Mental (2001), achamos que se faz necessário chamamento pelo Ministério da Saúde para a 4ª Conferência de Saúde Mental.
20. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Apoio, pois segundo estimativas do Ministério da Saúde, aproximadamente 20% da população apresenta transtornos mentais (3% transtornos mentais severos, 9% transtornos leves e moderados e 6 à 8% transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas), assim como “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Podemos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde”. (Ministério da Saúde). Por estes fatores solicitamos inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal.

#### **MOÇÕES DE REIVINDICAÇÃO**

1. Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada dias 11,12,13 e 14 de novembro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Reivindicação para que o Instituto Médico Legal priorize remoções e liberações de corpos nos casos em que a família autorizou a retirada de órgãos, como apoio institucional às famílias doadoras respeitando o seu

momento de dor, luto e solidariedade. Essa medida estimulará o aumento no número de doações em óbitos por causas externas e violenta.

2. Nós, delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de novembro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Reivindicação de mudança e adequação do formulário utilizado pelos agentes e membros integrantes do PSF, para que estes possam realizar a tarefa de coletar informações referentes a PCD (Pessoa com Deficiência) especialmente no que tange a dados demográficos considerando a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF-OMS2001).
3. Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Reivindicação, através do capítulo V, das Moções, para que seja instituído o Prêmio de Assiduidade vinculado ao horário de trabalho em valores similares ao auxílio alimentação em benefício dos profissionais de saúde que atendem, pacientes do SUS.
4. Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de novembro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Reivindicação, através do capítulo V, das Moções, para a adequação e implantação de Raio X, capaz de propiciar melhores condições em emitir diagnósticos no Pronto Atendimento Infantil e Pronto Atendimento Municipal em Londrina-Pr.
5. Nós delegados presentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de novembro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Reivindicação, através do capítulo V, das Moções, para a ampliação de vagas no Sistema de Internação Domiciliar – SID, em convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde – SESA, e os respectivos municípios interessados, com garantia de materiais necessários, veículos e infra-estrutura.

#### **MOÇÕES DE REPÚDIO**

1. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta moção de Repúdio, a atitude dos gestores estaduais e municipais de segregar portadores de HIV e pacientes com Tuberculose atendidos no Centro de Referência (ex.: CIDI – Centro de Doenças Infecciosas) com divisórias neste local para não se “misturarem” com pacientes atendidos neste local, considerando que esta foi uma exigência dos trabalhadores de saúde da 17ª Regional para trabalharem neste local. Isto apenas demonstra uma postura preconceituosa e excludente.
2. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Repúdio pelo alto índice de acidentes com trabalhadores motoboys (entregadores), que vem preocupando as entidades pública e civil organizada. As pesquisas apontam fatores como: a dupla jornada de trabalho (12 às 16 h diárias), ganho por produtividade, pressão do patrão e cliente que exigem agilidade (prazo máximo de 15 min por entrega). Como conseqüências desses fatores dirigem em alta velocidade infringindo a legislação de trânsito e acabam em graves acidentes, nos quais perdem suas vidas ou adquirem seqüelas graves. Esses acidentes interferem negativamente nos indicadores de saúde do município. Sendo assim é urgente que se tome providências para melhorar a organização do trabalho, e até pensarmos na criação de legislação municipal para intervir nesse problema de saúde pública.
3. Nós delegados, presentes à 8ª conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, em Londrina, apresentamos esta Moção de Repúdio a atitude dos gestores estaduais e municipais de segregar portadores de HIV e pacientes com Tuberculose atendidos no Centro de Referência (ex.: CIDI – Centro de Doenças Infecciosas) com divisórias neste local para não se “misturarem” com

pacientes atendidos neste local, considerando que esta foi uma exigência dos trabalhadores de saúde da 17ª Regional para trabalharem neste local. Isto apenas demonstra uma postura preconceituosa e excludente.

## **PROCESSO ELEITORAL EM LONDRINA**

ENTIDADES ELEITAS GESTÃO 2008/2009 - NA PLENÁRIA FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - REALIZADA EM LONDRINA- 11 A 14 DE OUTUBRO DE 2007

### **SEGMENTO DE USUÁRIOS**

#### **TITULARES**

FEDERAÇÃO DOS URBANITARIOS  
SINDPETRO  
MST-MOVIMENTO SEM TERRA  
FORÇA SINDICAL  
ABECAP  
MOPS  
FORUM ONG/AIDS  
DEFIPAR  
FOPS  
FAMOPAR  
PASTORAL DA SAUDE  
CMP  
PASTORAL DA CRIANÇA  
ECOFORÇA  
FAMPEPAR  
FAMPEAPAR  
MMC  
AABRA

#### **SUPLENTES**

FED. DOS URBANITARIOS  
SINDPETRO  
MST-MOVIMENTO S. TERRA  
CGT  
ABECAP  
MOPS  
FORUM ONG/AIDS  
DEFIPAR  
FOPS  
FAMOPAR  
FEDERAÇÃO DOS PASTORES  
CMP  
PASTORAL DA CRIANÇA  
ECOFORÇA  
FAMPEPAR  
FAMPEAPAR  
ASSEMPA  
AABRA

### **SEGMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

#### **TITULARES**

CRF  
CRO  
ABEN  
CRESS  
CREFITO

#### **SUPLENTES**

CRF  
AATO  
CRMV  
CRM  
CRN

CRP	ABRASA/SINDIPSI
SINDSAÚDE	SINDSAÚDE
CONSELHO SIND.SERV.P.EST.PR	CONSELHO SIND.SERV.P.E.PR
SINDPREVS	SINDPREVS

**SEGMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E PRESTADORES**

**TITULARES**

COSENS  
FUNASA  
FUNDSAÚDE  
SESA  
ACISPAR  
FEHOSPAR  
FEMIPA  
UEM  
UEL

**SUPLENTES**

COSENS  
FUNASA  
FUNDSAÚDE  
SESA  
ACISPAR  
FEHOSPAR  
FEMIPA  
UEM  
HC

**ENTIDADES SEM O REGISTRO**

IBDVA  
OAB-Maringá

# ANEXOS

## **ANEXO 1**

### **REGULAMENTO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

#### **CAPÍTULO I DAS FINALIDADES**

**Art. 1º** De acordo com as Leis Estaduais nº 10.913/94, 13.331/01 e o Decreto Estadual nº 5.711/02, a Conferência Estadual de Saúde é fórum estadual de debate e deliberação sobre a Política Estadual de Saúde do Estado do Paraná, aberto a todos os segmentos da sociedade e tem a finalidade de:

I – avaliar a situação da Saúde do Estado;

II – formular, fixar e avaliar as diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde;

III – eleger e homologar as instituições, órgãos e entidades que irão compor o Conselho Estadual de Saúde do Paraná - CES/PR, gestão 2008/2009;

IV – eleger e homologar os delegados do Estado do Paraná para representá-lo na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

**Parágrafo único.** A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná realizar-se-á na cidade de Londrina, nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007, no Colégio Marista de Londrina, sob os auspícios do Governo do Estado do Paraná, através da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e do Conselho Estadual de Saúde, com o apoio da 17ª Regional de Saúde, da Prefeitura Municipal de Londrina e da Autarquia Municipal da Saúde de Londrina.

#### **CAPÍTULO II DOS MEMBROS**

**Art. 2º** Poderão participar como membros da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná todas as pessoas, entidades, órgãos ou instituições interessadas na construção do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná, na condição de:

I - delegados;

II - observadores;

III - convidados.

**§ 1º** Durante a Plenária Final os membros inscritos como delegados terão direito a voz e a voto; os convidados e observadores terão direito apenas a voz, mediante critérios do Regimento Interno da própria Conferência, *ad referendum* da Plenária da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

§ 2º Todo o delegado titular (ou seu suplente) e todos os observadores deverão apresentar, no momento do credenciamento para a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, comprovante de participação na correspondente Conferência Municipal de Saúde de sua cidade, com apresentação de comprovante emitido pelo respectivo Conselho Municipal de saúde.

§ 3º Fica a critério da Comissão Organizadora e da Comissão Executiva da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná garantir os assentos dos delegados titulares na Plenária Final.

§ 4º Durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será destinado espaço apropriado aos observadores.

## SEÇÃO I

### DOS DELEGADOS

**Art. 3º** Farão parte da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, na condição de delegados:

- I – representantes de entidades dos usuários;
- II - representantes de entidades ou órgãos dos trabalhadores de saúde;
- III – representantes de entidades dos prestadores de serviços de saúde;
- IV - representantes das Administrações Públicas Federal, Estadual e Municipal na área da saúde .

§ 1º A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será formada por 1.200 (um mil e duzentos) delegados, distribuídos da seguinte forma:

- I – usuários: 600 (seiscentos) delegados (50%);
- II – trabalhadores de saúde: 300 (trezentos) delegados (25%);
- IV – Administração Pública: 150 (cento e cinquenta) delegados (12,5%).

§ 2º São delegados natos os (as) representantes de cada entidade, órgão e instituição, conselheiro e conselheira titular e suplente, do Conselho Estadual de Saúde do Paraná - CES/PR, instituído pelo Decreto 6.323, de 29 de março de 2006, sendo que todos(as) serão inscritos(as) pela Secretaria Executiva do CES/PR.

§ 3º Constitui pré-requisito à participação na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, na qualidade de delegado, ter participado em Conferência Municipal de Saúde, realizada entre 1º de abril de 2007 e 05 de agosto de 2007, com exceção aos delegados participantes da Conferência Municipal de Saúde de Londrina, conforme deliberação do Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 4º** Todo delegado titular, de qualquer segmento, eleito para a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, terá que ter um único suplente, ambos participantes de Conferência Municipal de Saúde, mediante apresentação da lista de presença à mesma e comprovante de participação emitido pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde.

**Art. 5º** A distribuição dos 600 (seiscentos) delegados dos representantes de entidades de usuários dar-se-á por meio dos seguintes critérios, em conformidade com o Censo Oficial do IBGE, conforme quadro abaixo:

- I - 01 (um) por município de até 40.000 habitantes, totalizando 360 usuários;
- II - 03 (três) por município de 40.001 a 80.000 habitantes, totalizando 48 usuários;
- III - 05 (cinco) por município de 80.001 a 200.000 habitantes, totalizando 75 usuários;
- IV - 09 (nove) por município de 200.001 a 300.000 habitantes, totalizando 45 usuários;
- V - 10 (dez) por município de 300.001 a 500.000 habitantes, totalizando 20 usuários;
- VI – 16 (dezesesseis) para município com mais de 500.001 habitantes, totalizando 16 usuários;
- VII - 36 (trinta e seis) conselheiros delegados natos do CES/PR.

1ª Regional de Saúde – Paranaguá	11 delegados
2ª Regional de Saúde – Metropolitana	88 delegados
3ª Regional de Saúde - Ponta Grossa	22 delegados
4ª Regional de Saúde – Irati	11 delegados
5ª Regional de Saúde – Guarapuava	26 delegados
6ª Regional de Saúde - União da Vitória	11 delegados
7ª Regional de Saúde - Pato Branco	17 delegados
8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão	29 delegados
9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu	17 delegados
10ª Regional de Saúde – Cascavel	33 delegados
11ª Regional de Saúde - Campo Mourão	29 delegados

12ª Regional de Saúde – Umuarama	25 delegados
13ª Regional de Saúde – Cianorte	13 delegados
14ª Regional de Saúde – Paranavaí	30 delegados
15ª Regional de Saúde – Maringá	43 delegados
16ª Regional de Saúde – Apucarana	25 delegados
17ª Regional de Saúde – Londrina	37 delegados
18ª Regional de Saúde – Cornélio Procopio	24 delegados
19ª Regional de Saúde – Jacarezinho	24 delegados
20ª Regional de Saúde – Toledo	24 delegados
21ª Regional de Saúde – Telêmaco Borba	09 delegados
22ª Regional de Saúde – Ivaiporã	16 delegados
Conselheiros delegados natos do CES/PR	36 delegados

**Art. 6º** Os representantes de usuários para fins de representação nos Conselhos e na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná serão indicados pelo seu segmento/entidade aos quais os mesmos pertencam, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores.

**§ 1º** A eleição dos delegados de usuários deverá ser através de Conferência Municipal de Saúde e a inscrição do titular (ou de seu suplente) se fará com documentos comprobatórios de participação de ambos nessa Conferência Municipal de Saúde, conforme determina o art. 4º deste Regulamento, e cópia da ata da referida Conferência.

**§ 2º** Todos estes documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados do titular e de seu suplente, deverão ser remetidos, via Sedex 10, à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, devendo chegar até às 12:00 horas do dia 12 de setembro de 2007 impreterivelmente.

**§ 3º** Os representantes de usuários não deverão ter vínculo empregatício com governo da mesma esfera de governo e/ou a ocupação concomitante de livre provimento, ou cargo de confiança, ou cargo comissionado, ou cargo de chefia no Poder Executivo, situações que os caracterizam como gestores e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do delegado.

**§ 4º** O processo deverá ser comprovado em ata da reunião da entidade/plenária com a assinatura de todos os presentes.

**Art. 7º** A distribuição dos delegados representantes do segmento dos trabalhadores de saúde, será de 50% dos delegados do segmento dos usuários de cada Regional de Saúde, totalizando 300 (trezentos) delegados, conforme quadro abaixo:

1ª Regional de Saúde – Paranaguá	05 delegados
2ª Regional de Saúde – Metropolitana	46 delegados
3ª Regional de Saúde - Ponta Grossa	12 delegados
4ª Regional de Saúde – Irati	05 delegados
5ª Regional de Saúde – Guarapuava	13 delegados
6ª Regional de Saúde - União da Vitória	05 delegados
7ª Regional de Saúde - Pato Branco	08 delegados
8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão	14 delegados
9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu	08 delegados
10ª Regional de Saúde – Cascavel	16 delegados
11ª Regional de Saúde - Campo Mourão	14 delegados
12ª Regional de Saúde – Umuarama	12 delegados
13ª Regional de Saúde – Cianorte	06 delegados
14ª Regional de Saúde – Paranavaí	15 delegados

15ª Regional de Saúde – Maringá	22 delegados
16ª Regional de Saúde – Apucarana	12 delegados
17ª Regional de Saúde – Londrina	20 delegados
18ª Regional de Saúde – Cornélio Procopio	12 delegados
19ª Regional de Saúde – Jacarezinho	12 delegados
20ª Regional de Saúde – Toledo	12 delegados
21ª Regional de Saúde – Telêmaco Borba	04 delegados
22ª Regional de Saúde – Ivaiporã	08 delegados
Conselheiros delegados natos do CES/PR	18 delegados

**§ 1º** A vaga remanescente será cedida ao município-sede da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**§ 2º** A distribuição das vagas do segmento dos trabalhadores de saúde será definida por Plenária de trabalhadores em cada Regional de Saúde, agendada pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e com acompanhamento de membro definido da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e de entidade de trabalhadores que compõe o CES/PR, constituindo pré-requisito ter participado da Conferência Municipal de Saúde do seu respectivo município, conforme art. 4º deste Regulamento.

**§ 3º** Todos estes documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados do titular e de seu suplente, deverão ser remetidos, via Sedex 10, à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, devendo chegar até às 12:00 horas do dia 12 de setembro de 2007 impreterivelmente.

**§ 4º** A ocupação de cargos de confiança, ou de chefia, ou comissionado, ou de livre provimento, que interfiram na autonomia representativa do delegado, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do delegado.

**Art. 8º** A forma de escolha dos delegados representantes dos prestadores de serviço de saúde, será definida em Plenária pelo segmento de prestadores, mediada por membro definido da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, conforme lista de presença e a ata da reunião da Plenária, contemplando as várias regiões do Estado, totalizando 150 (cento e cinquenta) delegados, dos quais 08 (oito) conselheiros delegados natos do CES/PR, sendo obrigatória a participação em Conferência Municipal de Saúde do respectivo município, conforme disposto no art. 4º deste Regulamento.

**§ 1º** Todos estes documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados do titular e de seu suplente, deverão ser remetidos, via Sedex 10, à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, devendo chegar até às 12:00 horas do dia 12 de setembro de 2007 impreterivelmente.

**Art. 9º** A distribuição dos delegados representantes da Administração Pública em Saúde, totalizando 150 (cento e cinquenta) delegados, observará o seguinte critério:

- I – treze (13) delegados do segmento para a esfera federal;
- II - quarenta e nove (49) delegados do segmento para a esfera estadual;
- III - setenta e oito (78) delegados do segmento para a esfera municipal;
- IV – dez (10) conselheiros delegados natos do CES/PR.

**§ 1º** A forma de escolha dos delegados representantes da Administração Pública será definida pelo órgão regional do Ministério da Saúde/Funasa, pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR), em Plenária conjunta e conforme a ata da referida reunião e lista de presença assinada por todos os presentes, e mediada por membro definido da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, sendo obrigatória a participação de todo e qualquer delegado em Conferência Municipal de Saúde do respectivo município, conforme determina o art. 4º deste Regulamento.

**§ 2º** Todos estes documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados do titular e de seu suplente, deverão ser remetidos, via Sedex 10, à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, devendo chegar até às 12:00 horas do dia 12 de setembro de 2007 impreterivelmente.

**§ 3º** Caso alguma das entidades, órgãos ou instituições representantes da Administração Pública não preencha o número de delegados, as vagas serão repassadas para a SESA.

## **SEÇÃO II**

## **DA INSCRIÇÃO DOS DELEGADOS**

**Art. 10.** A Comissão Organizadora proporá as regras de inscrição dos delegados representantes de todos os segmentos para participar da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e orientações complementares que constarão do Regimento Interno, as quais deverão ser aprovadas pelo CES/PR.

§ 1º Encerrado o prazo das inscrições, as vagas que não estiverem devidamente preenchidas, serão redistribuídas aos municípios de Curitiba e Londrina.

§ 2º A inscrição de delegados de usuários e de trabalhadores será efetuada junto à Regional de Saúde até as 18 horas do dia 10 de setembro de 2007.

**Art. 11.** O prazo máximo para a inscrição de delegados para a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, via Sedex 10, expira obrigatoriamente às 12:00 horas do dia 12 de setembro de 2007, junto à Comissão Organizadora e Executiva da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná no Conselho Estadual de Saúde, na SESA, Rua Piquiri, nº 170, CEP 80.230-140, Curitiba – Paraná, com todos os comprovantes de documentos citados em artigos anteriores e com as fichas de inscrições corretamente preenchidas.

§ 1º As fichas de inscrição deverão conter nomes do segmento e do sub-segmento legíveis e nomes e dados legíveis do delegado titular e de seu respectivo suplente, bem como dados referentes à(s) entidade(s), órgão(s) ou instituição (ões) e sua abrangência.

§ 2º As fichas de inscrição deverão conter:

### **FICHA DE INSCRIÇÃO**

segmento;

Regional de Saúde;

responsável;

função/cargo.

### **DADOS DO DELEGADO.**

Nome;

RG;

UF do RG;

sexo;

subsegmento (ver tabela do verso);

entidade/órgão/instituição;

área de abrangência da entidade/órgão/instituição;

CEP;

endereço;

número;

complemento;

UF;

município;

bairro;

DDD;

fone;

ramal;

fax;

celular;

e-mail.

### **DADOS DO SUPLENTE.**

Nome;

RG;

UF da RG;

sexo;

subsegmento (ver tabela do verso);  
entidade/instituição/órgão;  
área de abrangência da entidade/órgão/instituição;  
CEP;  
endereço;  
número;  
complemento;  
UF;  
município;  
bairro;  
DDD;  
fone;  
ramal;  
fax;  
celular;  
e-mail.

**DADOS DO PARTICIPANTE.**

hospedagem;  
alimentação;  
necessidades especiais (alimentação – transporte – traslado - outros);  
especifique.

**OPÇÕES DE TEMAS PARA OFICINAS /TRABALHOS EM GRUPO (FICHA ANEXA À DE INSCRIÇÃO):**

**1. Políticas do Estado na Assistência Farmacêutica:**

farmacoepidemiologia e farmacovigilância;  
financiamento e responsabilidades (farmacoeconomia);  
Paraná Saúde (consórcio medicamentos);  
política dos medicamentos básicos;  
política dos medicamentos “controlados”;  
política dos medicamentos “excepcionais”.

**2. Políticas do Estado na Assistência Regional e de Fronteiras:**

Central de leitos;  
Central de regulação;  
Consórcios Intermunicipais de Saúde;  
hierarquização;  
políticas de saúde nas cidades portuárias e nos aeroportos internacionais;  
políticas de saúde nas fronteiras interestaduais e internacionais do Estado.

**3. Políticas do Estado na Assistência à Saúde e Acesso ao SUS:**

Atenção Básica: Equipe de Saúde Bucal (ESB), Emenda Constitucional 51, Lei Federal 11.350, PT/MS 648, Programa de Saúde da Família (PSF);  
fatores predisponentes e agravos à saúde da população negra;  
humanização no atendimento;  
internação domiciliar;  
Pacto pela Saúde;  
portadores de deficiências e reabilitação;  
promoção em Saúde.

#### **4. Políticas do Estado na Atenção à Criança e ao Adolescente:**

alcoolismo;  
drogadição;  
DST/AIDS;  
educação e promoção em saúde;  
gravidez na adolescência;  
obesidade, anorexia e bulimia;  
reinserção social ao adolescente infrator e em estado de risco;  
tabagismo;  
vigilância nutricional.

#### **5. Política do Estado em relação ao Controle Social no Âmbito do SUS:**

##### **capacitação permanente dos conselheiros;**

comunicação e informação no Controle Social;  
cumprimento da Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde;  
manifestação do Ministério Público.

#### **6. Políticas do Estado na DST/AIDS:**

adesão;  
financiamento;  
prevenção;  
populações e AIDS;  
vivendo com AIDS.

#### **7. Políticas do Estado nas questões de Agenda de Saúde, Auditoria Interna e Regulação, Financiamento e Orçamento, Fundo Estadual de Saúde, Pacto de Gestão, Planos de Saúde, Prestação de Contas e Relatório de Gestão, e SIOPS.**

#### **8. Políticas do Estado nos Recursos Humanos:**

concursos públicos/empregos públicos/testes seletivos;  
Emenda Constitucional 51 e a Lei Federal 11.350;  
organograma e fluxograma da SESA e das Regionais de Saúde;  
permuta de funcionários públicos SESA/municípios e vice-versa, SESA/Consórcios Intermunicipais de Saúde e vice-versa, SESA/outras unidades federativas;  
terceirização.

#### **9. Políticas do Estado na Saúde do Idoso:**

direitos dos idosos;  
DST/AIDS em idosos;  
hiperdia (diabetes mellitus e hipertensão arterial);  
prevenção de câncer;  
proteção e assistência aos idosos;  
reabilitação e reinserção social do idoso em estado de risco;  
vigilância nutricional.

#### **10. Políticas do Estado na Saúde Mental:**

drogadição;  
DST/AIDS;  
humanização no atendimento;  
medicamentos em saúde mental;  
Rede de Atenção à Saúde Mental (desospitalização, CAPS, outros)  
reinserção social.

#### **11. Políticas do Estado na Saúde da Mulher:**

DST/AIDS;

parto humanizado;

planejamento familiar;

prevenção do câncer de mama e câncer de colo uterino;

violência contra a mulher.

#### **12. Políticas do Estado na Saúde do Trabalhador:**

CERESTs;

CIST/CES e a Política do Estado;

DST/AIDS;

insalubridade e periculosidade;

política da Coordenação Estadual da Saúde do Trabalhador (CEST);

prevenção de agravos, danos e riscos.

#### **13. Políticas do Estado na Vigilância Ambiental e Saúde:**

depósito de resíduos sólidos;

educação ambiental;

lixo hospitalar;

SIS-ÁGUA;

SIS-AR e outros.

#### **14. Políticas do Estado na Vigilância em Saúde:**

farmacoepidemiologia;

farmacovigilância no Paraná;

perfis epidemiológicos relevantes no Paraná (agravos transmissíveis e não transmissíveis);

saúde do trabalhador;

vigilância epidemiológica;

vigilância nutricional;

vigilância sanitária.

### **SEÇÃO III**

#### **DOS OBSERVADORES E DOS CONVIDADOS**

**Art. 12.** Os observadores farão sua inscrição a partir das 13:00 horas do dia 12 de outubro, encerrando-se as inscrições no momento em que atingir 20% do total de delegados inscritos e presentes (pós credenciamento) na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, e conforme disposto no art. 2º deste Regulamento.

**Parágrafo único.** Os observadores não poderão ser transformados em delegados em hipótese alguma.

**Art. 13.** Caberá à Comissão Organizadora estabelecer quem serão os convidados para a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, submetendo os nomes para aprovação do CES/PR.

### **CAPÍTULO III**

#### **DO TEMÁRIO**

**Art. 14.** A Conferência terá como tema central: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento".

**§ 1º** As Conferências Municipais de Saúde do Estado do Paraná terão também como tema central: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento", conforme normas do Conselho Nacional de Saúde.

**§ 2º.** Na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná o tema central será abordado na Mesa de Abertura.

**§ 3º** A Mesa de Abertura da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será composta pelo Secretário de Estado de Saúde, pelo Presidente do CES/PR, pelo (a) Coordenador (a) da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e demais autoridades.

**Art. 15.** Serão organizadas Mesas de Exposição e Grupos de Trabalho para o debate dos temas relacionados ao tema central.

**§ 1º.** Os expositores das Mesas e convidados da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná serão indicados pela Comissão Organizadora e referendados pelo Plenário do CES/PR.

**§ 2º** Os temas são:

**1. Políticas do Estado na Assistência Farmacêutica:**

farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

financiamento e responsabilidades (farmacoeconomia);

Paraná Saúde (consórcio medicamentos);

política dos medicamentos básicos;

política dos medicamentos “controlados”;

política dos medicamentos “excepcionais”.

**2. Políticas do Estado na Assistência Regional e de Fronteiras:**

Central de leitos;

Central de regulação;

Consórcios Intermunicipais de Saúde;

hierarquização;

políticas de saúde nas cidades portuárias e nos aeroportos internacionais;

políticas de saúde nas fronteiras interestaduais e internacionais do Estado.

**3. Políticas do Estado na Assistência à Saúde e Acesso ao SUS:**

Atenção Básica: Equipe de Saúde Bucal (ESB), Emenda Constitucional 51, Lei Federal 11.350, PT/MS 648, Programa de Saúde da Família (PSF);

fatores predisponentes e agravos à saúde da população negra;

humanização no atendimento;

internação domiciliar;

Pacto pela Saúde;

portadores de deficiências e reabilitação;

promoção em Saúde.

**4. Políticas do Estado na Atenção à Criança e ao Adolescente:**

alcoolismo;

drogadição;

DST/AIDS;

educação e promoção em saúde;

gravidez na adolescência;

obesidade, anorexia e bulimia;

reinserção social ao adolescente infrator e em estado de risco;

tabagismo;

vigilância nutricional.

**5. Política do Estado em relação ao Controle Social no Âmbito do SUS:**

capacitação permanente dos conselheiros;

comunicação e informação no Controle Social;

cumprimento da Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde;

manifestação do Ministério Público.

#### **6. Políticas do Estado na DST/AIDS:**

adesão;

financiamento;

prevenção;

populações e AIDS;

vivendo com AIDS.

#### **7. Políticas do Estado nas questões de Agenda de Saúde, Auditoria Interna e Regulação,**

Financiamento e Orçamento, Fundo Estadual de Saúde, Pacto de Gestão, Planos de Saúde, Prestação de Contas e Relatório de Gestão, e SIOPS.

#### **8. Políticas do Estado nos Recursos Humanos:**

concursos públicos/empregos públicos/testes seletivos;

Emenda Constitucional 51 e a Lei Federal 11.350;

organograma e fluxograma da SESA e das Regionais de Saúde;

permuta de funcionários públicos SESA/municípios e vice-versa, SESA/Consórcios Intermunicipais de Saúde e vice-versa, SESA/outras unidades federativas;

terceirização.

#### **9. Políticas do Estado na Saúde do Idoso:**

direitos dos idosos;

DST/AIDS em idosos;

hipertensão (diabetes mellitus e hipertensão arterial);

prevenção de câncer;

proteção e assistência aos idosos;

reabilitação e reinserção social do idoso em estado de risco;

vigilância nutricional.

#### **10. Políticas do Estado na Saúde Mental:**

drogadição;

DST/AIDS;

humanização no atendimento;

medicamentos em saúde mental;

Rede de Atenção à Saúde Mental (desospitalização, CAPS, outros);

reinserção social.

#### **11. Políticas do Estado na Saúde da Mulher:**

DST/AIDS;

parto humanizado;

planejamento familiar;

prevenção do câncer de mama e câncer de colo uterino;

violência contra a mulher.

#### **12. Políticas do Estado na Saúde do Trabalhador:**

CERESTs;

CIST/CES e a Política do Estado;

DST/AIDS;

insalubridade e periculosidade;

política da Coordenação Estadual da Saúde do Trabalhador (CEST);

prevenção de agravos, danos e riscos.

### **13. Políticas do Estado na Vigilância Ambiental e Saúde:**

depósito de resíduos sólidos;  
educação ambiental;  
lixo hospitalar;  
SIS-ÁGUA;  
SIS-AR e outros.

### **14. Políticas do Estado na Vigilância em Saúde:**

farmacoepidemiologia;  
farmacovigilância no Paraná;  
perfis epidemiológicos relevantes no Paraná (agravos transmissíveis e não transmissíveis);  
saúde do trabalhador;  
vigilância epidemiológica;  
vigilância nutricional;  
vigilância sanitária.

**Art. 16.** A mesa e cada oficina/grupo de trabalho composto pelos expositores terão um Coordenador e Secretário previamente indicados pela Comissão Organizadora.

**Art. 17.** Serão admitidas teses-texto sobre o tema central, para orientar os trabalhos de grupo, previamente inscritas junto à Comissão Organizadora e Executiva até 10 de setembro de 2007.

**§ 1º** As teses-textos de subsídios sobre o tema da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná deverão ser referendadas mediante assinatura de representantes legais de três entidades de âmbito estadual devidamente reconhecida ou por Conferência Municipal de Saúde.

**§ 2º** As teses-textos de subsídios deverão ter no máximo três laudas, e deverão ser entregues em pendrive, ou CD RW Rom, ou disquete com extensão "DOC", gerados através do Programa Word for Windows, versão 6.0 ou superior com fonte Arial, tamanho 12, espaço duplo. Teses manuscritas ou datilografadas não serão aceitas.

**Art. 18.** Cada grupo terá um coordenador, um digitador e um relator indicados pela Comissão Organizadora, e um relator adjunto escolhido no grupo. O coordenador terá a função de presidir a reunião, controlar o tempo e estimular a participação de todos os membros do grupo. Os relatores se encarregarão de sintetizar as conclusões, as quais deverão compor a consolidação da versão preliminar do Relatório Final, junto à Comissão de Sistematização e Relatoria da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

**§ 1º** A Comissão Organizadora e a Comissão Executiva da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná realizarão reunião prévia com os coordenadores, digitadores e relatores para o estabelecimento de metodologia comum para discussão, relato e entrega de relatórios dos grupos.

**§ 2º** Cada grupo deverá discutir um tema. Caso haja disponibilidade de tempo poderá ser discutido o 2º tema, previamente indicado no ato do credenciamento.

**§ 3º** A distribuição para discussão dos temas nos grupos será definida pela Comissão Organizadora, garantindo no âmbito da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná a discussão de todos os temas.

**§ 4º** Os relatores de cada grupo deverão apresentar os relatórios à Comissão de Sistematização e Relatoria até às 19:00 horas do dia 12 de outubro de 2007.

**§ 5º** A Comissão de Sistematização e Relatoria deverá entregar os relatórios até às 08:00 horas do dia 13 de outubro de 2007, à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

**Art. 19.** A distribuição dos participantes nas oficinas/grupos de trabalho será feita no ato do credenciamento em número limitado e sempre procurando resguardar em conformidade com o art. 12 deste Regulamento. O número de observadores por grupo será limitado conforme a disponibilidade de vagas, de conformidade com o art. 12 deste Regulamento.

**§ 1º** Colocar as opções de temas para as oficinas/grupos de trabalho pela ordem de preferência (Anexo 2 da ficha de inscrição):

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

4 .....5 OUTRA.

§ 2º Será indicada outra oficina, se não houver vaga na oficina escolhida, a critério da Comissão Organizadora e da Comissão Executiva da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, na ordem das preferências anotadas no anexo 2 da ficha de inscrição.

## **CAPÍTULO IV**

### **DA ORGANIZAÇÃO**

**Art. 20.** A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será presidida pelo Presidente do CES/PR.

**Parágrafo único.** Em caso de eventual ausência, falta, renúncia ou impedimento a Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná indicará o seu substituto.

**Art. 21.** Para o desenvolvimento de suas atividades e a consecução de seus objetivos a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná disporá de:

I – Comissão Organizadora.

II - Comissão Executiva.

III – Comissão de Sistematização e Relatoria.

IV – Comissão Eleitoral.

#### **I – Comissão Organizadora.**

§ 1º São membros da Comissão Organizadora os representantes indicados pelas entidades, órgãos e instituições integrantes do Conselho Estadual de Saúde, definidos paritariamente em plenária:

Amauri Ferreira Lopes	Fórum de ONGs/AIDS
Gilberto Berguio Martin	SESA
Jean Paulo Fabrício	FEMIPA
João de Tarso Costa	FATIPAR
Jonas Braz	FNU
Maldissulei Correia	Sind. Serv. Munic.e Estaduais do Paraná
Rosani da Rosa Bendo	GRESS
Ruy Pedruzzi	<b>FAMPEAPAR</b>

§ 2º A Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná contará com um(a) coordenador(a), eleito(a) na Comissão e referendado(a) pela Plenária do CES/PR.

§ 3º A Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná contará também com coordenadores adjuntos e 1º e 2º relatores, eleitos pela própria Comissão Organizadora.

§ 4º Todo e qualquer componente da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será automaticamente substituído pelo Plenário ao faltar a 2 (duas) reuniões da Comissão acima, conforme deliberação anterior do mesmo.

#### **II - Comissão Executiva.**

§ 1º São membros da Comissão Executiva, indicados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA):

Amauri Ferreira Lopes	José Carlos Moraes
Maria Elizabethe Gonçalves	Marlene Gomes Costa
	Pacheco
Osvaldino Moreira Só	Paulo Sérgio Lucchesi
Roberto Lima Pimentel– coordenador da comissão	Rosani da Rosa Bendo
Amauri Ferreira Lopes	José Carlos Moraes
Maria Elizabethe Gonçalves	Marlene Gomes Costa
	Pacheco
Osvaldino Moreira Só	Paulo Sérgio Lucchesi
Roberto Lima Pimentel– coordenador da comissão	Rosani da Rosa Bendo

§ 2º Farão parte da Comissão Executiva automaticamente o Presidente e a Secretária Executiva do CES/PR e o (a) Coordenador (a) da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

§ 3º A Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e a Mesa Diretora do CES/PR poderão indicar outro membro de cada uma delas para compor também a Comissão Executiva.

§ 4º A Comissão Executiva poderá indicar outras pessoas e envolvê-las na organização e divulgação da Conferência, com aprovação prévia da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

### **III – Comissão de Sistematização e Relatoria.**

§ 1º Será indicado um relator para cada oficina/grupo de trabalho, em número de 20 (vinte).

§ 2º Será formada no Plenário do CES/PR uma Comissão de Sistematização e Relatoria responsável pela elaboração do documento enviado à Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e pela elaboração do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná

### **IV – Comissão Eleitoral.**

§ 1º A Comissão Eleitoral terá a atribuição de instruir o processo de eleição para o Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008/2009.

§ 2º A Comissão Eleitoral será composta por 5 (cinco) membros de entidades, órgãos ou instituições não participantes do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, e que também não poderão concorrer ao Processo Eleitoral para o CES/PR, indicados pela Comissão Organizadora e referendados pelo Plenário do CES/PR.

## **CAPÍTULO V**

### **DA PROGRAMAÇÃO**

**Art. 22.** A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná terá a seguinte programação:

§ 1º No dia **11 de outubro**: às 14:00 horas iniciar-se-á o credenciamento dos delegados; às 20:00 horas ocorrerá a Abertura Oficial, seguida de Apresentação Cultural e encerrar-se-á com a Palestra Magna da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. Nesta data haverá traslado normais dos hotéis para o local da Conferência a partir da 13 horas do dia e retorno até o fim da palestra magna.

§ 2º No dia **12 de outubro**: a Comissão Executiva dará às 8:00 horas continuidade ao credenciamento dos delegados titulares até às 10:00 horas da manhã; em seguida, imediatamente iniciará o credenciamento dos suplentes como delegados, em substituição aos seus respectivos titulares ausentes até às 12:00 horas; e das 13,00 às 14,00 horas fará o credenciamento dos observadores. Simultaneamente, às 8:00 horas ocorrerá “Atração Cultural”, seguida da leitura e aprovação do Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná no Auditório, onde, na seqüência haverá das 10:30 às 12:30 horas Mesa Redonda. Das 14 às 18,30 horas oficinas/grupos de trabalhos em salas devidamente identificadas pela Comissão Executiva. Nesta data haverá traslado normais dos hotéis para o local da Conferência das 7:30 até às 10 horas e retorno das 18:00 às 19:00 horas.

§ 3º O horário de almoço, todos os dias, será das 12,30 às 14 horas, em instalações no próprio Colégio Marista de Londrina. Não haverá interrupção das atividades durante o coffee-break da manhã e o da tarde.

§ 4º A Mesa Redonda deverá ser composta por representante indicado previamente pelo respectivo segmento em Plenária do CES/PR, e com a participação especial de representante do Ministério Público do Paraná/PROSAU, com 10 minutos para cada intervenção.

§ 5º Os relatórios finais das oficinas serão incorporados como subsídios para a Plenária Final e após aprovados por esta farão parte do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

§ 6º No dia **13 de outubro**: a partir das 08h00 horas realizar-se-á a Plenária Final com a leitura e aprovação do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, prolongando-se até o término da aprovação do Relatório Final. Nesta data haverá traslado normais dos hotéis para o local da Conferência das 07h30 até às 9:00 horas e retorno ao término da Plenária Final.

§ 7º No dia **14 de outubro**: às 08h00 horas “Atração Cultural”. Às 08h30 horas, em ambientes indicados pela Comissão Executiva, na presença de membros da Comissão Eleitoral, a eleição das instituições, entidades e órgãos nos segmentos de prestadores e dos gestores para o Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008/2009, seguida da eleição das entidades, órgãos e instituições nos segmentos de usuários e de trabalhadores. Na seqüência, leitura do nome das entidades, órgãos ou instituições eleitas para comporem o novo Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008/2009, acompanhada da leitura do nome das entidades, órgãos e instituições eleitas como “reservas”. Às 14h00 horas a eleição para definição e escolha dos delegados para representar o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em

Brasília, em novembro de 2007. Às 17h00 horas, perante a Comissão Eleitoral da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, homologação das entidades, órgãos e instituições eleitas para compor o novo Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008/2009, seguida da homologação das entidades, órgãos e instituições "reservas", que poderão assumir o Conselho Estadual de Saúde do Paraná em atendimento ao Regimento Interno do CES/PR e conforme o Regulamento e Regimento desta 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. Às 17h30 horas homologação dos delegados eleitos que irão representar o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em Brasília, em novembro de 2007. Às 18h30 horas encerramento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. Nesta data haverá traslado normais dos hotéis para o local da Conferência das 07h00 até às 8:00 horas e retorno das 18h30 às 19h30.

**§ 8º** Serão consideradas habilitadas para concorrer no Processo Eleitoral apenas as entidades, órgãos e instituições devidamente e previamente cadastradas no CES/PR, e que atendam ao disposto na Resolução nº 12/07 do CES/PR.

**§ 9º** A entidade, órgão ou instituição eleita para compor o novo Conselho Estadual de Saúde deverá estar presente no ato da homologação, previsto para as 17h00 horas do dia 14 de outubro de 2007, no Auditório do local da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. A sua falta ou ausência neste momento será considerada como desistência e renúncia, e implicará na sua substituição imediata por outra entidade, órgão ou instituição do mesmo segmento/subsegmento, presente no ato e que será homologada pela Comissão Eleitoral na própria Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**§ 10.** Os delegados eleitos para representar o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em Brasília, em novembro de 2007, também deverão estar presentes no ato de sua homologação, previsto para as 17h30 horas do dia 14 de outubro de 2007, e sua falta ou ausência será considerada como desistência da vaga e renúncia e implicará em que a própria Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná promova a substituição imediata por outro delegado, eleito, anteriormente, como seu suplente e presente no ato da homologação.

**§ 11.** Não serão aceitos recursos posteriores ao não cumprimento dos §§ 9º e 10 acima.

## **CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 23.** São atribuições da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, com o apoio operacional dos membros da Comissão Executiva:

I – promover a divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná;

II - promover a realização do evento, atendendo a todos os seus aspectos políticos, técnicos, administrativos e financeiros;

III - responsabilizar-se pela programação oficial;

IV - selecionar os conferencistas, debatedores e receber os documentos oficiais, submetendo-os à plenária do CES/PR e, em casos excepcionais, decidir sobre os mesmos;

V - organizar inscrições, credenciar delegados, convidados e observadores;

VI - elaborar e fornecer dados, propostas de Moções e de Resoluções, relatórios parciais, cópias de documentos e demais subsídios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos durante a Conferência;

VII – elaborar os Anais da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná, compreendidos de Resoluções pertinentes, Teses-Textos, Relatório da Plenária Final e Moções, no prazo de cento e cinquenta (150) dias após a Conferência;

VIII - incentivar a realização das Conferências Municipais de Saúde.

**Art. 24.** Compete ao (à) Coordenador (a) da Comissão Organizadora:

I - coordenar e dirigir todas as atividades necessárias à realização da Conferência, em conformidade com o presente Regulamento e posterior Regimento Interno;

II – solicitar à Mesa Diretora do CES/PR a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Organizadora;

III – promover a articulação com as demais comissões da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, mantendo a Comissão Organizadora informada do andamento dos trabalhos.

**Parágrafo único.** Na ausência, falta, impedimento ou renúncia do (a) Coordenador (a) da Comissão Organizadora compete ao 1º e ao 2º coordenadores adjuntos, na ordem, assumir as funções a ele (a) delegadas, além de auxiliá-lo (a) em todos os momentos de organização e da realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

## **CAPÍTULO VII - DOS RECURSOS**

**Art. 25.** As despesas com a realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná correrão por conta da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA.

§ 1º Todos os delegados e convidados terão direito ao almoço e ao coffee-break.

§ 2º Os delegados residentes até a distância de 30 (trinta) quilômetros da cidade de Londrina não terão direito a jantar, a hospedagem e a traslado.

§ 3º Os delegados representantes dos segmentos de prestadores e de gestores terão as suas hospedagens, jantares e traslado às custas de suas entidades, órgãos e instituições de origem.

§ 4º Os delegados representantes dos segmentos de usuários e de trabalhadores terão as despesas de viagens (ida e volta) por conta dos Conselhos Municipais de Saúde/Secretarias Municipais da Saúde de origem.

§ 5º Os delegados representantes dos segmentos de usuários e de trabalhadores terão as despesas de jantar e de hospedagem à custa do Conselho Estadual de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a partir das 13h00 horas do dia 11 até às 11h50 horas do dia 14 de outubro de 2007, no hotel em que foi feita a sua reserva. O hotel cobrará à parte, do delegado, as despesas advindas de uso de telefone, frigobar, bar, refeição ou lanche no quarto, lavanderia, estacionamento, táxi, diárias extras e de outros serviços.

§ 6º As despesas de viagens, refeições e hospedagens dos membros da Comissão Executiva correrão por conta da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná ou quando indicados pelo coordenador da Comissão Executiva e a serviço do preparo da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

§ 7º Os conselheiros estaduais terão as suas despesas custeadas pelo CES/PR.

## **CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 26.** As Regionais de Saúde do Estado do Paraná deverão fornecer todos os subsídios necessários para a realização das Conferências Municipais de Saúde e para a participação plena dos delegados na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

**Art. 27.** Serão fornecidos certificados, com a grade, a todos os participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

**Art. 28 -** Os casos omissos, não previstos neste Regulamento, serão resolvidos pela Comissão Organizadora.

Curitiba, 28 de março de 2007.

**Adm. R. M. Machado**

Presidente do CES/PR

## **ANEXO 2**

### **REGIMENTO INTERNO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

#### **CAPÍTULO I**

##### **OS DELEGADOS**

**Art. 1º** São considerados delegados à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná os representantes de entidades, órgãos e instituições eleitos segundo critérios previamente estabelecidos no Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e que se credenciarem até a aprovação do Regimento Interno na manhã do dia 12 de outubro de 2007.

**Parágrafo único.** A inscrição dos suplentes, em substituição aos titulares ausentes, como delegados à 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, estará autorizada após a aprovação do Regimento Interno, devendo ser feita até às 12 horas do dia 12 de outubro de 2007.

**Art. 2º** Somente os delegados inscritos terão direito a voto na aprovação do Regimento Interno. Os suplentes, convidados e observadores terão direito a voz.

#### **CAPÍTULO II**

##### **GRUPO DE TRABALHO**

**Art. 3º** Serão organizados 20 (vinte) grupos de trabalho, de acordo com o estabelecido no Regulamento. As reuniões serão realizadas no Colégio Marista da Cidade de Londrina/PR, na tarde do dia 12 de outubro de 2007, com início previsto para as 14:00 horas impreterivelmente.

§ 1º Será garantido um período mínimo de quatro horas para os trabalhos em grupo.

§ 2º Os grupos deverão ter como base para a discussão o tema central da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, os textos/teses de subsídios das oficinas temáticas e demais teses devidamente inscritas na Conferência, conforme o Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

§ 3º Poderão ser apresentadas novas propostas, por escrito, por participantes (delegados, entidades/órgãos/instituições) nas oficinas/trabalhos de grupos em que não estiverem presentes, desde que aceitas por pelo menos 30% dos delegados das respectivas oficinas/trabalhos de grupo, para serem incorporadas nos relatórios das mesmas.

**Art. 4º** A opção de inscrição para os grupos será feita no momento do preenchimento da ficha de inscrição dos delegados, garantindo-se a representação dos diferentes segmentos em cada grupo, respeitando-se a paridade.

§ 1º Nas opções dos temas, a ordem de preferência seguirá o seguinte critério: não havendo vaga na primeira oficina, será indicada a segunda oficina e assim sucessivamente.

§ 2º O limite máximo de vagas por grupo é de 48 (quarenta e oito) delegados, respeitando-se a paridade, dos quais 24 (vinte e quatro) serão usuários.

§ 3º Serão aceitas as inscrições de observadores nos grupos com um limite máximo de 20% dos delegados por sala, considerando a capacidade física da mesma.

**Art. 5º** Cada grupo terá palestrante(s), um coordenador, um digitador e um relator indicados pela Comissão Organizadora e aprovados pelo Plenário do CES/PR, e um relator adjunto escolhido no grupo. O coordenador terá a função de presidir a reunião, controlar o tempo e estimular a participação de todos os membros do grupo. Os relatores se encarregarão de sintetizar as conclusões, as quais deverão compor a consolidação da versão preliminar do Relatório Final, junto à Comissão de Sistematização e Relatoria da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

**§ 1º** Cabe aos palestrantes discorrer, conforme Regulamento, sobre o(s) tema(s) referente(s) à oficina/trabalho de grupo, com a finalidade de fornecer subsídios para a discussão e elaboração de propostas que serão incorporadas ao relatório da oficina/grupo de trabalho.

**§ 2º** Compete aos coordenadores:

I - proceder à apresentação dos integrantes;

II - esclarecer dúvidas quanto à dinâmica do grupo;

III - orientar os trabalhos, para que cada grupo discuta dois temas, priorizando-se esgotar pelo menos o primeiro dos temas, respeitando - se a ordem de discussão proposta para os mesmos;

IV – solicitar ajuda da Comissão Executiva nos problemas operacionais e de logística;

V – solicitar ajuda da Comissão Organizadora e da Comissão Executiva nos casos omissos.

**§ 3º** Cabe aos relatores:

I – dar redação clara e compreensível aos encaminhamentos aprovados pelo grupo;

II – apresentar os relatórios específicos para os temas discutidos no grupo à Comissão de Sistematização e Relatoria até às 19 horas do dia 12 de outubro de 2007.

**Art. 6º** Para apresentação na Plenária Final as propostas deverão contar com aprovação de no mínimo 30% dos delegados presentes no grupo.

**§ 1º** Apenas os delegados têm direito a voto; garante-se aos convidados e observadores o direito a voz nos trabalhos de grupo.

**§ 2º** A Comissão de Sistematização e de Relatoria deverá entregar, até às 8:00 horas do dia 13 de outubro de 2007, à Comissão Organizadora e à Comissão Executiva da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná a consolidação sistematizada das propostas aprovadas e constantes dos diversos relatórios de oficinas/trabalhos de grupos, as teses recebidas pela Comissão Organizadora conforme Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (Resolução CES/PR 013/07), além das propostas advindas das Conferências Municipais de Saúde que tenham relação com as etapas estadual e nacional e que tenham chegado via Sedex 10 na Secretaria Executiva do CES/PR até o dia 14 de setembro de 2007, que compõem a versão preliminar do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA PLENÁRIA FINAL**

**Art. 7º** A Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde tem como objetivos:

I - discutir e aprovar o Relatório Final com a avaliação do desenvolvimento das Políticas de Estado em Relação à Saúde, Qualidade de Vida e fixação de Diretrizes Gerais da Política Estadual de Saúde, no dia 13 de outubro de 2007;

II – homologar as entidades/órgãos/instituições eleitas para compor o Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008/2009 e as entidades/órgãos/instituições “reservas”, que substituirão as entidades/órgãos/instituições eliminadas por faltas, conforme Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR);

III – homologar os delegados titulares eleitos para representar o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde em novembro de 2007, em Brasília/DF;

IV – homologar a lista de suplentes de delegados, que substituirão delegados titulares faltosos, para representar o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde em novembro de 2007, em Brasília/DF;

V - apreciar e votar as moções.

**Parágrafo único.** Os objetivos constantes dos incisos II, III, IV e V serão apreciados e deliberados por prorrogação da Plenária Final no dia 14 de outubro de 2007.

**Art. 8º** Participarão da Plenária Final todos os membros da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. Os delegados terão direito a voz e voto. Os convidados e observadores terão direito a voz.

**Parágrafo único.** A Comissão Organizadora e Comissão Executiva designarão localizações específicas para todos os participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 9º** Os trabalhos serão coordenados e secretariados por uma Mesa Coordenadora, paritária, composta por membros indicados pela Comissão Organizadora e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 10.** A apreciação e votação do Relatório Final serão encaminhadas da seguinte forma:  
I - será efetuada a leitura do Relatório Final, sendo assegurado aos presentes o direito de solicitar o exame em destaque de pontos de divergência, para posterior discussão na Plenária;

II - os itens que não tiverem destaques, após a leitura do Relatório Final estarão automaticamente aprovados;

III - as solicitações e destaques feitos, através de manifestação verbal, deverão ser encaminhados em seguida por escrito à Mesa Coordenadora, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao item destacado;

IV - a cada proposta em destaque será garantida uma manifestação favorável e uma contrária, por no máximo dois minutos para cada parte; deve-se consultar se a Plenária está esclarecida. Estando a Plenária esclarecida, a matéria será imediatamente votada. Se a Plenária não estiver esclarecida, a Mesa Coordenadora poderá abrir para novas intervenções;

V - a aprovação das propostas dar-se-á por maioria simples dos votos dos delegados presentes, através dos respectivos crachás;

VI - o crachá dos delegados é de caráter pessoal e intransferível, de confecção única, sendo vedada a confecção de novo crachá mesmo em caso de perda;

VII - os destaques que envolvem questões de semântica ou de redação, que não alterem o sentido do texto base, não serão apreciados pela Plenária, cabendo à Comissão de Sistematização e Relatoria estabelecerem a redação para o Relatório Final;

VIII - farão parte do consolidado para apreciação e aprovação da Plenária Final a consolidação sistematizada das propostas aprovadas e constantes dos diversos relatórios de oficinas/trabalhos de grupos, as teses recebidas pela Comissão Organizadora conforme Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (Resolução CES/PR 013/07), além das propostas advindas das Conferências Municipais de Saúde que tenham relação com as etapas estadual e nacional e que tenham chegado via Sedex 10 na Secretaria Executiva do CES/PR até o dia 14 de setembro de 2007, que compõem a versão preliminar do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 11.** As intervenções em plenária terão precedência na seguinte ordem:

I - questão de ordem;

II - questão de esclarecimento;

III - questão de encaminhamento.

**§ 1º** O questionamento pela ordem à Mesa Coordenadora dar-se-á quando o Regimento Interno ou a Legislação não estiverem sendo cumpridos.

§ 2º O questionamento de esclarecimento à Mesa Coordenadora dar-se-á quando os delegados não estiverem esclarecidos quanto à proposta em questão.

§ 3º O questionamento de encaminhamento à Mesa Coordenadora dar-se-á quando os delegados sentirem que está havendo obstrução dos trabalhos.

§ 4º Durante os processos de votação estarão vedados os levantamentos de questões de ordem, de esclarecimento, ou de encaminhamento.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **DO PROCESSO ELEITORAL**

**Art. 12.** O Processo Eleitoral, elaborado e aprovado pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), será conduzido pela Comissão Eleitoral Especial, designada conforme a Resolução 013/07 artigo 21-IV.

**Parágrafo único.** A Comissão Eleitoral Especial será apoiada e subsidiada pela Comissão de Acompanhamento do Processo Eleitoral, composta por membros da Comissão Organizadora.

**Art. 13.** O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) é constituído por 36 (trinta e seis) membros titulares, e 36 (trinta e seis) membros suplentes, representantes de entidades/órgãos/instituições de comprovada e reconhecida abrangência estadual, sendo 18 (dezoito) representativas dos usuários, 9 (nove) representativas de trabalhadores e 9 (nove) representativas de prestadores de serviços e da administração pública.

**Art. 14.** Para candidatura à vaga no Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), a entidade/órgão/instituição deve cumprir todos os pré-requisitos estabelecidos pelas Resoluções 012/07 e 013/07 do CES/PR, inclusive enviar os documentos comprobatórios, via Sedex 10, à Secretaria Executiva do CES/PR, até o dia 12 de setembro de 2007.

§ 1º A entidade, órgão ou instituição eleita para compor o novo Conselho Estadual de Saúde deverá estar presente no ato da homologação, previsto para as 17:00 horas do dia 14 de outubro de 2007, no Auditório do local da Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. A sua falta ou ausência neste momento será considerada como desistência e renúncia, e implicará na sua substituição imediata por outra entidade, órgão ou instituição do mesmo segmento/subsegmento, presente no ato e que será homologada pela Comissão Eleitoral na própria Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

§ 2º Os delegados eleitos para representar o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em Brasília, em novembro de 2007, também deverão estar presentes no ato de sua homologação, previsto para as 17:30 horas do dia 14 de outubro de 2007, e sua falta ou ausência será considerada como desistência da vaga e renúncia e implicará em que a própria Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná promova a substituição imediata por outro delegado, eleito, anteriormente, como seu suplente e presente no ato da homologação.

**Art. 15.** Somente poderá candidatar-se à vaga de delegado do Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde os delegados regularmente inscritos, presentes na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, que participaram de todas as atividades da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, inclusive em oficina/grupo de trabalho do dia 12/10/07 e na Plenária do dia 13/10/07, confirmadas por lista de presença e meio eletrônico, além de cumprir os demais pré-requisitos do Processo Eleitoral constantes na Resolução 013/07.

**Parágrafo único.** Somente será aceitas inscrições para candidatar-se a vaga de delegado à 13ª Conferência Nacional de Saúde os delegados que se inscreverem na Secretaria Executiva da 8ª

Conferência Estadual de Saúde do Paraná no período das 17 às 19 horas do dia 13 de outubro de 2007 e que preencham todos os requisitos constantes do Regulamento e do Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 16.** Os casos omissos, não previstos no Processo Eleitoral, serão solucionados pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

## **CAPÍTULO V DAS MOÇÕES**

**Art. 17.** Encerrada a apresentação das entidades, órgãos e instituições, que irão compor o Conselho Estadual de Saúde, serão apreciadas as moções encaminhadas por escrito, exclusivamente por delegados, à Secretaria da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná até às 12 horas, do domingo, dia 14 de outubro de 2007.

§ 1º Cada moção, digitada ou datilografada, deverá ser assinada pelo menos por sessenta delegados, constando seu RG. e entidade/órgão/instituição que representa.

§ 2º A Secretaria da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná organizará as moções recebidas, classificando-as por área temática, de forma a facilitar o andamento dos trabalhos.

**Art. 18.** A mesa coordenadora da Plenária Final efetuará a leitura das moções e garantirá ao propositor o tempo máximo de dois minutos para sua defesa.

**Parágrafo único.** Será facultado aos delegados, a critério da Mesa Coordenadora, defender pelo mesmo tempo uma manifestação contrária à moção, sem direito à tréplica.

**Art. 19.** A aprovação das moções dar-se-á por maioria simples dos delegados presentes.

## **CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 20.** Será dado prazo de 120 dias para a Comissão de Sistematização e Relatoria elaborarem o Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e, após aprovação imediata pelo Plenário do CES/PR, remetê-lo a todas as entidades/órgãos/instituições pertinentes e a todos os Conselhos e Secretarias Municipais da Saúde do Estado do Paraná.

**Art. 21.** Os casos omissos, não previstos neste Regimento Interno, serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

Curitiba, 04 de junho de 2007.

**Adm. R.M. Machado**  
Presidente do CES/PR

### **ANEXO 3 - RESOLUÇÕES**

#### **RESOLUÇÃO CES/PR n.º 012/07**

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, regulamentado conforme disposto no inciso III do artigo 169, da Constituição Estadual e artigo 1º das Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelas Leis Estaduais nº 10.913, de 04 de outubro de 1994, e nº 11.188, de 09 de novembro de 1995, no uso de sua competência regimental conferida pelo art. 5º, reunido em sua 129ª Reunião Ordinária, realizada em 28 de março de 2007,

- considerando a realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde para os dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 2007;
- considerando que durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde ocorrerá o Processo Eleitoral que definirá a composição do Conselho Estadual de Saúde para gestão 2008 – 2009;
- considerando que a definição da escolha dos delegados de todos os segmentos que representarão o Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em Brasília, em novembro de 2007, também ocorrerá em Processo Eleitoral durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná;
- considerando que as Entidades, Órgãos e Instituições, atendendo o que dispõe as Leis Estaduais 10.913, de 04 de outubro de 1994 e 11.188, de 09 de novembro de 1995, passarão pelo Processo Eleitoral;
- considerando a necessidade de critérios para a organização do Processo Eleitoral para o Conselho Estadual de Saúde e para a escolha dos delegados representantes do Estado do Paraná na 13ª Conferência Nacional de Saúde,

#### **RESOLVE:**

- Criar o Cadastro de Entidades, Órgãos e Instituições de âmbito estadual candidatas ao Conselho Estadual de Saúde do Paraná.
- Que para a implantação do referido Cadastro cada Entidade, Órgão e Instituição deverão preencher formulário específico, definido pelo CES/PR, anexando os seguintes documentos: Ata de Posse e ou Estatuto, Composição da Diretoria, Relatório de Atividades, endereço completo e comprovação de atuação de há pelo menos de 1 (um) ano de existência de cunho estadual.
- Que as atuais Entidades, Órgãos e Instituições do Conselho Estadual de Saúde também devem atualizar seus dados para o Cadastro.
- Que a Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná fará ampla divulgação sobre a existência e obrigatoriedade de preenchimento do Cadastro e da necessidade de cadastramento, em tempo hábil, até 10 de setembro de 2007, por sedex 10 dirigido à Secretaria Executiva do Conselho Estadual do Paraná, as Entidades, Órgãos e Instituições interessadas em participar do Processo Eleitoral do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

Curitiba, 28 de março de 2007.

*Adm. R. M. Machado*

Presidente do CES/PR

Homologo a Resolução CES/PR nº 12/07, nos termos do parágrafo 2º, artigo 1º da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

*Dr. Cláudio Murilo Xavier*

Secretário de Estado da Saúde

#### **RESOLUÇÃO CES/PR nº 001/08**

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, regulamentado conforme disposto no inciso III, do artigo 169, da Constituição Estadual e artigo 1º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pela

Lei Estadual nº 10.913, de 04 de outubro de 1994, no uso de sua competência regimental conferida pelo art. 5º, reunido em sua 1ª reunião extraordinária realizada em 08 de janeiro de 2008 e considerando:

- o pedido de vistas e o parecer da Comissão Eleitoral que apontaram irregularidades no processo eleitoral decorrido na 8ª Conferência Estadual de Saúde, em Londrina:

- a necessidade de cumprir os princípios norteadores da administração pública, quais sejam: transparência, legalidade, impessoalidade, publicidade e moralidade;

- a necessidade de recuperar a legitimidade do processo eleitoral para composição do Conselho Estadual de Saúde – gestão 2008/2009;

**RESOLVE:**

I - anular o processo eleitoral;

II - organizar novo processo eleitoral para todas as entidades delegadas e que efetivamente participaram da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

III - revogar a Resolução CES/PR nº 032/07;

**1 - DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ELEITORAL**

**1.1** - A Comissão Eleitoral verificará se a entidade, órgão e instituição que manifestar interesse em compor o Conselho Estadual de Saúde, gestão 2008-2009, teve participação em Conferências Municipais de Saúde;

**1.2** - As entidades, órgãos e instituições do segmento de usuários deverão informar qual (s) Conferência (s) Municipal (s) que as elegeram como entidades delegadas da 8ª Conferência Estadual de Saúde, assim como, os demais segmentos deverão indicar a (s) plenária (s) que os elegeram para a 8ª Conferência Estadual de Saúde;

**1.3** - Os delegados natos, conselheiros do Conselho Estadual de Saúde do Paraná serão representados única e exclusivamente na 8ª Conferência Estadual de Saúde através da entidade que representam no Conselho Estadual de Saúde - gestão 2006/2007;

**1.4** - Para concorrer ao processo eleitoral, a entidade, órgão ou instituição deverá apresentar a seguinte documentação, com registro na listagem enviada (check-list):

a) formulário definido pelo CES/PR para este fim;

b) ata de posse, estatuto, regimento interno ou carta de princípios que comprove a missão do órgão, instituição, entidade;

c) informar a diretoria ou coordenação completa com o respectivo cargo e o nome dos ocupantes respeitando a ata de posse, estatuto, regimento interno ou carta de princípios da entidade, órgão, instituição;

d) relatório de atividades;

e) endereço completo,

f) comprovação de atuação de, pelo menos, um ano de existência em cunho estadual; e

g) comprovação de inserção e atuação em, no mínimo, cinco regionais de saúde, de acordo com a estrutura administrativa da SESA.

h) as entidades, órgãos, instituições aptas a disputarem as vagas ao CES/PR, gestão 2008-2009, deverão indicar seu representante legal na condição de titular e suplente na ficha de cadastro de inscrição.

Entendendo-se por:

**§ 1º - Cunho Estadual** – é toda a instituição, órgão ou entidade com representação, domicílio e atuação no território do Estado do Paraná. Para ser considerado de cunho estadual, a instituição, órgão ou entidade não precisa ter cinco sedes administrativas, mas sim, base de filiados, de representantes ou de delegados distribuída em, no mínimo, cinco regionais de saúde. É obrigatório apresentar declaração devidamente assinada por representante legal, informando a base atendida em cada uma das Regionais de Saúde. O termo “base atendida” é compreendida por associações, serviços prestados, núcleos ou sub-diretorias.

**§ 2º - Âmbito Nacional** – é a entidade, instituição ou órgão que tem atuação em diversos estados da federação. As entidades, órgãos e instituições nacionais devem comprovar que desenvolvem diretamente

ações e serviços no Estado do Paraná, de acordo com definição de cunho estadual descrita na presente Resolução.

**§ 3º - Entidades que congregam outras entidades** – é toda organização, instituição, órgão que aglutina outras entidades, mas que mantém entre si missão, objetivos e lutas específicas, bem como, estruturas organizativas e/ou legais própria.

**§ 4º - Relatório de Atividade** – são os serviços e ações desenvolvidas pela entidade, órgão ou instituição realizados no prazo de um ano, até a data da 8ª Conferência Estadual de Saúde, ou seja, no período de setembro de 2006 a outubro de 2007. O relatório de atividades deve ser devidamente comprovado, através de, no mínimo, três modalidades dos seguintes documentos: atas de reuniões inter e intra-institucionais, promoção ou participação em eventos, projetos elaborados e/ou executados, desenvolvidos, analisados ou acompanhados, relatórios de gestão, publicações oficiais, informativos ou cartilhas educativas.

**§ 5º - Entidades/Órgãos/Instituição Pública** – No caso de Entidades/Órgãos/Instituições Públicas, a ata de posse poderá ser substituída por decreto, resolução ou outro documento oficial de nomeação de posse dos respectivos dirigentes.

## **2 - DAS ETAPAS DO PROCESSO ELEITORAL**

**2.1** – A Comissão Eleitoral expedirá correspondência orientando todas as entidades, órgãos e instituições com participação de delegados na 8ª Conferência Estadual de Saúde, sobre o processo eleitoral e a relação de datas importantes para a execução desse processo. Anexas a esse documento serão encaminhadas ainda cópia da Resolução do CES/PR, do formulário de inscrição, além da listagem onde as entidades, os órgãos e instituições deverão registrar quais os documentos que efetivamente estão sendo remetidos (check-list), todos descritos no item 1.4, do tópico DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ELEITORAL.

**2.2** – As entidades, órgãos e instituições interessadas em concorrer ao processo eleitoral terão, exclusiva e obrigatoriamente, inclusive as sediadas na Capital do Estado, de remeter a documentação completa, **por Sedex, com Aviso de Recebimento – A.R.**

**2.3** – A correspondência, contendo a documentação exigida, formulário e check-list preenchidos, deverá ser nominada e enviada ao seguinte destinatário:

**Presidente do Conselho Estadual de Saúde**

**Raymundo Marques Machado**

Rua Augusto Stresser, nº. 600, Alto da Glória - Curitiba – PR.

**CEP: 80.030-340.**

**2.4** - No ato da postagem da documentação, os concorrentes deverão estar certos de que a correspondência está completa, uma vez que não haverá, em hipótese alguma, prorrogação de prazo para complementação de itens exigidos e não anexados ao documento.

**2.5** – O presidente do CES receberá a documentação, mas não abrirá as correspondências que deverão ser guardadas em lugar seguro e trancado.

**2.6** – Os envelopes serão abertos em reunião pública, pela Comissão Eleitoral, em data, horário e local para simples verificação do preenchimento da listagem e remessa dos documentos exigidos, facultando-se o acompanhamento pelos órgãos, instituições e entidades, interessadas.

**2.7** – A Comissão Eleitoral, com apoio da SESA, posteriormente, em data, horário e local definido, reunir-se-á para avaliar a documentação apresentada e emitir parecer, por escrito.

**2.8** – Fica sob a responsabilidade dos contatos do Conselho Estadual de Saúde do Paraná junto às Regionais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde e SESA, por meio do *site*, dar publicidade, de cada momento do processo eleitoral às entidades, órgãos e instituições aptas a concorrerem às vagas do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, gestão 2008/2009.

**2.9** – A partir da data do parecer da Comissão Eleitoral, que definirá as entidades aptas a concorrer ao processo eleitoral, as entidades que se julgarem prejudicadas terão prazo de 48 horas para apresentação, objetiva, de recurso.

**2.10** – Os recursos serão analisados pela Comissão Eleitoral.

### **3 – DA COMISSÃO ELEITORAL**

**3.1** – A Comissão Eleitoral será composta pelas seguintes entidades, órgãos e instituições que não concorrerão ao processo eleitoral, garantindo, assim, independência e autonomia. Segue a relação da representação das entidades, órgãos, instituições que serão convidadas a integrarem a Comissão:

Assembléia Legislativa

Sindicato dos Jornalistas,

Tribunal de Contas do Estado do Paraná

IDDEHA- Instituto de Defesa dos Direitos Humanos

Tribunal Regional Eleitoral

### **4 - DA PLENÁRIA ELEITORAL DO CES/PR**

**4.1** – O credenciamento para participação na plenária eleitoral será feito no próprio local de sua realização, das 9:00 às 12:00 horas;

**4.2** – A plenária eleitoral será realizada no dia 23 de fevereiro das 13:00 às 17:00 horas, em Curitiba, em local a ser definido e amplamente divulgado pela Comissão Eleitoral;

**4.3** – A homologação será feita a partir das 18:00 horas do dia 23 de fevereiro de 2008;

**4.4** – A vinda dos delegados do segmento de usuários e trabalhadores será custeada da seguinte forma: o custeio do transporte será de responsabilidade dos municípios /Conselhos Municipais de Saúde de origem; a alimentação, a locação do espaço para a realização da plenária, a infra-estrutura e o traslado dentro da cidade de Curitiba, serão custeados pela SESA/Fundo Estadual de Saúde;

**4.5** – A Comissão Eleitoral organizará a listagem de entidades por sub-segmentos;

**4.6** – A Comissão Eleitoral divulgará o ensalamento de forma visível, contendo a relação de entidades que compõe cada sub-segmento.

### **5 - DOS PRAZOS**

**5.1** – Data limite do envio da documentação pela Comissão Eleitoral, com apoio executivo da SESA: 14 de janeiro de 2008;

**5.2** – Entrega da documentação (data de postagem) das entidades, órgãos e instituições que desejam participar do processo eleitoral: 26 de janeiro de 2008.

**5.3** – Data, horário e local de abertura das correspondências: 01 de fevereiro de 2008, a partir das 14:00 horas, no auditório da SESA.

**5.4** – Data, horário e local para análise da documentação enviada pela Comissão Eleitoral: entre 06 a 08 de fevereiro/2008, devendo as datas e os horários para análise serem definidas pela Comissão Eleitoral, após sua constituição, e, serem divulgados no *site* da SESA.

**5.5** – Data, horário e local de divulgação das entidades inscritas habilitadas e não habilitadas: 08 de fevereiro de 2008, às 18:00 horas, na SESA.

**5.6** – Data e local para apresentação de recursos: 11 e 12 de fevereiro de 2008, das 14:00 às 16:00 horas, no Gabinete do Secretário/SESA, A/C da Comissão Eleitoral.

**5.7** – Data e horário de credenciamento para a plenária eleitoral: 23 de fevereiro de 2008, das 9:00 às 12:00 horas.

**5.8** – Data e horário da plenária eleitoral – 23 de fevereiro de 2008, das 13:00 às 17:00 horas,

**5.9** – Data e horário da homologação – 23 de fevereiro de 2008, às 18:00 horas.

**5.10** – O processo eleitoral deverá ocorrer no máximo em 45 dias corridos.

### **6 – DISPOSIÇÕES FINAIS**

**6.1** – O Conselho Estadual de Saúde do Paraná declara que não haverá vacância. Está garantido que em 23 de fevereiro o Conselho Estadual de Saúde será formalmente homologado, dando início aos seus trabalhos de controle social no SUS no Estado do Paraná, a partir da sua nomeação.

**6.2** – Ficam revogadas as seguintes disposições da Resolução do Conselho Estadual de Saúde do Paraná nº. 28 do CES-PR: caput da Resolução citada, parágrafo único do artigo 1º, parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do artigo 6º, artigo 8º, artigo 9º, artigo 10º, artigo 11º e o artigo 21, inciso IV, da Resolução nº 13.

**6.3** - Questões omissas serão resolvidas pela própria Comissão Eleitoral do Processo.

Curitiba, 08 de janeiro de 2008.

***Adm. R. M. Machado***

Presidente do CES/PR

Homologo a Resolução CES/PR nº 01/08, nos termos do § 2º, art. 1º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

***Dr. Gilberto Berguio Martin***

Secretário de Estado da Saúde

## **ANEXO 4**

### **DO PROCESSO ELEITORAL**

O pedido de vistas solicitado na 10ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde realizada dia 30 de outubro de 2007, pela entidade conselheira do segmento de usuários, FNU - Federação Nacional dos Urbanitários, representada pelo conselheiro Ivanor de Oliveira Valentini, originou o parecer apresentado pelo mesmo na 137ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, realizada no dia 28 de novembro de 2007 que concluiu pela anulação do processo eleitoral realizado durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, apontando vários vícios e irregularidades ocorridas durante o mesmo em alguns sub-segmento por algumas entidades. O Parecer recebeu 20 votos favoráveis, 04 votos contrários e três abstenções.

Após amplo debate realizado pelo Conselho Estadual de Saúde por várias reuniões para as quais contou com a presença do Ministério Público, o Conselho aprovou a Resolução 001/2008 que anulava o processo eleitoral ocorrido durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, convocando novo Processo Eleitoral com o nome de Plenária Extraordinária Eleitoral da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, para o dia 16 de fevereiro de 2008, no Colégio Estadual do Paraná, com credenciamento das entidades consideradas aptas a concorrerem ao novo processo, das 09h00 às 12h00 e plenária eleitoral das 13h00 às 17h00.

Esta plenária não ocorreu em função do Mandato de Segurança nº. 50.701, impetrado pela entidade conselheira FAMPEAPAR - Federação das Associações das Micros e Pequenas Empresas do Estado do Paraná, por se sentir prejudicada no desenvolver do processo.

Após esse fato foi declarada a vacância do Conselho, sendo instituído o Conselho Provisório, composto por entidades participantes da 8ª Conferência, através do Decreto 2635 de 08 de maio de 2008, com o objetivo de estabelecer a realização de novo processo eleitoral.

### **CONSELHO PROVISÓRIO:**

#### **DECRETO Nº 2635 - 08/05/2008**

Publicado no Diário Oficial Nº 7716 de 08/05/2008

Súmula: Instituído, em caráter provisório, Conselho Estadual de Saúde do Paraná - CES/PR.

O GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 87, Inciso V da Constituição Estadual,

#### **DECRETA:**

Art. 1º Fica Instituído, em caráter provisório, conforme disposto no art. 15 da Lei Estadual nº 10.913, de 4 de outubro de 1994, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR.

Art. 2º O Conselho de que trata o artigo anterior, será composto por representação paritária, obedecida à proporcionalidade na Lei Regulamentadora, pelos representantes das seguintes entidades:

#### **a) REPRESENTANTES DOS GESTORES E PRESTADORES DE SAÚDE:**

I – 1 (um) representante da Secretaria de Estado da Saúde, na condição de titular e suplente;

II – 1 (um) representante do Fundo Estadual de Saúde, na condição de titular e suplente;

III – 1 (um) representante do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, na condição de titular e suplente;

IV – 1 (um) representante do Ministério da Saúde, Representado pela Fundação Nacional de Saúde, na condição de titular e suplente;

V – 1 (um) representante do Hospital Universitário de Londrina, na condição de titular;

VI – 1 (um) representante da Universidade Federal do Paraná – UFPR, na condição de suplente;

VII – 1 (um) representante da Federação dos Hospitais do Paraná – FEHOSPAR, na condição de titular e suplente;

VII – 1 (um) representante da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Paraná – FEMIPA, na condição de titular e suplente;

VIII – 1 (um) representante da Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, na condição de titular e suplente;

IX – 1 (um) representante do Hospital Universitário de Maringá, na condição de titular;

X – 1 (um) representante do Hospital Universitário – UNIOESTE, na condição de suplente;

#### **b) REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:**

XI – 1 (um) representante da Associação Brasileira de Odontologia – ABO, na condição de titular;

XII – 1 (um) representante do Conselho Regional de Odontologia – CRO, na condição de suplente;

XIII – 1 (um) representante do Conselho Regional de Farmácia – CRF, na condição de titular e suplente;

XIV – 1 (um) representante do Conselho Regional de Medicina Veterinária – CRMV, na condição de titular;

XV – 1 (um) representante do Conselho Regional de Medicina – CRM, na condição de suplente;

XVI – 1 (um) representante do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, na condição de titular;

XVII – 1 (um) representante do Conselho Regional de Educação Física – CREF, na condição de suplente;

XVIII – 1 (um) representante do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO, na condição de titular;

XIX – 1 (um) representante do Conselho Regional de Nutrição, na condição de suplente;

XX – 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN, na condição de titular;

XXI – 1 (um) representante do Conselho Regional de Psicologia – CRP, na condição de suplente;

XXII – 1 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde Pública do Estado do Paraná – SindSaúde;

XXIII – 1 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência – SINDPREVS, na condição de titular e suplente;

XXIV – 1 (um) representante do Conselho dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais e Estaduais do Paraná, na condição de titular;

XXV – 1 (um) representante da Associação dos Servidores do SUS – ASSEF, na condição de suplente.

#### **c) REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS**

XXVI – 1 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Refinação, Destilação, Exploração e Produtos do Petróleo nos Estados do Paraná e Santa Catarina –SINDIPETRO, na condição de titular e suplente;

XXVII – 1 (um) representante da Federação Nacional dos Urbanitários – FNU, na condição de Titular e suplente;

XXVIII – 1 (um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado do Paraná – FETAEP, na condição de titular e suplente;

XXIX – 1 (um) representante da Central Única dos Trabalhadores, na condição de titular;

XXX – 1 (um) representante da Força Sindical, na condição de suplente;

XXXI – 1 (um) representante da Federação das Associações da Terceira Idade do Paraná –FATIPAR, na condição de titular e suplente;

XXXII – 1 (um) representante do Fórum Popular de Saúde – FOPS, na condição de titular;

XXXIII – 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde – MOPS, na condição de suplente;

XXXIV – 1 (um) representante do Fórum Ong/AIDS, na condição de titular e suplente;

XXXV – 1 (um) representante do Instituto Brasileiro de Deficientes Visuais em Ação, na condição de titular;

XXXVI – 1 (um) representante da Federação das Entidades Portadoras de Deficiências Físicas do Paraná – DEFIPAR, na condição de suplente;

XXXVII – 1 (um) representante da Associação de Defesa e Orientação do Cidadão – ADOC, na condição de

titular e suplente;

XXXVIII – 1 (um) representante da Federação das Associações de Moradores do Paraná – FAMOPAR, na condição de titular e suplente;

XXXIX – 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rural Sem Terra – MST, na condição de titular e suplente;

XL – 1 (um) representante da Central de Movimento Populares do Paraná, na condição de titular;

XLI – 1 (um) representante da Pastoral da Saúde, na condição de suplente;

XLII – 1 (um) representante da Pastoral da Criança, na condição de titular e suplente;

XLIII – 1 (um) representante da ECOFORÇA, na condição de titular e suplente;

XLIV – 1 (um) representante da Federação do Comércio do Paraná – FECOMÉRCIO, na condição de titular;

XLV – 1 (um) representante da Federação das Indústrias do Estado do Paraná – FIEP, na condição de suplente;

XLVI – 1 (um) representante da Federação da Agricultura do Estado do Paraná – FAEP, na condição de titular e suplente;

XLVII – 1 (um) representante da União Brasileira de Mulheres, na condição de titular;

XLVIII – 1 (um) representante da Associação de Entidades de Mulheres do Paraná, na condição de suplente;

XLIX – 1 (um) representante do Instituto Afro-Brasileiro do Paraná, na condição de titular;

L – 1 (um) representante da Rede de Mulheres Negras, na condição de suplente.

§ 1º Os membros do CES/PR, serão nomeados pelo Governador do Estado do Paraná, mediante indicação:

a) Dos Secretários de Estado, do Delegado Regional do Ministério da Saúde e dos representantes dos estabelecimentos dos privados e filantrópicos vinculados ao SUS referidos nos incisos I a X;

b) Dos dirigentes das entidades de classe referidos nos incisos XI a XXV;

c) Dos dirigentes das entidades referidas nos incisos XXVI a L.

§ 2º A indicação para fins de nomeação dar-se-á no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação deste Decreto, não acarretando impedimento à instalação, a eventual falta de indicação de qualquer dos representantes.

§ 3º Os órgãos, entidades e demais instituições referidos neste artigo, indicarão membros suplentes em número igual ao dos titulares, podendo propor a qualquer tempo, por intermédio de seus representantes legais, a substituição.

§ 4º Na hipótese de substituição dos membros indicados, a nomeação dar-se-á por ato do Governador do Estado.

Art. 3º Caberá ao Secretário de Estado da Saúde, na qualidade de representante legal do gestor estadual do Sistema Único de Saúde, convocar e instalar a plenária do Conselho Estadual de Saúde – CES/PR, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, a contar da publicação deste Decreto.

Art. 4º A organização e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde – CES/PR, ora instituído, serão disciplinados pelo Regimento Interno conforme Resolução 006/08.

Art. 5º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogados o Decreto nº 408, de 23 de fevereiro de 1995 e demais disposições em contrário.

Curitiba, em 08 de maio de 2008, 187º da Independência e 120º da República.

ROBERTO REQUIÃO,

Governador do Estado

GILBERTO BERGUIO MARTIN,

Secretário de Estado da Saúde

JUSSARA BORBA GUSSO,

Chefe da Casa Civil substituta

O novo processo eleitoral foi estabelecido através da Resolução nº 012/2008 do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, para o dia 26 de julho de 2008, no Colégio Estadual do Paraná. A Resolução nº 009/2008 do Conselho apontou as entidades consideradas aptas a participarem do processo eleitoral conforme o estabelecido na Resolução 001/2008. No processo eleitoral foram eleitas as entidades descritas a seguir que compõe a gestão 2008-2009 do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, empossadas através do Decreto 3353 de 02 de setembro de 2008.

#### **GESTÃO 2008-2009:**

##### **DECRETO Nº 3353 - 02/09/2008**

Publicado no Diário Oficial Nº 7798 de 02/09/2008

Súmula: Instituído o Conselho Estadual de Saúde do Paraná-CES/PR, Secretaria de Estado da Saúde -SESA. O GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 87, inciso V da Constituição Estadual,

#### **DECRETA:**

Art. 1º Fica instituído, conforme disposto no artigo 6º da Lei Estadual nº 10.913, de 4 de outubro de 1994, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, eleito na Plenária Extraordinária Eleitoral da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, em 26 de julho de 2008, para a GESTÃO 2008 – 2009.

Art. 2º O Conselho Estadual de Saúde do Paraná, que trata o artigo anterior, será composto por representação paritária, obedecida à proporcionalidade na Lei Regulamentadora e o art. 6º, § 4º do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, 006/08, pelos representantes das seguintes Entidades:

##### **A - Representantes dos Gestores e Prestadores de Saúde**

I - 1 (um) representante da Secretaria de Estado da Saúde - SESA na condição de titular e suplente;

II - 1 (um) representante do Fundo Estadual de Saúde, na condição de titular e suplente;

III - 1(um) representante do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/PR, na condição de titular e suplente;

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde, representado pela FUNASA - Fundação Nacional de Saúde, na condição de titular e suplente;

V - 1 (um) representante do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, na condição de titular e suplente;

VI - 1 (um) representante da Federação dos Hospitais do Paraná – FEHOSPAR, na condição de titular e suplente;

VII - 1 (um) representante da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Paraná – FEMIPA, na condição de titular e suplente;

VIII - 1 (um) representante da Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – ACISPAR, na condição de titular e suplente;

IX - 1 (um) representante do Hospital Universitário de Maringá, na condição de titular e suplente;

##### **B - Representantes dos Profissionais da Saúde**

X - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Odontologia – ABO, na condição de titular e suplente;

XI - 1 (um) representante do Conselho Regional de Farmácia – CRF, na condição de titular e suplente;

XII - 1(um) representante do Conselho Regional de Medicina Veterinária – CRMV, na condição de titular e suplente;

XIII - 1(um) representante do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, na condição de titular e Suplente;

XIV - 1 (um) representante do Conselho Regional de Nutrição – CRN, na condição de titular e suplente;

XV - 1(um) representante do Conselho Regional de Psicologia – CRP, na condição de titular e suplente;

XVI – 1(um) representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde Pública do Estado do Paraná –

SINDSAÚDE, na condição de titular e suplente;

XVII - 1 (um) representante do Conselho dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais e Estaduais do Paraná, na condição de titular e suplente;

XVIII - 1(um) representante do Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência – SINDISPREVS, na condição de titular e suplente;

#### **C – Representantes dos Usuários**

XIX -1(um) representante do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Refinação, Destilação, Exploração e Produtos do Petróleo nos Estados do Paraná e Santa Catarina – SINDIPETRO, na condição de titular e suplente;

XX - 1(um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado do Paraná – FETAEP, na condição de titular e suplente;

XXI -1(um) representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT, na condição de titular e suplente;

XXIII - 1(um) representante do Fórum Popular de Saúde – FOPS, na condição de titular e suplente;

XXIV - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde – MOPS, na condição de titular e 2 (dois) representantes do Movimento Popular de Saúde – MOPS, na condição de suplente;

XXV - 1 (um) representante da Federação das Entidades Portadoras de Deficiências Físicas do Paraná – DEFIPAR, na condição de titular e suplente;

XXVI - 1 (um) representante do Instituto Brasileiro de Deficientes Visuais em Ação – IBDVA, na condição de titular e suplente;

XXVII - 2 (dois) representantes da Federação das Associações de Moradores do Paraná – FAMOPAR, na condição de titular e 1(um) representante na condição de suplente;

XXVIII - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares do Paraná – CMP, na condição de titular e suplente;

XXXIX - 1 (um) representante do Movimento Rural Sem Terra – MST, na condição de titular e suplente;

XXX - 1 (um) representante da Pastoral da Saúde, na condição de titular e suplente;

XXXI - 2 (dois) representantes da Pastoral da Criança na condição de titular e 1 (um) representante na condição de Suplente;

XXXII - 1 (um) representante da ECOFORÇA, na condição de titular e suplente;

XXXIII - 1 (um) representante a Associação de Entidades de Mulheres do Paraná – ASSEMPA, na condição de titular e suplente;

XXXIV - 1 (um) representante da União Brasileira de Mulheres – UBM, na condição de titular e suplente;

XXXV - 1 (um) representante da Rede de Mulheres Negras, na condição de titular e 2 (dois) representantes na condição de suplente.

§ 1º Os membros do CES/PR, serão nomeados pelo Governador do Estado do Paraná, mediante indicação:

a) dos Secretários de Estado, do Delegado Regional do Ministério da Saúde e dos representantes dos estabelecimentos dos privados e filantrópicos vinculados ao SUS referidos nos incisos I a X, do artigo 2º;

b) dos dirigentes das entidades de classe referidos nos incisos XI a XXVIII, do artigo 2º;

c) dos dirigentes das entidades referidas nos incisos XXIX a XXXV, do artigo 2º.

§ 2º A indicação para fins de nomeação dar-se-á no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação deste Decreto, não acarretando impedimento à instalação, a eventual falta de indicação de qualquer dos representantes.

§ 3º Os órgãos, entidades e demais instituições referidos neste artigo, indicarão membros suplentes em número igual ao dos titulares, podendo propor a qualquer tempo, por intermédio de seus representantes legais, a substituição.

§ 4º Na hipótese de substituição dos membros indicados, a nomeação dar-se-á por ato do Governador do Estado.

Art. 3º Caberá ao Secretário de Estado da Saúde, na qualidade de representante legal do gestor estadual do

Sistema Único de Saúde, convocar e instalar a plenária do Conselho Estadual de Saúde – CES/PR, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, a contar da publicação deste Decreto.

Art. 4º A organização e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde – CES/PR, ora instituído, serão disciplinados pelo Regimento Interno conforme Resolução 006/08.

Art. 5º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogados o Decreto nº 2.635, de 8 de maio de 2008 e demais disposições em contrário.

Curitiba, em 2 de setembro de 2008, 187º da Independência e 120º da República.

ROBERTO REQUIÃO,

Governador do Estado

GILBERTO BERGUIO MARTIN,

Secretário de Estado da Saúde

RAFAEL IATAURO,

Chefe da Casa Civil

## **ANEXO 5**

### **COMISSÃO ORGANIZADORA**

**8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná**

**Amauri Ferreira Lopes – Fórum Paranaense de ONGs/AIDS**

**Gilberto Berguio Martin – SESA**  
**Jean Paulo Fabrício – FEMIPA**  
**João de Tarso Costa – FATIPAR**  
**Jonas Braz – FNU**  
**Luis Carlos Silva de Oliveira – Sind. Serv. Munic. e Est.do Paraná**  
**Oswaldino Moreira Só – ABRASA (Repres. Mesa Diretora do CES/PR)**  
**Rosani da Rosa Bendo – CRESS – coordenadora da comissão**  
**Ruy Pedruzzi – FAMPEAPAR**  
**Comissão Executiva:**  
**Amauri Ferreira Lopes**  
**José Carlos Moraes**  
**Maria Elizabeth Gonçaves**  
**Marlene Gomes Costa Pacheco**  
**Oswaldino Moreira Só**  
**Paulo Sérgio Lucchesi**  
**Roberto Lima Pimentel– coordenador da comissão**  
**Rosani da Rosa Bendo**  
**Subcomissão de Apoio Local:**  
**Angélica de Souza**  
**Antônio Garcez Novaes Neto**  
**Antônio Gilberto Faltori**  
**Custódio Rodrigues do Amaral**  
**Helena Catussi**  
**Joel Tadeu Corrêa**  
**Livaldo Bento**  
**Luiz Antônio Freire**  
**Manoel Rodrigues do Amaral**  
**Maria Elizabeth Rodrigues Gonçalves**  
**Regina Aranda, Rosalina Batista**  
**Sérgio Ricardo Belon da Rocha Velho**  
**Sônia Maria Anselmo**  
**Terêncio de Lima**  
**Subcomissão de Credenciamento:**  
**Ademílson Constâncio de Lima - SESA/19ª RS**  
**Adiloir Mendes da Silva – SESA/DEMP**  
**Adriana Batista Gonçalves - SESA/13ª RS**  
**Antônio da Cruz W. de Souza - SESA/6ª RS**  
**Bernardete Joffe Holubovski - SESA/4ª RS**  
**Daisy do Rocio Dias – SESA/GS**  
**Daniel José Piemonteze – SESA/CES/PR-Estagiário**  
**Débora Mara Bilovus – SESA/SUPERINTENDÊNCIA-SPP**  
**Donzila Trentini – SESA/DG**  
**Dulcemar Florsz – SESA/**  
**Edi Gláucia Repula - SESA/**  
**Elenir Moisés Tavares – SESA/SGS**  
**Elizabeth do Rocio de Oliveira – SESA/SIE**  
**Fabrício Luciano Rocha - SESA/19ª RS**

**Fernando Pedroso – SESA/CRE Marechal**  
**Ivete da Silva - SESA/9ª RS**  
**Jorge Almeida Cupertino - SESA/16ª RS**  
**José Carlos Dutra da Silva - SESA/20ª RS**  
**José Carlos Morais - SESA/17ª RS**  
**Leonilda Alves Salgado Castelani - SESA/**  
**Márcia Hatun Alonso Casarolli - SESA/11ª RS**  
**Maria Alice Abramoski - SESA/5ª RS**  
**Maria Auxiliadora dos Reis – SESA/FES**  
**Maria Lucy Silva Alves – SESA/CRE Marechal**  
**Marlene Gomes Costa Pacheco – SESA/CES/PR-SEC.EXECUTIVA – Coordenadora da subcomissão**  
**Nadiely de Oliveira - SESA/7ª RS**  
**Oliva Vasconcellos Pacheco – SESA/2ª RS**  
**Paulina A. K. Bastos - SESA/3ª RS**  
**Paulo Sérgio Lucchesi – SESA/INFORMÁTICA**  
**Rosa Polichuk – SESA/FES**  
**Rubens Azevedo Costa - SESA/**  
**Rui de Araújo Pires - SESA/22ª RS**  
**Sandra Molina – SESA/GRHS**  
**Shirley Batista do Nascimento - SESA/**  
**Sônia Nicoletto - SESA/18ª RS**  
**Tânia Cristina Resende - SESA/**  
**Terezinha Donegá - SESA/10ª RS**  
**Wolney Rogério Pereira Júnior – SESA/1ª RS**  
**Mesa Redonda**  
**Facilitadora: Arlete Antônia Brunholi Xavier**  
**Segmento de usuário - Clóvis A. Boufleur**  
**Segmento de trabalhadores - Armando Martinho Bardou Raggio (indicado pelo presidente do CNS)**  
**Segmento de prestadores – Jean Paulo Fabrício**  
**Segmento de gestores – Néelson Rodrigues**  
**Procurador de Justiça do Estado do Paraná - Dr. Marco Antônio Teixeira**  
**Subcomissão de Apoio aos Grupos de Trabalho:**  
**Amauri Ferreira Lopes – CES/PR - coordenador subcomissão**  
**Ana Maria Figueiredo (apoio) – CES/PR**  
**Antônio Garcez Novaes Neto (tema 1) – CES/PR**  
**Arlete Antônia Brunholi Xavier (tema 11) – CES/PR**  
**Carlos Eduardo Rodrigues (apoio) – Repr. Paraná/Coord. Nac. Plenária de Conselhos**  
**Cláudia Portella Pinto (tema 3) – CES/PR**  
**Elfrida Korol Andreazza (tema 8) – CES/PR**  
**Ivanor de Oliveira Valentini (tema 14) – CES/PR**  
**João de Tarso Costa (tema 5) – CES/PR**  
**Luciane Machado Batista (tema 6) – CES/PR**  
**Luiz Carlos Silva de Oliveira (tema 2) – CES/PR**  
**Manoel Rodrigues Amaral (apoio) – CES/PR**  
**Marcos Armando Alves Pereira (tema 12) – CES/PR**  
**Maria Elvira de Araújo (tema 9) – CES/PR**  
**Marli Catarina Gonçalves (apoio)**

**Miguel Thiago da Hora (tema 13) – CES/PR**  
**Oswaldino Moreira Só (tema 10) – CES/PR**  
**Ruy Pedruzzi (tema 7) – CES/PR**  
**Sérgio Ricardo Belon da Rocha Velho (tema 4) – CES/PR**  
**Subcomissão de Sistematização e Relatoria:**  
**Eunice Alves Gomes – SESA/14ª RS**  
**Fernão Diego Lopes – SESA/ESPP**  
**Jean Paulo Fabrício – CES/PR**  
**João de Tarso Costa - CES/PR**  
**Liliam Cristina Brandalise – SESA/ESPP**  
**Loize Mary Nunes – SMS Paranaguá**  
**Maria Leonor Fanini Paulini – SESA/DG**  
**Odenir Dias Teixeira – SESA/8ª RS**  
**Ruy Pedruzzi - CES/PR – coordenador da subcomissão**  
**Sandra Tolentino – SESA/SGS**  
**Sônia Maria Anselmo – SMS/CMS Londrina**  
**Yara Gerber Lima – SESA/SGS**  
**Mesa Coordenadora da Plenária Final:**  
**Facilitadores/Secretaria: 03 componentes da Comissão de Sistematização e Relatoria.**  
**Segmento de usuários - Amauri Ferreira Lopes**  
**Segmento de usuários - Inês Francisca Vieira Meyer**  
**Segmento de usuários - Ivanor de Oliveira Valentini**  
**Segmento de usuários - João de Tarso Costa.**  
**Segmento de trabalhadores - Antônio Garcez Novaes Neto**  
**Segmento de trabalhadores - Rosani da Rosa Bendo**  
**Segmento de prestadores - Jeremias Bequer Brizola**  
**Segmento de gestores - Gilberto Berguio Martin**  
**Subcomissão de Avaliação:**  
**Amauri Ferreira Lopes – CES/PR**  
**Cléia Maria Conrado – SESA/**  
**Denise Foltran – SESA/**  
**Elenir Moisés Bueno – SESA/SGS**  
**Fabiana Maura Fernandes Pereira – SESA/**  
**Gilberto Berguio Martin – CES/PR – coordenador da subcomissão**  
**João de Tarso Costa – CES/PR**  
**Rosani da Rosa Bendo. – CES/PR**  
**Sandra Tolentino – SESA/SGS**  
**Vivian Rafaelle da S. Bueno – SESA/**  
**Comissão Especial do Processo Eleitoral:**  
**Carla Cristini Romanelli (Ordem dos Advogados do Brasil - OAB)**  
**Cláudia Regina Oliveira Gabardo (Sindicato de Jornalistas Profissionais do Paraná)**  
**Maria da Graça Lima (Comissão Intergestora Bipartite - CIB)**  
**Subcomissão de Apoio de Acompanhamento do Processo Eleitoral:**  
**Amauri Ferreira Lopes – Fórum Paranaense de ONGs/AIDS**  
**Gilberto Berguio Martin – SESA**  
**Jean Paulo Fabrício – FEMIPA**  
**João de Tarso Costa – FATIPAR**

**Jonas Braz – FNU**

**Luis Carlos Silva de Oliveira – Sind. Serv. Munic. e Est.do Paraná**

**Oswaldino Moreira Só – ABRASA (Repres. Mesa Diretora do CES/PR)**

**Rosani da Rosa Bendo – CRESS**

**Ruy Pedruzzi – FAMPEAPAR**

**ANEXO 6**

**SECRETARIA EXECUTIVA DO CES/PR**

- MARLENE GOMES DA COSTA PACHECO - Secretaria Executiva do CES/PR
- DÉBORA MARA BILOVUS – Apoio Administrativo do CES/PR
- LORELAY ROCHA PEREIRA - Apoio Administrativo do CES/PR
- DANIEL PIER MONTEZE - Apoio Administrativo do CES/PR

**ENDEREÇO DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CES/PR:**

Rua Piquiri,170- Térreo- Rebouças

80230-140 Curitiba- Paraná

Fone: (0\* 41) 3330-4313 e 3330-4316 – Fax: : (0\* 41) 3330-4315

Home-Page:[www.conselho.saude.pr.gov.br](http://www.conselho.saude.pr.gov.br)

E-Mail: [cespr@sesa.pr.gov.br](mailto:cespr@sesa.pr.gov.br)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram no processo de organização e realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

## **ANEXO 8**

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO:**

O Plenário do CES-PR da gestão 2008/2009 deliberou sobre a necessidade de ter o Relatório Final da 8ª CES- 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ, uma vez que em detrimento de diversas situações inusitadas ocorridas e aqui relatadas, não havia ainda sido possível sua elaboração.

Considerando ainda a proximidade da realização da 9ª CES- 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ, cuja deliberações devem estar subsidiando as propostas a serem apresentadas na 9ª CES.

Diante destas argumentações foi então instituída uma comissão com a finalidade de estar organizando e elaborando o presente Relatório Final, que foi assim composta:

- José Calos Leite
- Liliam Cristina Brandalise
- Odenir Dias Teixeira
- Sonia Maria Anselmo
- Valdir Donizete

Curitiba, 16 de Setembro de 2009.

***“Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualidade da existência...”***

***Boa Ventura de Souza Santos***

**Esperamos ter cumprido a missão a nós destinada!!!**