

# RELATÓRIO FINAL



9<sup>a</sup> Conferência Estadual de  
Saúde do Paraná

9<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde do  
Paraná

**AO SUS O QUE É DO SUS –  
RESGATANDO O IDEÁRIO DA  
REFORMA SANITÁRIA**

**18 e 19 de Dezembro de 2009**

**Curitiba – Paraná**

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| 1. Apresentação.....   | 04        |
| 2. Programação.....  | 05        |
| 3. Texto Base.....   | 06        |
| 4. Teses Apresentadas.....                                     | 07        |
| 5. Deliberações.....   | 28        |
| 6. Moções Aprovadas.....                                       | 47        |
| <b>7. Anexos.....</b>  | <b>51</b> |
| <br>   |           |
| Anexo 01- Regulamento da 9ª CES/PR.....                        | 51        |
| <br>   |           |
| Anexo 02 - Regulamento do Processo eleitoral da 9ª CES/PR..... | 61        |
| <br>   |           |
| Anexo 03 - Regimento Interno da 9ª CES.....                    | 65        |
| <br>   |           |
| Anexo 04 – Nomeação da Entidades.....                          | 69        |
| <br>   |           |
| Anexo 05 - Comissão Organizadora.....                          | 71        |
| <br>   |           |
| Anexo 06 - Secretaria Executiva do CES.....                    | 71        |
| <br>   |           |
| Anexo 07- Agradecimentos.....                                  | 72        |
| <br>   |           |
| Anexo 08 - Equipe de elaboração.....                           | 72        |

## 1. APRESENTAÇÃO

Os Conselhos de Saúde emergiram no cenário político-sanitário brasileiro, com a missão de operacionalizar o princípio constitucional e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde. Foram institucionalizados como órgãos permanentes e obrigatórios do Sistema Único de Saúde, tendo amplas atribuições legais e caráter deliberativo. Os conselheiros debatem e propõem diretrizes para a operacionalização da política de saúde, bem como acompanham as ações realizadas pelo SUS. Dentre as atribuições dos Conselhos está também à organização de conferências de saúde.

As Conferências são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para formulação das políticas de saúde, contando com a participação dos representantes de diversos segmentos da sociedade, tendo como missão:

1. Discutir a situação da saúde da população;
2. Analisar o resultado das ações e serviços prestados pela Secretaria de Saúde;
3. Aprovar as diretrizes para as políticas de saúde;
4. Eleger entidades, órgãos ou instituições para compor o Conselho de Saúde por períodos definidos em regimento próprios.

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná realizou a 9ª Conferência Estadual de Saúde garantindo a participação de todas as pessoas, entidades, órgãos ou instituições interessadas na construção do Sistema Único de Saúde do estado na condição de Delegado, Convidado e Observador.

A 9ª Conferência Estadual de Saúde aconteceu nos dias 18 e 19 de Dezembro de 2009, na cidade de Curitiba, com o tema: AO SUS O QUE É DO SUS – RESGATANDO O IDEÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA, com quatro sub-temas: Organização da Assistência, Financiamento, Controle Social e Vigilância em Saúde.

Participaram 839 pessoas sendo: 365 delegados representando o segmento de usuários, 217 delegados representando o segmento de trabalhadores, 64 delegados representando o segmento de prestadores, 78 delegados representando o segmento de gestores, 98 observadores e 14 pessoas como apoio organizacional.

Foram realizadas 14 oficinas de trabalho, que deram subsídios para o debate na plenária final, incorporando novas propostas além das encaminhadas e deliberadas pelas conferências municipais de saúde, sendo que as 273 propostas aprovadas integram este relatório e nortearão o Plano Estadual de Saúde.

Comissão Organizadora

## **2. PROGRAMAÇÃO:**

### **18/12/2009 – Sexta-feira**

**07h00 às 10h00** – Credenciamento de delegados

**10h00 às 11h00** – Solenidade de Abertura: Composição da mesa e instalação da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná

**11h00 às 12h00** – Palestra Magna: Maria Lúcia Frizzon Rizotto

**12h00 às 12h30** – Debate

**12h30 às 14h00** – Almoço

**14h00 às 19h00** – Oficinas de Trabalho

Intervalo para café das 16h00 às 16h15

### **19/12/2009 – Sábado**

**08h00 às 12h30** – Plenária Final

**12h30 às 14h00** – Almoço

**14h00 às 14h30** – Ensalamento dos delegados por sub segmentos

**14h30 às 16h00** – Processo Eleitoral das entidades para composição do Conselho Estadual de Saúde

**16h00 às 17h30** – Homologação das entidades eleitas

**17h30 às 18h00** – Solenidade de Encerramento

### 3- Texto Base – AO SUS O QUE É DO SUS: RESGATANDO O IDEÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA

*Por: Zélia Maria Mattos Lopes*

Revisitando a trajetória das políticas públicas de saúde do Brasil, ressalta-se o período dos anos 70 quando surge o Movimento de Reforma Sanitária: articulação de trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais, dos projetos comunitários – comunidades eclesiais de base (CEB), a frente parlamentar de saúde, dos sanitaristas dos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades que questiona o “modelo” médico-assistencial privatista baseado no paradigma biomédico em que se a ênfase ao individualismo – corpo humano = máquina, ao biologismo – exclui a história social das doenças, a especialização, tecnificação do ato médico, ao curativismo – intervenção médica, isto é, ações eram centradas na doença e organizados em torno do Hospital (Mendes, 1996), que exige mudanças na gestão e na atenção à saúde no País. Ao mesmo tempo, em vários países do mundo também se questionava o modelo médico assistencial privatista, e destaca-se a Conferência de Alma Ata sobre os Cuidados Primários em Saúde, em 1978. O Movimento da Reforma Sanitária traz para o cenário político um novo paradigma: o da produção social da saúde – *saúde é entendida como resultado das formas de organização social, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e, portanto, nas condições coletivas de saúde, e, tem influencia decisiva nos padrões de morbimortalidade da população. É o conceito positivo de saúde* (produto de relações sociais, e não como ausência de doenças) e uma prática sanitária que supere a lógica da atenção médica. Assim, o Movimento da Reforma Sanitária é importante não apenas para a luta pela democratização da saúde e para o processo político da abertura e da derrocada da ditadura militar, mais para um processo muito mais amplo: a democratização propriamente dita: expansão efetiva dos direitos de cidadania e dos serviços sociais. E as suas principais propostas foram: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a defesa da universalização do acesso; a reestruturação do setor por meio da criação do Sistema Único de Saúde – SUS; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo do setor; a democratização do poder local. O Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária tem sua expressão máxima a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, quando foram delineados os princípios norteadores e a proposição do conceito de saúde ampliado do Sistema Único de Saúde proposto pela Constituição Federal de 1988. Os princípios doutrinários são: A universalidade: acesso do cidadão aos serviços de saúde; a integralidade: as práticas de saúde devem ser combinadas e voltadas para a promoção, prevenção, cuidado, tratamento, reabilitação; pessoas atendidas com um todo - corpo, mente e seu convívio na sociedade; a Equidade: as pessoas devem ser cuidadas conforme as suas necessidades. Os princípios organizativos são: Descentralização: níveis de responsabilidades – ênfase no poder local/municipal; regionalização: o território e a rede de serviços; Hierarquização: níveis de assistência; Participação popular/ Controle Social. A prática no SUS dá-se através de serviços e ações, nos campos da PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, PROTEÇÃO, RECUPERAÇÃO/TRATAMENTO/CURA e REABILITAÇÃO. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos seus 30 anos de atuação é movimento civilizatório maior, que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social, e cujo objeto de mudanças, no bojo dos valores sociais, são as políticas públicas de Estado, universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistributivos. O SUS é a aliança bem sucedida, que deve ser mantida viva e articulada, entre a população, profissionais da saúde, prestadores de serviços, dirigentes, parlamentares e outros. Nos 20 anos de existência

do SUS muitos são os avanços conquistados, as ações impactantes e de mudanças nas condições de saúde da população brasileira. A começar por seu arcabouço legal-jurídico, um dos mais avançados e inovadores dentre os modelos de sistemas nacionais de saúde do mundo; a ênfase no poder local (município), na organização da rede de atenção em saúde descentralizada, hierarquizada e regionalizada; ao acesso da população a serviços básicos, de média e alta complexidade; a redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida das pessoas, o controle e combate a endemias, a ampla cobertura vacinal e tantas outras ações sanitárias que estão modificando o perfil de morbimortalidade nos municípios. Mas, muitos são também as dificuldades, impasses e obstáculos para o fortalecimento e consolidação do SUS, como: a rede local e regionalizada de atenção, proteção e promoção à saúde frágil, fragmentada, sem o efetivo envolvimento das equipes de saúde e dos usuários; o desfinanciamento e sub-financiamento do setor saúde, inclusive com o impasse na regulamentação da Emenda Constitucional – EC 29; a qualificação da gestão; a qualificação das relações de trabalho e da formação de trabalhadores do SUS e para o SUS; a fragilidade da participação popular e da atuação dos conselhos de saúde. No entanto, esses obstáculos, impasses e dificuldades passam a ser os compromissos e desafios - no cotidiano do SUS – colocados a todos: usuários/população geral, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores, na perspectiva de persistir no resgate dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, contribuindo para municípios paranaenses saudáveis!

#### **REFERÊNCIAS**

CONASEMS . Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios. Memórias. Brasília. 2007.

MENDES.EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

CNS. Informativo Eletrônico do CNS. Ano 06. Brasília. 2009.

FLEURY.S. A Reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade.Ciência e Saúde Coletiva.v.12 n.2. Rio de Janeiro.2007.

CEBES/ABRASCO/Rede Unida/ALAMES. Relatório do Seminário Crise Econômica Mundial e a Conjuntura Política e Social na América Latina - Impacto na Saúde/Fórum Social Mundial. Belém do Pará. 2009.

#### **4- TESES APRESENTADAS:**

##### **SUB TEMA 1 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**Tese 1. Assistência e prevenção à violência contra as mulheres: Rede de Mulheres Negras do Paraná, SindSaúde, União Brasileira de Mulheres, Espaço Mulher, Comissão da Mulher Advogada da OAB Pr, Associação Brasileira de Enfermagem Seção Pr, ABENFO Pr .**

A atenção às mulheres em situação de violência de gênero no Estado do Paraná como uma política pública é relativamente recente. Apenas a partir da formulação da Política Nacional e da possibilidade de investimentos federais nesta área é que começa a se delinear uma proposta estadual de atuação. Até então, algumas reivindicações dos movimentos sociais de mulheres eram atendidas, às vezes sem garantia de continuidade, bem como, iniciativas de gestões municipais, como em Londrina, criaram serviços e programas específicos. Em 1999 o Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES-PR aprova Resolução - nº 10/99 que assegura serviços que atendam ao aborto legal. Porém, esta resolução só se tornou efetivos três anos mais tarde, apenas para Curitiba e Região Metropolitana com a implantação da Referência hospitalar para a violência sexual.

Em março de 2001, a Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Estadual de Saúde do Paraná apresenta o

Plano Estratégico para a Organização de Serviços de Atendimento às Mulheres que sofrem Violência, no Estado do Paraná, e passa a organizar a Rede de Serviços de Atendimento às Mulheres, Crianças e Adolescentes. O Plano aprovado gera duas novas resoluções do CES/PR: a de nº 14/01, que estabelece a Política de Atenção às Mulheres que sofrem violência, e a de nº 15/01, que cria o Comitê Gestor Estadual Interinstitucional da Rede com a participação de Secretarias de Estado da Saúde, da Justiça, da Criança e Assuntos da Família, da Segurança Pública, incluindo entidades como a OAB, CRP, CRM, Conselho Estadual da Mulher, Fórum Popular de Mulheres, União Brasileira de Mulheres, entre outras. Este trabalho resultou na elaboração, em 2002, do Protocolo de Atendimento da Rede de Atenção às Mulheres, às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Violência e gerou o estabelecimento de uma parceria entre a Secretaria do Estado da Saúde - SESA e a Secretaria do Estado da Segurança Pública – SESP, possibilitando a realização da perícia em vítimas de violência sexual nos hospitais de referência. A Resolução Conjunta nº 02/2002, assinada pelos dois Secretários definiu responsabilidades, cabendo à SESA a disponibilização de médicos para atuação junto ao Instituto Médico Legal – IML, em regime de plantão. Ao IML coube a tarefa de capacitarem os referidos médicos e viabilizar a sua atividade na rotina da Instituição. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba firmou parceria com os Hospitais de Referência para atendimento à violência sexual ocorrida até 72 horas. Desta ação conjunta, interinstitucional, nasceu e se firmou um trabalho - que se mantém ativo – de atendimento a vítimas de violência sexual (incluindo-se homens) no âmbito da Capital e da Região Metropolitana. Em 2003, com a mudança de gestão na esfera estadual, a Rede Interinstitucional de âmbito estadual foi desarticulada. No ano de 2006, implantou-se um novo serviço - o Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de Curitiba - resultante da ação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Governo Federal, vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, ao Conselho Estadual da Mulher do Paraná e à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Tem como âmbito de atuação a Região Metropolitana de Curitiba e oferece atendimento psicológico, social, jurídico e de orientação às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. A equipe do Centro de Referência retomou a articulação da Rede de Atendimento na Região Metropolitana. Com a criação do Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (13ª Vara Criminal da Comarca de Curitiba), em 2007, competente para processar, julgar e executar causas decorrentes da aplicação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), ampliou-se a Rede e estabeleceu-se uma articulação entre os serviços e a Justiça em Curitiba. No restante do Estado, mesmo sem a criação de Varas Criminais específicas, a Lei Maria da Penha trouxe uma maior aproximação entre os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e a Justiça, como se percebe por relatos trazidos pelos Municípios. Em final de 2008, novamente, os movimentos de mulheres apresentam reivindicações ao Secretário do Estado da Saúde e em início de 2009 cria-se um grupo de trabalho que elabora uma proposta de prioridades de intervenção que é apresentada ao Sr. Secretário da Saúde. Em resumo, propõem-se estruturar de forma descentralizada no Estado, redes interinstitucionais e interdisciplinares, integrando instituições e serviços para prestar acolhimento e atendimento à mulher em situação de violência de gênero, de forma integral, envolvendo, as áreas da saúde, da assistência social, da segurança pública e de garantia de direitos, da justiça e entidades da sociedade civil que têm na defesa da mulher seu foco de ação. Para tal é necessário: - desenvolver parcerias e formas de organização e funcionamento da Rede, respeitando as especificações institucionais;- estabelecer protocolo comum de atendimento e fluxos compatíveis com as necessidades e condições das mulheres, com foco no atendimento integral e humanizado;- sensibilizar e capacitar os gestores e os



profissionais dos diversos serviços para o atendimento humanizado às mulheres em situação de violência e para o trabalho em rede;- implantar a ficha de notificação obrigatória da violência em todos os serviços de saúde e um sistema de informações que contemple as informações registradas nos demais serviços que compõem a rede;- desenvolver programas de orientação, educação e de prevenção à violência contra a mulher e de promoção da cultura da paz. Prioridades: Estabelecer referência local e macrorregional para os casos de violência contra mulher, de acordo com as premissas do atendimento humanizado; iniciando-se pelos hospitais próprios e contratualizados pelo Estado com abrangência macrorregional - Hospital do Trabalhador, Hospitais Universitários de Londrina, Maringá e Cascavel; Região do Litoral e Hospital Costa Cavalcante de Foz do Iguaçu abrangendo paulatinamente as demais regiões; Elaborar protocolo de atendimento e programa de capacitação para os profissionais das 22 regionais, dos hospitais de referência e unidades de atendimento; Estabelecer parceria com os gestores municipais para garantir atendimento ambulatorial às mulheres em situação de violência através das Unidades de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, Consórcios Intermunicipais de Saúde, Unidades básicas e CAPS; Manter e ampliar para todo o Estado o convênio existente com o IML/SESP, incluindo outros órgãos como SEJU, TJ-PR e Ministério Público, etc.; Elaborar um Termo de Cooperação Técnica entre os estabelecimentos hospitalares, IML e Secretarias Municipais para o atendimento as mulheres em situação de violência até 72hs após o ocorrido, assegurando a realização dos exames periciais nas vítimas nos hospitais de referência; Considerando que as propostas apresentadas são fruto de um processo de discussão e amadurecimento dos movimentos de mulheres e de um diálogo com o nível técnico da SESA e que já obtiveram a concordância explícita do Sr. Secretário da Saúde, temos convicção de que esta Conferência Estadual de Saúde referendará a presente tese, que vem por nós subscrita;

**Tese 2. A importância da atenção básica em saúde na rede estadual de atenção à saúde: 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranaíba – 16 e 17/10/09.**

Para a eficiência, eficácia e efetividade dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os fatores básicos estão garantir atendimento adequado na atenção básica, com instituição de vários programas de ações preventivas, buscar modernização do SUS, implantando na Secretaria de Saúde um Centro Técnico permanente de Educação em Saúde e dispor de recursos para treinamento e materiais para melhor atendimento. Trabalhar mais com campanhas educativas institucionais para prevenção de doenças e agravos, com maior divulgação na mídia local. Promover educação em saúde e fazer divulgação à população dos cuidados sanitários gerais necessários, com material elaborado por equipe especializada (Ministério da Saúde / Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde). Fazer divulgação, promoção e educação em saúde para a população rural e dos distritos. Promover programas de desenvolvimento e capacitações de seus funcionários da área de planejamento por parte da Secretaria de Saúde. Qualificar os profissionais e que trabalhem sem desvio de função. Integrar, permanentemente, a Secretaria de Saúde com o sistema educacional nas escolas de todos os níveis, com orientações e promoções de saúde. Aumentar a comunicação entre todos os setores em todos os níveis, a fim de melhorar condições de trabalho e resolutividade, além de otimizar o serviço de atendimento básico de saúde para diminuir o fluxo do pronto-atendimento como, por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantar o atendimento e a internação domiciliar, descentralizar as unidades de atendimento das equipes de ESF, adquirir veículos para transporte de pacientes, dispor de um (1) carro para cada equipe de ESF em tempo integral e implantar ambientes e unidades básicas próprias e específicas para a Estratégia de Saúde da Família. Outros condicionantes: melhorar as condições gerais da saúde para que seja

possível realizar atitudes de saúde preventiva; importa também acelerar o processo de cobertura integral de toda a população na ESF e o cumprimento da carga de oito (8) horas diárias para todos os profissionais da ESF, atendendo à legislação; dispor a Portaria MS/GM 648/06 para todos os profissionais da ESF, com destaque nas atribuições dos profissionais; atender às consultas nas equipes de ESF pelo sistema de livre demanda livre; ampliar as equipes de ESF para trabalhar o médico clínico juntamente com outros profissionais, como nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais, para acompanhar e atender às famílias, juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS); promover cursos de aperfeiçoamento para os médicos e demais profissionais da ESF; implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Identificar, cadastrar os portadores de doença (anemia) falciforme nas Unidades Básicas de saúde, e qualificar as equipes de ESF, principalmente os médicos, quando houver casos de emergência ou urgência pela doença falciforme. Outras medidas indispensáveis: garantir todos os exames complementares necessários às gestantes com a máxima urgência, garantir os exames necessários no período de vinte e quatro (24) horas em casos de emergência ou de urgência, agilizar o agendamento de consultas especializadas e das reconsultas para entrega de exames complementares, dispor de horário livre nas salas de preparo das Unidades de Saúde com presença de profissional habilitado e que esteja aberta ao atendimento aos pacientes; organizar, melhorar e ampliar a oferta (para eliminar as filas das madrugadas e diminuir o absenteísmo) e informatizar o agendamento de consultas e exames complementares de modo que as pessoas não tenham que ir dois dias aos locais de atendimento: no 1º dia para conseguir o agendamento ou autorização de exame complementar e no 2º para a consulta agendada ou realização do exame complementar. Realizar no mínimo dezesseis (16) consultas pelos médicos por período de trabalho, conforme demanda nas Unidades Básicas de Saúde. Garantir a presença de profissional do corpo de enfermagem, junto ao médico, no momento do exame de usuária, principalmente em se tratando de consulta com ginecologista ou obstetra. Recusar a presença de estagiários durante a consulta da usuária. Importa também integrar as ações da Secretaria da Saúde e buscar mecanismos para implantar uma unidade na área de câncer bucal e integrar também as equipes de odontologia com outras equipes de saúde; promover atendimento em horário especial para trabalhador rural; ampliar a oferta de atendimento odontológico, dando atendimento odontológico noturno, inclusive nos distritos dos municípios, para facilitar o atendimento aos trabalhadores, principalmente para atendimento aos trabalhadores rurais, que têm inúmeras dificuldades para se ausentarem em suas atividades. Instalar pronto atendimento em odontologia e dar atendimento odontológico móvel para as vilas rurais ("odontomóvel"). É direito ao rurícola atenção e atendimento igualitário ao da população urbana. Na área de saúde mental, instituir protocolos nos Prontos Atendimentos e Prontos Socorros para atendimento para usuários em psiquiatria e pediatria, qualificar os funcionários para atendimento de pacientes em surtos psicóticos, que põem em risco toda a sociedade e ter como referência um médico psiquiátrico nas 24 horas. Dar maior atenção aos dependentes químicos, atender especificamente o drogadito menor de idade, com internação se necessária. Viabilizar atendimento aos alunos na área de fonoaudiologia, neuropsiquiatria, oftalmologia e psicopedagogia, fornecer atendimento psicológico complementar nos casos de crianças hiperativas. Enfim, dar maior atenção em relação aos pacientes e, se necessário, reavaliar o diagnóstico e sem suspender medicação. Humanizar, respeitar e dignificar o atendimento de urgência e emergência. Implantar, com adequado acolhimento e humanização, unidades de serviços paliativos (como nos casos de pessoas em estágio terminal). Oferecer acolhimento e atendimento humanizado e de qualidade, nas Unidades Básicas de Saúde, nas farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades de ESF, com

implantação imediata de normas de humanização no SUS, reciclando e qualificando todos os profissionais. Dispor de leitos, separando as enfermarias por gênero e idade, e também nos casos que necessitam de isolamento, nos serviços de Prontos Atendimentos e Prontos Socorros. Promover acessibilidade aos idosos e aos deficientes físicos ou sensoriais nos locais públicos com instalação de rampas de acesso. Dar orientação para a “Casa Saudável”, sobre os cuidados higiênicos, cuidados domésticos, para combater os maus hábitos e evitar queda e outros acidentes com idosos e deficientes visuais. Educar e prevenir sobre a “epidemia” de acidentes de trânsito, especialmente com motocicletas. Exigir profissional farmacêutico para todos os turnos em que funcionam os Prontos Atendimentos, as Unidades Básicas de Saúde que dispensam medicamentos, e fundamentalmente no local ou espaço adequado específico para atendimento ao público, em toda e qualquer Secretaria da Saúde, conforme as normas específicas pertinentes. Aumentar a oferta de medicamentos, ampliando a lista da RENAME. Descentralizar a dispensação dos medicamentos com farmacêutico volante. Dar orientação adequada a todo usuário quando for dispensada medicação ao mesmo. Fazer o planejamento adequado dos insumos farmacêuticos trimestralmente e que estes planejamentos sejam apresentados semestralmente aos Conselhos de Saúde. Disponibilizar medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde que tenham profissionais farmacêuticos. Disponibilizar medicamentos nos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS), através de profissionais farmacêuticos. Aviar adequadamente a prescrição (receita) médica ou odontológica, na dispensação farmacêutica, pois às vezes a quantidade de medicamentos não confere com a quantidade prescrita dos mesmos. Exigir que todas as receitas médicas e odontológicas sejam legíveis para os usuários.

### **Tese 3. A organização da rede estadual de assistência em saúde- 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavai – 16 E 17/10/2009**

Para bem organizar a rede estadual de assistência em saúde é indispensável realizar triagem adequada dos encaminhamentos para especialidades, exigir a melhoria dos encaminhamentos dos usuários, principalmente com preenchimento adequado e de forma legível dos campos e dados necessários na ficha de referência e de contra-referência. Entre outras medidas criar mais Centrais de Vagas de Leitos, instalar Centrais de Ambulâncias, exigir que os Centros Regionais de Especialidades cumpram com todas as suas atribuições legais e contratuais, estejam ou não alocados nos Consórcio Intermunicipais de Saúde. Urge melhorar a qualidade dos equipamentos oftalmológicos, e também de outras especialidades médicas, odontológicas e fisioterapêuticas dos Centros Regionais de Especialidades. Garantir abrigo adequado para pacientes, oriundos do interior do estado, que ficam alojados em Curitiba para fins de tratamento. Construir Centros de Referência para as Pessoas Idosas. Agilizar procedimentos para que os hospitais públicos e os hospitais filantrópicos assinem convênio com o Ministério da Saúde, com a finalidade dos mesmos poderem realizar, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cirurgias de laqueadura tubária e de vasectomia, de acordo com a legislação federal e com as normas do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Montar a equipe multiprofissional nos hospitais públicos e nos hospitais filantrópicos conveniados, para atendimento aos casais de usuários do SUS, com a finalidade de analisar e recomendar que possam submeter-se à laqueadura tubária bilateral ou à vasectomia bilateral, no atendimento à legislação federal e às normas do MS e do CFM. Também buscar junto ao MS a flexibilidade das normativas de credenciamento de serviços de alta complexidade. Acelerar credenciamentos para cirurgia bariátrica. Acelerar credenciamentos para neurocirurgia. Acelerar credenciamentos para alta complexidade e para Oncologia. Habilitar a instituição Hospital Regional do Noroeste

/ Santa Casa de Paranaíba na cobertura de cirurgia de média e de alta complexidade, tais como em neurocirurgia, ortopedia, cirurgias bariátricas e outras. Viabilizar a implantação de uma Unidade Intermediária de Atendimento pediátrico (UCI pediátrica) no Hospital Regional do Noroeste / Santa Casa de Paranaíba. Viabilizar a implantação de uma Unidade Intermediária de Atendimento de adultos (UCI para adultos) no Hospital Regional do Noroeste / Santa Casa de Paranaíba.

**Tese 4. Pacto pela saúde e as responsabilidades sanitárias- 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranaíba – 16 E 17/10/2009**

No particular da “Organização da Assistência”, entre outras, são importantes estas implementações: criar leitos de isolamento e ampliar o número dos mesmos nos Hospitais Regionais, com estabelecimento de prioridades; respeitar a legislação no que diz respeito a prioridades de atendimentos dos usuários; estabelecer as prioridades inseridas em lei (sugere-se prioridade de atendimento, na ordem, para emergências/urgências, gestantes, lactantes, pessoas idosas, crianças, adolescentes e deficientes físicos e sensoriais), em qualquer turno, em quaisquer instituições da área de saúde, em quaisquer das especialidades possíveis, nos atendimentos de enfermagem, ou de médicos, ou de odontólogos. Estas prioridades são avaliadas, seguindo protocolo atualizado e formalizado por consenso entre os trabalhadores da saúde, prestadores, gestores e conselheiros de saúde, preferencialmente pelas consultas de enfermagem, de triagem, com humanização no acolhimento, nos diversos locais de atendimento do Sistema Único de Saúde, ou outros. Dar prioridade, na sequência, para obesos também, devido à sua dificuldade para permanecer de pé. Dar prioridade, em não havendo casos de emergência ou de urgência, em qualquer turno nos casos de ginecologia/obstetria, às gestantes e às lactantes, nos atendimentos médicos ou de enfermagem; dar prioridade, nos atendimentos médicos, ou de enfermagem, ou odontológicos, em não havendo casos de emergência ou de urgência, em qualquer turno, nos casos de quaisquer das outras clínicas (com exceção da clínica pediátrica) às gestantes e às lactantes, seguidas das pessoas idosas, dos adolescentes e dos deficientes físicos e sensoriais. Indiscutivelmente, internar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em hospital público ou em hospital conveniado filantrópico, todo e qualquer caso de emergência, com risco iminente de perder a vida ou com sofrimento intenso, proveniente de instituição ou entidade aceita como “porta de entrada do SUS”, mesmo não havendo vaga em enfermaria, pelo “esquema zero vaga”, ou de outra forma possível, sendo vedada a cobrança de taxa ou “depósito”, de qualquer valor, nos termos das leis e normas vigentes. Também é fundamental realizar campanha de incentivo ao parto normal humanizado com contratação de enfermeiras-obstetrias; da mesma forma, incentivar o parto normal com pagamento em dobro de honorários médicos em relação aos honorários médicos de cesarianas. É importante atualizar e revisar a legislação no que se refere às penalidades em casos em que houve reincidência de notificações por infrações sanitárias. Torna-se imperioso implantar equipe de controladoria também nas Secretarias da Saúde e contratar pessoal técnico em Gestão Administrativa. Na área da saúde mental flexibilizar a Portaria MS/GM 336, de 19/02/2002, da criação dos Centros de Atendimentos Psicossociais (CAPS), e da Portaria MS/SAS 189, de 20/03/2002. Enfim buscar junto ao Ministério da Saúde a flexibilidade das normativas de credenciamento para os Centros de Atendimentos Psicossociais infantis (CAPS I). Implementar a estrutura dos Centros de Atendimentos Psicossociais (CAPS) para complemento da Portaria 336/02 MS/GM, especialmente com a criação de programas voltados à atenção em saúde e às patologias de usuários de drogas psico ativas, de obesidade, de anorexia, ou de bulimia. Quanto à assistência farmacêutica há que se identificar melhor os medicamentos em todas as suas embalagens, com letra maior, com cores

diferenciadas (conforme o grupo ou finalidade do medicamento), para mais fácil entendimento e para evitar falhas na medicação (esquecimento ou intoxicação medicamentosa).

#### **Tese 5. Municipalização e Consórcio- 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranaíba – 16 E 17/10/2009**

É indiscutível a primazia da Carta Magna sobre toda e qualquer legislação infraconstitucional. Nesta linha há que se atender ao princípio constitucional da “direção única em cada esfera de governo” (CF, art. 198-I; Lei Federal 8080/90, art. 9º-III; Lei Estadual 13.331/02, art. 7º e 13-X), com participação primordial e fundamental, na área de gestão e de administração, da Secretaria Municipal da Saúde da cidade-sede nos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Há que se implementar com melhorias e com humanização os serviços de alto risco em obstetrícia nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, dando maior atenção e continuidade ao tratamento, até o término do pré-natal, até a “resolução da gravidez”. É necessário se exigir que os Centros Regionais de Especialidades cumpram com todas as suas atribuições legais e contratuais, estejam ou não alocados nos Consórcio Intermunicipais de Saúde e também exigir o cumprimento pelos Centros de Especialidades Odontológicas instalados nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de suas atribuições legais. Urge melhorar nos Centros Regionais de Especialidades a qualidade dos equipamentos oftalmológicos e de outras especialidades médicas, odontológicas e fisioterapêuticas. É também importante se garantir abrigo adequado para pacientes, oriundos do interior do estado, que ficam alojados em Curitiba para fins de tratamento e, da mesma forma, garantir na cidade-sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde, acolhimento humanizado e abrigo adequado para pacientes oriundos de outras cidades, para fins de tratamento.

#### **Tese 6. A (des) assistência do SUS-PR como política de gestão: o processo de descentralização e os impactos na assistência no Paraná. FOPS/PR; SindPetro-PR/SC; SindSaúde/PR; SINPAR; SISMUC; SITRAVEST**

Antes da criação do SUS, a maioria das decisões e dos recursos financeiros gastos com a saúde da população no nosso país vinha do Governo Federal. Como o Brasil é um país de dimensões continentais, com regiões muito diferentes entre si, com características políticas, econômicas, sociais, ambientais e climáticas muito distintas, a população tem condições de alimentação, moradia, trabalho, etc, e acesso a equipamentos de saúde também distintos. Esta administração centralizada da saúde mostrou-se ineficiente. Sem conseguir gerir necessidades tão diferenciadas, desperdiçavam-se recursos em determinados locais, fazendo faltar em outros. Além disso, governos estaduais e municipais muitas vezes não se responsabilizavam pelas questões de saúde. O movimento sanitário da década de 1980 já defendia um processo de descentralização da saúde. Essa defesa se baseava na análise de que quanto mais próximas às decisões fossem tomadas melhor seriam controladas pela população e teriam maiores chances de acerto. Neste contexto, a atenção básica ficaria sob responsabilidade dos municípios, média e alta complexidade dos estados e união. Ainda que desde seu início a implantação do SUS previu a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, a Lei Orgânica de Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, não desresponsabiliza totalmente os estados destes serviços. A lei acima citada define em seu artigo 17 que à direção estadual do SUS compete, entre outras responsabilidades, a execução de ações e serviços de saúde, mesmo que em caráter suplementar aos executados pelos municípios, e ações que podem ser compreendidas como média e alta complexidade, identificadas no mesmo artigo. Ainda, segundo esta lei, Estados e União devem cooperar técnica e

financeiramente com os municípios. O Paraná, desde a década de 1990, teve sérias distorções no processo de descentralização. No início da década, a Secretaria Estadual de Saúde – SESA estava presente em todos os municípios, e organizava desde a atenção básica até o atendimento especializado. Primeiramente, como era de se esperar, as unidades básicas foram municipalizadas, juntamente com equipamentos e funcionários. Ocorre que alguns hospitais que integravam a rede estadual também foram municipalizados mediante convênios, em um processo que não levou em consideração se os municípios teriam condições de gerenciar e manter as altas despesas demandadas por um serviço hospitalar. Os convênios de municipalização previam que os hospitais deveriam ter sua capacidade utilizada apenas no atendimento de pacientes do SUS. Vários destes hospitais tiveram parte da sua capacidade instalada repassados para o setor privado, gerando um encolhimento na oferta de serviços para os pacientes do SUS que necessitavam deste atendimento. Além disso, observa-se nestes locais um sucateamento estrutural bastante grande e precarização das relações de trabalho. Na média complexidade também podemos acompanhar o que ocorreu com Centros Regionais de Especialidades (CRE). Dos 23 CREs existentes, uma parte foi repassada para convênios e o CRE Marechal foi fechado. No fechamento a SESA alegou que os profissionais e pacientes seriam redistribuídos entre o CRE Barão e o CRE Kennedy. Levando em consideração que a demanda por especialidades aumenta na medida em que a população aumenta e envelhece, a medida deveria ser de aumentar e não de fechar o serviço.

#### ***Apenas a construção de novos hospitais garantirá a assistência?***

Por outro lado, a administração do Secretário Claudio Xavier, já no primeiro Governo Requião, deu início a uma série de obras de hospitais, o que não deixa de ser necessário e importante para a consolidação do SUS. O problema é que não foi levado em consideração que a operação destes equipamentos é muito cara e que seriam necessários investimentos em recursos humanos e insumos por parte do estado. Conseqüência desta falta de planejamento é que grande parte destes equipamentos está funcionando parcialmente e algumas obras encontram-se paradas. O Estado do Paraná, independentemente da gestão, tem se retirado sistematicamente da assistência. Este fato convive com sub financiamento do SUS e uma sucessiva maquiagem contábil para atingir o percentual definido pela EC-29. Portanto é preciso garantir o adequado aporte de recursos financeiros no SUS-PR.

#### **(Des) assistência Estadual como Política de Gestão**

A (des)assistência por parte das secretarias estaduais de saúde vem sendo defendida por entidades compostas por gestores estaduais. Uma publicação recente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – composta por secretários estaduais de saúde - em parceria com o Ministério da Saúde, intitulada SUS 20 ANOS, coloca como prioritário o papel regulador dos Estados, defendendo que, quanto menos as Secretarias de Saúde se envolverem diretamente com a prestação de serviços assistenciais, mais terão condições de exercer o seu papel de coordenador do SUS no âmbito estadual. Esta publicação defende também que a administração dos equipamentos públicos como hospitais ou bancos de sangue podem ser feito de maneira direta ou indireta, ou seja, podem ser repassados para grupos filantrópicos ou privados. Para o CONASS, a única função que tem que ser exclusiva do Estado é o de gestor do sistema. Desta forma, coloca como alternativas para a gestão dos serviços de saúde as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e ambas já demonstraram não resolverem o problema de gestão em vários estados e municípios. Coloca também como alternativas as Fundações de Apoio Universitário, autarquias e a Fundação Estatal de Direito Privado, sendo que esta última tem recebido forte oposição dos movimentos sociais

e sindicais ligados à saúde, inclusive do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as modalidades acima citadas podem ser consideradas formas de terceirização, levam à precarização das relações de trabalho e do atendimento à população, indo contra os princípios do SUS e tudo o que historicamente foi defendido pelo Movimento Sanitário.

**E no SUS-PR? Como está a situação?** De tudo o que foi levantado anteriormente, do processo de retirada do Estado da execução de serviços de saúde e seu financiamento, passando pela passagem indiscriminada da administração das unidades próprias para os municípios e para entes privados, tudo está sendo sistematicamente implantado em nosso estado. Exemplo claro é a passagem do Centro Hospitalar de Reabilitação para a administração da APR (Associação Paranaense de Reabilitação), que fez teste seletivo para contratação dos funcionários pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, contrariando as normas de contratação para o serviço público no âmbito do SUS. Sem falar que a unidade, “inaugurada” três vezes, ainda funciona parcialmente. Esta unidade teve um elevado valor de custeio nos últimos dois anos, mantendo poucos trabalhadores e um mínimo de atendimento. Quem paga por isso? Sem dúvida, a população.

#### **Tese 7. Rede de assistência em urgência e emergência do SUS Paraná: repensando o modelo de unidades de pronto-atendimento – UPA-FOPS/PR; SindPetro-PR/SC; SindSaúde/PR; SINPAR; SISMUC; SITRAVEST**

A urgência e emergência é talvez o setor da saúde pública mais complexa de relações, e, devido a isso, aquele que praticamente todo gestor do SUS dispensaria de ter que lidar se pudesse. De maneira bem resumida, podemos dizer que assistência em saúde de urgência e emergência é aquela na qual o atendimento envolve necessidade de mobilização coletiva e na qual risco de seqüelas permanentes ao usuário e/ou risco de morte estão em jogo. Ao longo dos anos de desenvolvimento do SUS, esse tipo de assistência foi aos poucos saindo da competência das unidades básicas de saúde (UBS) e das unidades hospitalares, em direção de unidades próprias, que têm como única finalidade o pronto-atendimento, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), juntamente de outros dois elementos, que é o SAMU e o QualiSUS. E agora, esse modelo de UPA, que se diz integrado, mas que na prática fragmenta o sistema, está com vistas a ser implementado aqui no Paraná, repetindo o erro de foco e de modelo que outros estados tiveram nos últimos anos, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo. Mas esse modelo não é totalmente novidade no Paraná, pois em Curitiba existe um modelo muito semelhante, que também não tem demonstrado efetividade, que é o Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM). E pior: além da SESA querer copiar modelos que não tem dado certo, isso é feito sem debate no CES/PR, sendo discutido e encaminhado diretamente entre gestores municipais e estaduais. São os gestores desrespeitando o controle social, como já não é de novidade a quem acompanha o CES/PR... Essa implementação, inclusive, está citada como meta da SESA para 2010, no Relatório Anual de Gestão do 1º semestre de 2009, com pelo menos 15 Unidades de Pronto Atendimento- UPAs previstas. Os principais problemas que se levantaram em estudos sobre a realidade das UPAs paulistas e fluminenses são: a) superlotação. O principal motivo disso é que os usuários, mesmo sem apresentar caso de urgência, procuram o serviço de pronto-atendimento por não conseguirem atendimento ou efetividade da rede básica. Nas UPAs o atendimento demora para acontecer em média de 6 horas, mas acontece. Outro motivo é a falta de profissionais. No Rio de Janeiro a maioria das UPAs tem infra-estrutura adequada e equipamentos, mas déficits de pessoal, principalmente de enfermeiros e médicos especialistas; b) pouca conexão entre essas unidades e o restante da rede, para encaminhar o que não se consegue resolver ou oferecer tratamento continuado aos

casos que carecem; c) alta rotatividade dos trabalhadores envolvidos, devido a condição permanente de sobrecarga de trabalho e remuneração não satisfatória; d) ainda é muito incipiente as ações de capacitação permanente dos trabalhadores dessas unidades, acarretando em baixa capacidade técnica e profissionalização do serviço. No caso das respostas dos gestores de Curitiba às críticas que se fazem ao Centro Municipal de Urgência Médica- CMUMs, é usual que culpem o usuário pela maioria dos problemas desse tipo de unidade, principalmente em relação a superlotação. Em outras palavras, dizem que o usuário não sabe direito o que é urgência, e a maioria dos que procuram os CMUMs não precisam de atendimento de urgência, causando superlotação das unidades. Se a rede básica não resolve seus problemas, claro que o usuário procurará outro patamar da rede, não pode esperar que a solução caia do céu. Outro detalhe importante é de que, se a rede básica apenas funciona em horário comercial e não funciona no fim-de-semana, quem precisa de atendimento nesses horários vai recorrer aos CMUMs ou outros tipos de unidades de pronto-atendimento, que tem funcionamento 24h. E sem fortalecimento da rede básica, ampliação de sua capacidade de atendimento e efetividade de seu papel – que envolve, inclusive, muitos procedimentos de atenção em urgência – modelos como o CMUM estão destinados a não dar certo. Avançando um pouco, inclusive acreditamos que unidades especializadas em urgência e emergência não são necessárias, pois é numa mesma unidade que atenção ambulatorial e de urgência devem ocorrer, a unidade básica como porta de entrada do SUS, garantindo a integralidade da assistência. Urgências não resolvidas devem ter serviço de referência e imediato encaminhamento, e a emergência é do papel do pronto-socorro dos hospitais. Preparar unidades com foco em atender usuários apenas em casos agudos, de forma pontual, vai de contra a integralidade do atendimento. Mais a mais, a maioria dos casos de urgência que são atendidos são de doenças crônicas – diabetes, hipertensão, alcoolismo, doença pulmonar obstrutiva, doenças mentais, etc – ou seja, que carecem de acompanhamento, e é de direito do usuário do SUS que assim ocorra. O SUS, organizado de maneira adequada – integralidade das ações inserida numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada – não carece de unidades intermediárias entre a baixa, média e alta complexidade. E para a pergunta que fatalmente surge: “então, porque se aposta em modelos diferentes, se o SUS já tem um plano que dá conta da urgência/emergência?”, temos uma resposta que traz infelicidade mas é verdadeira: aposta-se em modelos como dos CMUMs, em Curitiba, e de UPAs na região sudeste, pois são unidades utilizadas pelos governantes para exercer populismo e fazer uso eleitoral, além de facilitarem o caminho às terceirizações e privatizações do SUS. 1) Imediata inclusão do debate sobre modelo de rede de atenção em urgência e emergência do SUS Paraná no CES/PR e conselhos municipais de saúde, e que esse seja o caminho para um debate amplo com a sociedade como um todo. 2) Pensar o modelo de atenção de urgências e emergências com foco no fortalecimento da rede básica, que é resolutiva em 90% dos casos, desde que instalada segundo os preceitos de atenção primária do SUS, em suas Normas Operacionais Básicas e outros instrumentos de gestão. 3) Dispensar, tanto quanto possível, o modelo de unidades especializadas e limitadas em urgência e emergência. Essas unidades devem ser exceções, complementares, e não estruturantes da rede de atenção à saúde, muito menos assumirem papel de porta de entrada do SUS. Muitas vezes não é essa a intenção dos gestores, mas na prática é o que vem ocorrendo nos municípios que contém esse tipo de unidade. 4) Uma política de gestão do SUS Paraná que não permita a culpabilização do usuário pelas falhas do sistema: o usuário procura a unidade de pronto-atendimento por não ter à disposição serviços resolutivos e/ou em horários adequados na rede básica. 5) Implementação de política de capacitação continuada aos trabalhadores de urgência e



emergência, dadas às especificidades do setor. A política deve incluir todos os profissionais da rede, tais quais motoristas, vigilantes, recepcionistas e atendentes, que atendem os usuários tanto quanto os outros profissionais, principalmente no que tocam ao acolhimento das necessidades e pedidos dos usuários, sendo agentes cruciais do processo de triagem. 6) Pautar a emergência com vistas a concretização de políticas públicas intersetoriais e mais amplas, visto que a maioria dos casos de emergência são traumas causados por doenças crônicas (principalmente infartos e paradas respiratórias), acidentes de trânsito e violência urbana, ou seja, foco na prevenção com vista às transformações sociais.

## **SUB TEMA 2 – FINANCIAMENTO**

### **Tese 1. “Financiamento em Saúde” - 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavaí – 16 e 17/10/2009**

O aplicado atualmente pelos poderes públicos federais e estaduais está muito aquém do piso mínimo para a saúde, previsto na Emenda Constitucional 29 (EC-29), refletindo na insatisfação que causa nos quatro segmentos envolvidos, iniciando pelos usuários (com suas queixas diárias de não conseguir atendimento; e quando o consegue, não há acolhimento adequado e atendimento humanizado, integral e com resolutividade). Esse sub-financiamento atinge o gestor e, principalmente pelas tabelas defasadíssimas e salários aviltados, desestimulam os prestadores e os trabalhadores. É indiscutível a necessidade de aumentar os repasses do governo federal e do governo estadual para o Sistema Único de Saúde e o cumprimento dos repasses da esfera federal e os repasses da esfera estadual de acordo com o determinado pela Emenda Constitucional 29 (EC-29). Regular a Emenda Constitucional 29 (EC-29), definindo o que são ações de saúde, e o que não são ações de saúde, em concordância com Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde e com a Portaria GM/MS 2.047 de 07/11/2002, que a consideram como “auto-aplicável”. Há que se aumentar o valor repassado habitante/ano para a saúde, tanto na Vigilância em Saúde, quanto no PAB-Fixo, quanto nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs). É necessário contemplar integralmente, também, no orçamento municipal, os recursos dos diversos programas de saúde e coibir transferências irregulares de recursos dos Blocos de Financiamento para outras áreas da saúde. Modificar a “Lista de Itens de Custeio Estadual” da Estratégia de Saúde da Família, com ampliação de novos itens a serem adquiridos.

### **Tese 2. Financiamento: O Governo do Estado do Paraná não cumpre a EC-29. - FOPS/PR; SindPetro-PR/SC; SindSaúde/PR; SINPAR; SISMUC; SITRAVEST**

A Constituição Federal – CF, estabelece que 12% dos recursos da arrecadação do estado (ente federado, no caso o Paraná), sobre os impostos listados a seguir, devem ser destinados as ações e serviços de saúde: Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA; Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCD; Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS; Imposto sobre a Renda Incidente sobre Proventos pagos pelo Estado – IRRF; Fundo de participação dos Estados – FPE; LC 87/96 – Lei Kandir; IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados (deduzida a perda para o FUNDEF). Nos nove anos que já se passaram da aprovação da vinculação orçamentária para a saúde, o assunto já foi debatido nas 5ª, 6ª, 7ª e 8ª Conferência Estadual de Saúde. Em todas elas, as denúncias e deliberações reafirmaram que o estado deveria promover alteração em sua execução orçamentária, a fim de que a saúde contasse efetivamente com o percentual mínimo de 12%. Podemos citar a deliberação da 8ª Conferência Estadual de Saúde: “cumprimento da emenda constitucional 29, que determina que 12% da arrecadação do estado tem de ser destinado a saúde”.

Para o orçamento de 2010, a Lei Orçamentária proposta pelo governo inclui no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA; a destinação de R\$ 17.635.460,00 para prover o funcionamento do sistema médico hospitalar, odontológico e laboratorial do Hospital da Polícia Militar do Paraná, com vistas ao atendimento da saúde de uma clientela restrita: os policiais militares e seus dependentes. Outras ações que não atendem ao conceito de ação e serviço em saúde e que ainda assim estão contabilizados na proposta de Lei Orçamentária para 2010 são: Programa Leite das Crianças (a previsão é de R\$ 85.000.000,00); para a defesa sanitária animal o valor previsto é de R\$ 815.000,00; para os encargos com as pensões para os ex - pacientes de hanseníase destina-se R\$ 10.624.400; para o Sistema de Assistência a Saúde do servidor o valor é de R\$ 104.316.210; para encargos com inativos e pensionistas, a estimativa é de R\$ 106.571.300. O Executivo precisa esclarecer a origem dos recursos, pois se mantém a anomalia de inserir nas despesas da SESA ações e serviços que não atendem ao disposto na CF, na Portaria MS/GM 2.047, de 05/11/2002 e 5ª e 6ª Diretrizes da Resolução nº 322, de 08/05/2003 do Conselho Nacional de Saúde. É correto afirmar que o não financiamento em saúde impede a expansão dos serviços, o que por consequência afeta o usuário do SUS, que muitas vezes tem imensa dificuldade em obter atendimento. Desconsiderando a vontade e o direito da população, o governo estadual insiste no desrespeito a legislação e as instâncias do controle social, que já deliberaram sobre a mudança de prática do governo estadual. Sem recurso suficiente, a SESA não desenvolve as ações necessárias para o cumprimento de suas atribuições. Dado que comprova essa afirmação é a análise realizada sobre a execução orçamentária de 2008. A comissão de orçamento concluiu que 46% do orçamento da SESA não são programas e projetos desenvolvidos por ela mesma, e sim por outras secretarias. Isso significa dizer que, em 2008, somente 54% dos recursos do estado estavam alocados na SESA e sob fiscalização do controle social do SUS. Tal conclusão se encontra no relatório da Comissão de orçamento do CES/PR e é evidencia indiscutível da falta de financiamento na saúde do Paraná. As auditorias feitas pelo DENASUS - Departamento Nacional de auditoria do SUS demonstra que o estado têm mantido percentuais bem abaixo do mínimo exigido. Veja os dados:

| <b>ANO</b> | <b>VALOR INVESTIDO</b> | <b>O QUE DEIXOU DE SER APLICADO (EM REAIS)</b> |
|------------|------------------------|--|
| 2000       | 3,26%                  | R\$ 166.810.000,00                             |
| 2001       | 4,42%                  | R\$ 193.209.000,00                             |
| 2002       | 4,70%                  | R\$ 316.253.000,00                             |
| 2003       | 7,36%                  | Não calculado                                  |
| 2004       | 5,44%                  | Não calculado                                  |
| 2005       | 7,17%                  | Não calculado                                  |
| 2006       | 8,38%                  | R\$ 335.058.499,28                             |

Esses dados demonstram a gravidade da situação. Ainda há recursos executados fora do Fundo Estadual de Saúde, contrariando as disposições legais. A seguir listamos outros problemas: a) a SESA tem evidente debilidade para operar mecanismos rotineiros de auditoria; b) não há acompanhamento efetivo das licitações, o que permite a ocorrência de superfaturamentos e desvios; c) as emendas parlamentares nos orçamentos federal e estadual que atendem apenas a interesses localizados e não contemplam as prioridades definidas nos planos de saúde e planos plurianuais de investimento. Parte das emendas atendem aos interesses das

entidades privadas e filantrópicas da saúde, que recebem recursos para compra de equipamentos de última geração, reformas na estrutura predial e que nem sempre atendem somente a usuários do SUS. Com isso, o dinheiro do povo atende a interesses particulares. O Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR tem analisado a prestação de contas da SESA e insistentemente tem afirmado que o percentual mínimo é de 12%. Ocorre que apesar da constatação que os gastos não atingem o percentual mínimo, o CES/PR, nos últimos 9 anos, tem aprovado a execução financeira com ressalvas. A última votação da prestação de contas da SESA, apenas 4 entidades de usuários (Pastoral da Saúde, FOPS, SindPetro e CUT) e 2 de trabalhadores (SindSaúde e Conselho Regional de Medicina Veterinária) votaram pela não aprovação das contas. A aprovação com ressalvas é bastante confortável para o gestor, pois conta com a benevolência do controle social para o não atendimento da CF. O discurso de que a não aprovação das contas prejudicaria ainda mais os usuários do SUS é bastante utilizado; em contrapartida, se há demanda reprimida, filas enormes para consultas e exames especializados, atenção básica que precisa ser ampliada, Vigilância Sanitária com atuação muito limitada, se há poucos serviços em saúde mental, e saúde do trabalhador, etc, é porque faltam recursos do estado no SUS, o que vem sufocando inclusive as administrações municipais.

#### **SUB TEMA 4 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

##### **Tese 1. Saúde do trabalhador: avanços e desafios- 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavai – 16 e 17/10/2009**

É inquestionável que se humanize o acolhimento e o tratamento dado por parte dos gestores, prestadores e usuários para com os funcionários e servidores. Há que se implantar e implementar o Programa de Atenção a Saúde do Trabalhador com atendimento médico e odontológico. Implementar imediatamente todas as normas que dizem respeito à Saúde do Trabalhador. Também é indispensável se buscar atrativos para atrair mais profissionais de saúde nos concursos públicos ou nos concursos de emprego público e procurar evitar a rotatividade dos médicos, valorizando, com aumento salarial, aos médicos, e aos demais profissionais de saúde, e a todos os funcionários da área da saúde. Há que se instalar imediatamente mesas de negociação paritárias no SUS, em todos os níveis, reduzir a carga horária dos funcionários de saúde de 8 para 6 horas diárias; e com redução simultânea para  $\frac{1}{4}$  da carga horária (para 25% da carga semanal) para todas as categorias de profissionais da saúde, com exceção dos cargos de confiança e dos servidores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido norma federal específica. Permitir horário diferenciado para agente de saúde, principalmente durante a estação do verão e transformar o cargo de agente de saúde para agente ambiental ou agente de endemias. Há que se cumprir à norma de não admitir plantão contínuo, médico ou de enfermagem, por mais de 24 (vinte e quatro) horas seguidas na mesma ou em outra empresa, entidade, instituição, órgão ou cidade, para preservar as condições pessoais de exercício adequado da função médica, com acolhimento atencioso, humanização, eficiência, eficácia, efetividade, resolutividade e integralidade no raciocínio e no atendimento ao usuário, e para evitar estafa, estresse, e também para não incorrer nos riscos de erros por imperícia, imprudência e ou negligência, além do erro de diagnóstico. Há que se garantir segurança para os trabalhadores nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Atendimento Psicosociais, nos Prontos Atendimento e Prontos Socorros. Humanizar o acolhimento e o atendimento com estrutura adequada. Deve haver resiliência em todas as salas de atendimento aos usuários e em todas as Unidades Básicas de Saúde. Cumprir as normas e a legislação em todas as salas das Unidades Básicas de Saúde e que não sejam de

multiuso. Estruturar, aumentar e melhorar os espaços físicos nas Unidades Básicas de Saúde e em outros locais de serviço para os trabalhadores de saúde e para os usuários, oferecendo melhores condições de conforto, com assentos em salas de espera, com observância e atenção à legislação sanitária. Adequar as instalações nas Unidades Básicas de Saúde e nas unidades de Estratégia de Saúde da Família para a realização das consultas de enfermagem. Ofertar condições adequadas para salas de reuniões da equipe com usuários, no que se refere à espaço físico e a equipamentos.

## **Tese 2. Gestão do trabalho no SUS Paraná: pelo chamamento dos aprovados no concurso público e desprecarização dos serviços: FOPS/PR- SindPetro-PR/SC- SindSaúde/ PR- SINPAR- SISMUC - SITRAVEST**

A definição do trabalho na saúde pode ser descrita como aquela que exige uma relação interpessoal muito intensa. O atendimento, o cuidar de uma pessoa em estado físico, mental ou emocional marcado pela fragilidade, exige do profissional uma integração das habilidades manual, técnica e emocional. A eficácia do ato em saúde depende, sobretudo, da boa relação profissional-usuário. Por isso, o trabalho na saúde precisa ser entendido em sua dimensão plena. Apesar da importância estratégica para a boa qualidade dos serviços prestados, a gestão do trabalho na saúde não obtém a atenção e a priorização dos gestores do SUS. Hoje encontramos um quadro no qual grande parte dos municípios contratam trabalhadores via organizações sociais, cooperativas e outros tipos de entes privados. É evidente que tal realidade gera a falta de compromisso com os serviços executados, com a continuidade dos projetos e políticas. Sobre os vínculos precarizados no SUS, o Ministério da Saúde afirma: "O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. Diante dessa situação, este governo entende ser importante o processo de desprecarização do trabalho em saúde com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador." O processo de definhamento na área do SUS, durante a década de 1990, contou com uma dupla estratégia. A primeira é de desmonte da saúde pública, com a criação da universalização excludente. A política pública de saúde foi conduzida de forma a fazer uma política para os pobres. A segunda estratégia consiste em fragmentar os trabalhadores de saúde através de tercerização dos próprios. As péssimas condições de trabalho, o que por um lado, dificulta uma política unificada, e por outro desqualifica o atendimento, gerando profissionais desvalorizados e desmotivados. Essa lógica sucedeu também em todo Paraná. Considerando que o último da SESA concurso para todas as ocorreu em 1988, a falta de servidores efetivos provocou o chamamento de trabalhadores via processo seletivo simplificado, via Recibo Pagamento de Autônomo e outras formas, em total desacordo com a Constituição Estadual e Federal. De forma geral, podemos afirmar que no eixo gestão do trabalho no SUS os gestores não cumprem os princípios que deram origem ao SUS. São exemplos: a) poucos municípios implementaram Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos próprio da Saúde, conforme rege a lei 8142 de 1990; b) No Paraná, não há Mesa de Negociação Permanente do SUS na esfera estadual e municipal; c) a educação permanente em saúde apresenta muita fragmentação; d) são poucas e extremamente frágeis as experiências de política voltada a proteção da saúde do trabalhador em saúde; e) apesar das deliberações das Conferências de Saúde sobre a jornada de trabalho específica para o setor, não vem sendo respeitada por uma parcela significativa de gestores, seja estadual ou municipal; f) inexistência de concurso público. É urgente a reversão desse quadro, com a definição de uma política de gestão de trabalho no SUS. O ingresso por concurso é condição inicial de mudança de postura e o início do fim da precarização do trabalho e de suas

conseqüências. A Secretaria de Estado da Saúde - SESA, realizou concurso público em outubro desse ano. Consideramos importante passo, mas não suficiente. O chamamento dos aprovados é condição para o ingresso de servidores de forma a superar a sobrecarga de trabalho e a falta de equipe completa em todos os setores.

### **TEMA 3 – CONTROLE SOCIAL**

#### **Tese 1. O Controle Social em saúde: ideologia e bases legais da participação social. 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavaí – 16 E 17/10/2009.**

Para complementar o Controle Social em Saúde é indispensável que, de maneira efetiva e permanentemente, se concretizem os convites e as presenças, como observadores, do presidente do Conselho Municipal de Saúde da cidade-sede da respectiva Regional de Saúde e, também, de um presidente de Conselho Municipal de Saúde, oriundo do segmento de usuários, de outra cidade da mesma região, em sistema de rodízio, em todas as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (também conhecida como “Colegiado Regional”). É indispensável também que se confira através da Comissão Organizadora e da Comissão de Sistematização e de Relatoria das Conferências de Saúde, se as deliberações de Conferências de Saúde anteriores foram ou não atendidas e cumpridas; caso não tenham sido atendidas e cumpridas, que as mesmas façam parte das discussões da atual Conferência de Saúde, para melhorar, atualizar, reforçar e referendar ou não estas deliberações. Há que se divulgar, publicamente, pela *internet* e pelos órgãos de imprensa escrita oficial, e por todos os níveis de governo, mensalmente ou no máximo bimestralmente, com detalhes que permitam a compreensão por parte da população de um modo geral, dos valores pagos, a que “natureza de despesas” se referem se tais pagamentos se referem à aquisição por licitação, por pregão eletrônico, por carta-convite, por “dispensa de licitação” (com a devida justificativa), ou por qual outro meio ou mecanismo, uma vez que os poderes públicos federais, estaduais e municipais, através de seus órgãos, apenas administram os recursos financeiros, que no fundo são os impostos pagos pela população. É fundamental e indispensável a divulgação, publicamente, pela *internet* e pelos órgãos de imprensa escrita oficial, por todos os níveis de governo, mensalmente ou no máximo bimestralmente, com detalhes que permitam a compreensão por parte da população de um modo geral, dos valores pagos, o montante das despesas de “folha de pagamento” (e possíveis “outras vantagens”) inclusive com a porcentagem da somatória de tais gastos em relação ao orçamento, expondo a que se refere: secretaria por secretaria, separadamente: a) dos trabalhadores, servidores ou não; b) dos cargos de confiança, comissionados ou de livre provimento, também separadamente; c) estas secretarias devem enviar também tais informações aos demais órgãos de controle, uma vez que os poderes públicos federais, estaduais e municipais, através de seus órgãos, apenas administram os recursos financeiros, que no fundo são os impostos pagos pela população.

#### **Tese 2. Promoção da saúde por meio das ações de vigilância em saúde- 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavaí – 16 E 17/10/2009**

O Sistema Único de Saúde dá prioridade absoluta para prevenção de doenças e de agravos, e a promoção da saúde. Para tanto é indispensável se educar e se qualificar com prioridade gestores públicos, trabalhadores da saúde e conselheiros de saúde. É de extrema importância se implantar programas de orientação aos usuários da vigilância sanitária, por exemplo, para melhorar a educação do povo e trabalhadores com a divulgação

ampla de normas de higiene, de uso de lenços descartáveis, de máscaras adequadas e se necessário uso de luvas, quando com doenças contagiosas do trato respiratório ou bucal. Além de promover propaganda no sentido educativo e preventivo em toda a mídia: rádio - emissoras, canais de televisão aberta, *internet*, e a imprensa escrita. É indispensável e primordial se imunizar toda a população para combater ou evitar epidemias e pandemias. Há que se fornecer também a vacina para pneumonia pelo poder público estadual para todos os idosos, desde que solicitada formalmente por médico credenciado em “porta de entrada do SUS”. Uma nova política pública imprescindível é a desverminização sistemática de crianças e demais setores da população da zona rural e distritos, com exceção de gestantes. Também, como reza a Constituição Federal e a Constituição Estadual, que todos têm direitos sociais iguais, nesse direcionamento há que se fluoretizar a água da Sanepar nos distritos e, se possível, nas vilas rurais. Também sistemática e permanentemente fiscalizar lanchonetes, bares e “lancheiros” localizados em calçadas ou em suas imediações, por questões de problemas higiênicos ou de outros problemas sanitários, como também fazer cumprir as normas sanitárias com relação a resíduos sólidos e retirar entulhos em vias públicas (semanalmente, se possível). Para tanto há que se fornecer mais insumos, viaturas, aparelhos, equipamentos de proteção individual (EPIs), e outros materiais necessários para desempenhar a contento a função de agente de saúde e/ou agente de endemias. Há inúmeras deficiências públicas, entre as quais é necessário prover condições de casos de isolamento atendidos nas instituições de saúde conforme necessidade. É fundamental se criar o setor (ou serviço) e o cargo de médico-veterinário público, para tratar melhor nosso irmão “irracional” (cães, gatos, coelhos, cavalos, pássaros e outros animais domésticos) e se necessário for abatê-los, que seja feito sem sofrimento, como também para promover o seu controle populacional.

### **Tese 3. A importância dos instrumentos de gestão do SUS e o Controle Social – Relatório de Gestão, Prestação de Contas, Auditoria - 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavaí – 16 e 17/10/2009**

A saúde é condição essencial da garantia da dignidade humana, constituindo-se em direito garantido pelo Estado por meio de políticas públicas que atuem sobre seus determinantes, assegurando ações e serviços de saúde de acesso gratuito, integral e universal, com equidade. Para garantir eficiência, eficácia e efetividade dessas ações e serviços há que se ter ótima gestão dos recursos públicos e na prestação dos serviços, atendimento às deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde, avaliação das prioridades, e as pactuações inter-gestores, tudo supervisionado pelos Conselhos de Saúde e pelo Sistema Nacional de Auditoria. Neste direcionamento, toda e qualquer Prestação de Contas, como também todo e qualquer Relatório de Gestão de Secretarias da Saúde deve passar por auditoria prévia, de confiança do respectivo Conselho, que para deliberar necessita de receber o relatório e o parecer conclusivo da auditoria realizada em tempo hábil, com as conformidades e não conformidades, as recomendações e as conclusões apresentadas previamente às comissões do Conselho para conhecimento, análise e parecer também dessas comissões e posterior deliberação do Plenário do Conselho sobre os serviços próprios de saúde, as Prestação de Contas e Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde e do Sistema Único de Saúde em questão. Os componentes do Sistema Nacional de Auditoria em qualquer nível, particularmente os de competência estadual e/ou municipal, em seus serviços ou departamentos de auditoria, devem atender às demandas dos Conselhos ou das Secretarias de Saúde com independência, autonomia, liberdade, isenção, e sem ônus algum devido às suas conclusões e pareceres. Há que se considerar que demandas oriundas do controle social desencadeiam ações de auditoria

nos serviços e sistemas de saúde, objetivando a garantia dos princípios do SUS (universalidade, com equidade, integralidade, controle social, gratuidade e resolutividade). Os Conselhos têm autonomia e direito de dar pareceres conclusivos nos Relatórios de Gestão e/ou nas Prestações de Contas como “aprovação”, “aprovação com ressalvas” ou “rejeição”. É fundamental que o Conselho remeta, quando houver “rejeição” ou “aprovação com ressalvas”, o parecer e a deliberação do Conselho sobre Prestação de Contas e/ou Relatório de Gestão de todo e qualquer trimestre e, principalmente, o anual ao Tribunal de Contas do Estado (TCE), ao Conselho de nível de governo superior, à Promotoria ou Procuradoria de Saúde Pública, à Promotoria ou Procuradoria de Recursos Públicos (ou similar), à Controladoria Geral da União (CGU) e ao Sistema Nacional de Auditoria. É fundamental solicitar às Câmaras Municipais de Vereadores e à Assembléia Legislativa que recomendem ao Tribunal de Contas do Paraná, que estabeleçam como um dos primeiros critérios para as prestações de contas do setor saúde municipal e estadual, a apresentação de certificação da análise do Relatório de Gestão e da Prestação de Contas pelos respectivos Conselho, através de ofício em que conste a deliberação do respectivo Conselho sobre o Relatório de Gestão e a Prestação de Contas e também o parecer técnico da auditoria indicada pelos respectivos Conselho, das conformidades e não conformidades, recomendações e conclusões. As atividades de regulação, controle e avaliação são direcionadas para a auditoria: observar o exame analítico e pericial da efetividade e 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 de dados e de informações necessárias 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 aperfeiçoar as atividades em desenvolvimento e para o fomento de planejamento mais satisfatório, mediante seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura. A auditoria compreende e verifica a atenção básica, média e alta complexidade, e a necessidade de regulação, avaliação e controle tanto dos recursos como da realização efetiva dos procedimentos e assistência em qualquer das três esferas de governo. Há que se lembrar que as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria são requisitos do Termo de Compromisso de Gestão Municipal integrante do Pacto pela Saúde. É indispensável e fundamental a efetiva implantação e/ou implementação dos serviços de auditoria no estado, municípios e regionais de saúde. Há que se regulamentar o SNA em todos os níveis. Há 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 regulação, controle, avaliação e auditoria no âmbito do SUS com interface do sistema de regulação, controle e avaliação com as atividades dos Fundos e Conselhos e definição dos recursos patrimoniais e humanos necessários ao cumprimento das competências e atividades de controle e avaliação e de auditoria, especialmente tanto quanto aos níveis hierárquicos, aos graus de responsabilidades e ao funcionamento de equipes, quanto ao desenho dos processos de trabalho, como também no tangente à educação, à capacitação e ao treinamento dos dirigentes e servidores. Os componentes do Sistema Nacional de Auditoria, particularmente os de competência estadual e/ou municipal, em seus serviços ou departamentos de auditoria, devem se julgar impedidos de auditar qualquer ato ou solicitação feitos por colegas de ambulatório, de consultório, de clínica, de hospital, de

consórcio de saúde, ou do órgão em que atua, ou por colega com o qual tenha vínculo de parentesco até o 3º grau por quaisquer das duas linhas. Não pode haver quaisquer tipos de vínculos. Não podem receber brindes ou prêmios no exercício de suas funções. Na área restrita particularmente à competência municipal os auditores podem advir das áreas de contabilidade, de enfermagem, de medicina ou de odontologia; e ao nível de competência estadual, além dessas, podem advir das áreas de direito e farmácia. Só podem ter como coordenador ou chefe de equipe componentes das áreas de enfermagem, de medicina ou de odontologia. Os componentes do SNA, na área restrita à competência estadual e/ou municipal, em seus serviços ou departamentos de auditoria devem cumprir horário integral de 2ª a 6ª feira, nos dois turnos diurnos, não podem fazer parte do corpo clínico ou do corpo de enfermagem de qualquer clínica, ou instituição, ou entidade, ou empresa, nem ter qualquer vínculo empregatício, societário, acionário ou assemelhado com as mesmas do município, ou da região, ou do estado em que atuam [de conformidade com Decreto Estadual 5711/03, art. 471 e o item 4.1.1 b5 c4, associado ao item 4.1.2 b6 c4 do Anexo I do Regulamento do SUS (PT MS/GM 2.048, de 03/09/2009)]. Os auditores não podem ter vínculo de espécie alguma com quaisquer entidades, instituições, empresas que auditam (de conformidade com o Decreto Estadual 5711/03, art. 471 e item 4.1.1 b5 c4, associado com item 4.1.2 b6 c4 do Anexo I do Regulamento do SUS). Pelos diversos requisitos para o exercício da função, devem receber proventos em dobro à da respectiva categoria profissional, a título de qualificação técnica, dedicação exclusiva, por cumprimento de horário integral e por renúncia ao exercício de outras funções profissionais. É urgente que em todos os níveis o Poder Público promova estudos e definições para viabilizar e criar a profissão de auditor no quadro de recursos humanos da SS, preferencialmente dentro do Plano de Cargos Carreira e Vencimentos do SUS, com característica multiprofissional e formação específica, considerando que a auditoria, controle e avaliação incorpora competências multiprofissionais e áreas técnicas, e admissão mediante concurso público de provas e de títulos para cargo de auditor do SUS. O atual estágio de descentralização do SUS exige um re-ordenamento das atividades dos órgãos e das unidades de controle e avaliação e de auditoria nos seus diferentes níveis de competência. Previsto em Leis Federais 8.080 e 8.689, criado pelo Decreto Federal 1.651, o Sistema Nacional de Auditoria necessita de efetiva implantação e implementação em todos os níveis de governo ainda, para o acompanhamento das ações e serviços no âmbito do SUS.

#### **Tese 4. A importância dos instrumentos de gestão do SUS e o controle social- 9ª Conferência Municipal de Saúde de Paranavaí – 16 e 17/10/2009**

É fundamental acatar imediatamente, com atendimento indiscutível, ao que determina as legislações federais, estaduais e municipais relacionadas direta ou indiretamente ao Sistema Único de Saúde, no que diz respeito ao cumprimento de horário integral por parte dos servidores ou dos funcionários com cargos de direção, ou de chefia, ou de confiança, ou de livre provimento, ou de coordenação, no âmbito do Sistema Único de Saúde em todos os níveis. Há também que se acatar imediatamente, com atendimento indiscutível, ao que determinam as legislações federais, estaduais e municipais relacionadas direta ou indiretamente ao Sistema Único de Saúde, no que diz respeito ao acúmulo de cargos e/ou funções, com ênfase maior quando esses servidores ou funcionários têm cargos de direção, ou de chefia, ou de confiança, ou de livre provimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde em todos os níveis. É indispensável, e inquestionável, proibir que o servidor ou funcionário do Sistema Único de Saúde exerça simultaneamente outra (dupla) atividade pública ou particular no mesmo município (ou em outro município) no seu horário de trabalho estipulado na admissão ou no contrato de



trabalho. Também é questionável, muito estranho, que em determinadas categorias profissionais se permita que seus profissionais façam plantões simultâneos em diferentes instituições de prestação de serviços de saúde, sem que seus órgãos de classe se manifestem sobre a situação. Para atendimento universal (com equidade) e integral do enorme contingente de usuários do SUS, há que se disponibilizar que as Unidades Básicas de Saúde funcionem em dois turnos (das 7h00 às 13h00 e das 13h00 às 19h00 ). Nelas, se houver controle de horários de trabalho para uma determinada categoria profissional no Sistema Único de Saúde, também deve haver para as demais categorias profissionais, com a mesma sistematização e procedimentos e também se houver incentivo de produtividade para uma determinada categoria profissional no Sistema Único de Saúde, também deverá haver para todas as demais categorias profissionais, com a mesma sistematização. Os órgãos fiscalizadores devem aceitar casos de pagamento por RPA (recibo de pagamento a autônomo) somente em situação de calamidade pública na área da Saúde, decretada por autoridade constituída no respectivo nível de governo e, no máximo com pagamento no tempo de seis (6) meses contínuos. Há que se obedecer rigorosamente a Constituição quanto a não privatização dos serviços públicos e assegurar a entrada dos trabalhadores de saúde por meio de concursos públicos. Propor que os concursos públicos e/ou testes seletivos para ingresso em serviços públicos sejam realizados por instituições ou entidades idôneas, públicas ou não, desde que não respondam a processos judiciais devido a burlas e/ou outros favorecimentos em concursos públicos ou em testes seletivos de qualquer nível de governo, e proibindo que pessoas físicas sejam as responsáveis para realizar concursos públicos ou testes seletivos para ingresso em serviços públicos de qualquer nível. Os gestores estaduais e municipais devem informar previamente, ao Conselho de Saúde da respectiva esfera (nível) de governo, da previsão e de todo e qualquer projeto de concurso público, ou concurso de “emprego público”, ou teste seletivo, com envio de possível edital de convocação, previamente à publicação, para conhecimento, análise e parecer (com urgência) do referido Conselho de Saúde, e para acatamento de possíveis sugestões de alterações e melhorias no referido edital. Também devem informar, com clareza e concisão, quantas vagas são oferecidas em todo e qualquer concurso público, ou concurso de “emprego público”, ou teste seletivo, e informar que os demais aprovados formam a “lista de reserva” para futuras convocações e admissões, se necessárias. Uma vez homologadas as inscrições, realizado o concurso ou teste seletivo público, homologado o resultado, publicada a classificação, deve ser enviada ao respectivo Conselho de Saúde a lista dos aprovados, com a respectiva classificação. É importante, para melhorar a qualificação e ter uma seleção mais justa, que se baseie, para efeito classificatório, em provas escritas e avaliações e considerações de títulos reconhecidos, com as devidas pontuações, em todo e qualquer concurso público, ou concurso de “emprego público”, ou teste seletivo. 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). Promover Concursos Públicos ou Concursos de “Emprego Público” para completar quadros de profissionais de saúde (há deficiência de profissionais). Priorizar os concursos para médicos e outros profissionais nas áreas de geriatria/gerontologia.m todo e qualquer concurso público, ou concurso de “emprego público”, ou teste seletivo na área médica, mesmo não havendo no momento vagas para admissão imediata, mas no sentido de formar a “lista de espera” para admissões eventuais ou para emergências, oferecer obrigatoriamente exames (de provas e de títulos) para clínica médica, pediatria, hebiatria (atenção e tratamento de adolescentes), geriatria (atenção e tratamento de idosos), ginecologia e obstetrícia. Propor que o estado e as prefeituras promovam estudos e definições para viabilizar as profissões necessárias e inexistentes no quadro

de recursos humanos da SESA, com imediata criação de cargos e admissão mediante concurso público. Neste direcionamento, promover, com urgência, concurso de provas e de títulos, em todos os níveis de governo, para cargos de auditor do Sistema Único de Saúde. É indispensável a criação da carreira de auditor, preferencialmente dentro do PCCS do SUS, com característica multiprofissional e formação específica, considerando que a auditoria, controle e avaliação incorpora áreas técnicas e competências multiprofissionais. O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar dezenove (19) anos de existência, e apesar de previsto na Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990, e na Lei Federal nº 8.689, de 27/07/1993, o Sistema Nacional de Auditoria, criado através do Decreto nº 1.651, de 28/09/1995, 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.

#### **Tese 5. Controle social - FOPS/PR; SindPetro-PR/SC/ SindSaúde/PR/ SINPAR/ SISMUC/ SITRAVEST**

Nos anos 70 retomaram-se as lutas do início da década de 60 por um novo caráter para os serviços de saúde no Brasil. Era necessário romper com a lógica da caridade e implementar um sistema de saúde que entendesse a saúde como direito de todos. A mobilização popular, que teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi responsável por delinear as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS como o conhecemos hoje, sendo destaque *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988). Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, adotou-se no Brasil, além da democracia representativa, uma perspectiva participativa, incorporando a atuação da comunidade na gestão das políticas públicas. E por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento, formulação e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. O caráter representativo da democracia se tornou explícito através do voto. Todavia a participação da sociedade consolidou-se lenta e gradativamente através da década de 1990, na qual, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram instituídos dois espaços para garantir o controle social institucional: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Durante esta década a totalidade dos estados e a grande maioria dos municípios instituíram os seus conselhos de saúde. A instituição do princípio do controle social, da paridade numérica, a criação dos conselhos e das conferências e a participação dos movimentos sociais nesses espaços constituíram grandes avanços. Porém, gostaríamos de apontar alguns elementos que consideramos fundamentais e que podem contribuir para qualificar o controle social: a) Romper com o Clientelismo: Historicamente, no Brasil, há uma cultura política de que a população deve votar e ter uma boa relação com os políticos, porque quando precisar de algum “favor”, os políticos irão atendê-la. Essa prática chama-se clientelismo ou políticas de favores. Em alguns conselhos ainda é comum o gestor influenciar nas eleições, de modo que “amigos políticos” tornem-se os representantes dos usuários. Em outros existem representantes que acreditam que não devem discordar do gestor por medo de que no futuro sua entidade possa não ter ajuda do gestor público quando necessitar. A qualificação do controle social depende da superação dessa prática. Os políticos, a população e os representantes das entidades precisam ter claro que saúde é um direito de todos e

os governos têm o dever de garanti-la. Não podemos mais admitir que se pense que as consultas, as internações e os atendimentos médico-hospitalares sejam entendidos como concessão de favores dos políticos e gestores. b) Permanente qualificação técnica e política dos Conselheiros: Não temos dúvidas de que para uma melhor atuação dos conselheiros é fundamental que eles se apropriem da legislação que regulamenta o SUS, que tenham noções de orçamento público e conheçam o funcionamento do sistema. Porém este processo é dificultado, pois a maioria dos gestores não quer compartilhar o poder, não repassa as informações necessárias de forma clara, e esconde-se atrás de uma carapuça de poder político e do saber técnico para impor suas propostas. Por isso, é fundamental que os conselheiros se qualifiquem técnica e politicamente, atribuindo a mesma importância às duas formações, para que possam contrapor a posição hegemônica, mesmo que para isso tenham que contrapor o gestor, que na maior parte dos casos coloca o seu interesse individual acima do coletivo. Os programas de formação devem ser pautados pelos conselheiros, superando a dicotomia entre conhecimento técnico e político, devendo haver um programa de formação permanente para os conselheiros, sendo a pauta e os formadores decididos pelos conselheiros. c) Critérios na escolha dos representantes dos usuários e trabalhadores. Por uma questão de princípio ético não se poderia ter entre os usuários entidades que tenham ligação ou dependam dos outros segmentos. O estado de São Paulo, desde 1995, através de seu Código de Saúde (Lei 791/95) definiu, de forma clara, a ilegalidade de determinadas representações em meio aos usuários. Dessa forma defendemos que não ocupem vagas de trabalhadores e usuários: - pessoas ligadas aos governos: prefeito, secretários, cargos em comissão, etc; - pessoas ligadas aos prestadores de serviço: presidente, membros da diretoria e/ou conselhos ou qualquer representante ou indicado e seus parentes diretos de toda e qualquer entidade conveniada ou contratada pelo governo nacional, estado ou poder público municipal. d) Os “nós” dos Conselhos - *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.* Esse texto não é novo, fez parte da nossa tese para a 8ª Conferência Estadual de Saúde, no entanto essa prática permanece. Prova disso é que a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2010 foi encaminhada a Assembléia Legislativa antes de passar pelo CES/PR. E tem mais: A SESA-PR descumpra 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. Dessa forma propomos que a 9ª Conferência Estadual de Saúde exija que 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. Também persistem as práticas de cooptação e trulência 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. Defendemos ainda a necessidade de reorganização dos movimentos sociais que atuam na área da

saúde, resgatando a luta histórica da classe trabalhadora pela superação do modo de produção capitalista, que é adoecedor. Tendo isso em consideração, apontamos para a necessidade de atuação para além dos espaços institucionais, constituindo-se um movimento social de saúde de fato.

## **5- DELIBERAÇÕES:**

### **SUB TEMA - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA:**

- 1) Garantir a gestão estadual direta das unidades próprias, com trabalhadores concursados.
- 2) Promover o pleno funcionamento das unidades construídas ou em construção garantindo a assistência prestada diretamente pelo SUS-PR.
- 3) Retomar a gestão estadual dos serviços municipalizados quando o município não tiver condições de manter, ou façam assistência para planos de clientela fechada/ particular.
- 4) Garantir a imediata inclusão do debate sobre modelo de rede de atenção em urgência e emergência do SUS Paraná no CES/PR e conselhos municipais de saúde, e que esse seja o caminho para um debate amplo com a sociedade como um todo.
- 5) Pensar o modelo de atenção de urgências e emergências com foco no fortalecimento da rede básica, que é resolutiva em 90% dos casos, desde que instalada segundo os preceitos de atenção primária do SUS, em suas Normas Operacionais Básicas e outros instrumentos de gestão.
- 6) Dispensar, tanto quanto possível, o modelo de unidades especializadas e limitadas em urgência e emergência. Essas unidades devem ser exceções, complementares, e não estruturantes da rede de atenção à saúde, muito menos assumirem papel de porta de entrada do SUS. Muitas vezes não é essa a intenção dos gestores, mas na prática é o que vem ocorrendo nos municípios que contém esse tipo de unidade.
- 7) Disponibilizar política de gestão do SUS Paraná que não permita a culpabilização do usuário pelas falhas do sistema: o usuário procura a unidade de pronto-atendimento por não ter à disposição serviços resolutivos e/ou em horários adequados na rede básica.
- 8) Implementar a política de capacitação continuada aos trabalhadores de urgência e emergência, dadas às especificidades do setor. A política deve incluir todos os profissionais da rede, tais quais motoristas, vigilantes, recepcionistas e atendentes, que atendem os usuários tanto quanto os outros profissionais, principalmente no que tocam ao acolhimento das necessidades e pedidos dos usuários, sendo agentes cruciais do processo de triagem.
- 9) Pautar a emergência com vistas a concretização de políticas públicas intersetoriais e mais amplas, visto que a maioria dos casos de emergência são traumas causados por doenças crônicas (principalmente infartos e paradas respiratórias), acidentes de trânsito e violência urbana, ou seja, foco na prevenção com vista às transformações sociais.
- 10) Solicitar do Estado a garantia de um sistema integral de atenção a saúde dentro dos distritos policiais e penitenciárias definindo um protocolo único para o atendimento de detentos em todos os níveis da assistência.

- 11) Que o Ministério da Saúde junto com a Secretaria de Estado da Saúde garanta o fornecimento de vacinas e medicamentos, em quantidade adequada, nas ocasiões de surtos pontuais de doenças sazonais, tais como: H1N1, sarampo, rubéola, febre amarela, entre outras.
- 12) Criar um Centro para atendimento de pessoas dependentes de cuidados especiais, que não possuem familiares ou cuidadores e que não necessitam de internação domiciliar e hospitalar, através de parceria entre município e estado.
- 13) Definir e apresentar os critérios de encaminhamentos de pacientes em situação de emergência via central de leitos e de regulação, bem como divulgar as estatísticas dos encaminhamentos por instituição prestadora.
- 14) Implantar a rede estadual de urgência/emergência para de fato contemplar os municípios de pequeno porte.
- 15) Implantar e implementar a política nacional do idoso nos serviços de saúde com infraestrutura, recursos materiais e humanos adequada para o atendimento desta população.
- 16) Reestruturar e fortalecer a atenção básica, através da manutenção da estratégia de saúde da família, com a finalidade de prevenção, promoção, e recuperação à saúde, com ampliação do quadro de recursos humanos por concursos públicos e requerer, junto ao Estado, auxílio para custeio da estratégia da saúde da família.
- 17) Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral tendo como eixo estruturante a estratégia saúde da família, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade.
- 18) Ampliar as especialidades reguladas pela Central de Regulação Ambulatorial, mediante elaboração de protocolos e fluxos, garantindo infra-estrutura necessária (equipamentos e RH).
- 19) Executar as leis que estabelecem os recursos a serem aplicados pelas diferentes esferas de governo: Município, Estado e União.
- 20) Exigir do Ministério da Saúde a elaboração e atualização de protocolo clínico terapêutico para doenças de baixa prevalência como Lupus eritematoso sistêmico.
- 21) Estimular a participação dos homens no Programa de Saúde do Homem, e intensificar a realização dos exames preventivos de câncer de próstata e de mama para aqueles com idade acima de 35 anos.
- 22) Viabilizar ampliação no estado do número de leitos de UTI (gestação de alto risco, neonatal, pediátrica e adulto).
- 23) Construir e credenciar leitos de UTI no Hospital Regional São Sebastião da Lapa, aprimorando o mesmo como serviço regional para atendimento da população do SUS.
- 24) Investir na readequação dos hospitais públicos e recursos humanos de outros setores da SESA com agilidade na contratação dos profissionais já aprovados em concursos públicos.
- 25) Criar áreas de isolamento nos Hospitais Regionais com estabelecimento de prioridades.
- 26) Garantir que o acesso ao serviço público seja por meio de concurso público.

- 27) Garantir a reabertura do Hospital Infantil Dr. Antonio Fontes de Paranaguá conforme projeto apresentado e aprovado no Conselho Estadual de Saúde, com acompanhamento efetivo do controle social.
- 28) Repactuação dos serviços de média complexidade com garantia do acesso.
- 29) Implantar políticas de prevenção e apoio às vítimas de violência e acidentes domésticos, priorizando crianças, idosos e pessoas com deficiência, à população em geral.
- 30) Implantar a política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS conforme portarias ministeriais específicas.
- 31) Implantar o serviço odontológico intra-hospitalar para atendimento das pessoas internadas e pessoas com deficiências, principalmente em unidades críticas.
- 32) Garantir assistência odontológica para todos, garantindo o Raio-X.
- 33) Promover ações voltadas à saúde bucal para grupos especiais como: idosos, pessoas com necessidades especiais, diabéticos, hemofílicos, entre outros.
- 34) Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais, de alto custo e de uso contínuo a todos.
- 35) Promover o uso racional de medicamentos através das informações disponibilizadas pelos profissionais, a exemplo de farmacêuticos, médicos e enfermeiros, a fim de que os usuários possam aderir ao tratamento, bem como promover campanha de conscientização dos efeitos nocivos da auto medicação por meio de informações inerentes aos que são dispensados, garantindo que a farmacoterapia seja efetiva levando à promoção de saúde.
- 36) Reavaliar a possibilidade de retorno dos medicamentos que foram retirados do Consórcio Paraná Medicamentos e a possibilidade de ampliação dos tipos de medicamentos disponibilizados.
- 37) Exigir o cumprimento da lei e garantir que todas as receitas de medicamentos sejam legíveis tanto para o usuário quanto para o profissional de farmácia que realizará o aviamento, mantendo o nome genérico da medicação.
- 38) Implantar a política nacional de humanização na atenção hospitalar visando à reorganização dos processos de trabalho em saúde propondo transformações nas relações sociais.
- 39) Implementar políticas voltadas para a qualificação da força do trabalho do setor saúde caracterizando como um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS.
- 40) Garantir ao usuário o direito de acesso ao seu prontuário.
- 41) Cumprir a lei e garantir ao usuário do SUS em casos de emergência a internação em hospital público, hospital conveniado, filantrópico, ou contratado proveniente de instituição ou entidade aceita como “porta de entrada do SUS”, mesmo que não haja vaga em enfermaria, sendo vedada a cobrança de qualquer taxa ou “depósito”, nos termos das leis e normas vigentes.
- 42) Exigir que os Centros Regionais de Especialidades cumpram com todas as suas atribuições legais e contratuais, estejam ou não alocados nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

- 43) Renovar os equipamentos oftalmológicos dos Centros Regionais de Especialidades e Consórcios Municipais de Saúde.
- 44) Agilizar junto ao Ministério da Saúde o credenciamento do Hospital Regional do Noroeste / Santa Casa de Paranavaí para a prestação de serviços de média e alta complexidade, incluindo cirurgia bariátrica, neurocirurgia, ortopedia e oncologia, com aumento de número de leitos para o SUS.
- 45) Garantir abrigo adequado para pacientes e acompanhantes, oriundos do interior do estado, que ficam alojados em Curitiba para fins de tratamento.
- 46) Ampliar ações voltadas para a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, estimulando o auto cuidado e a adoção de hábitos de vida saudável.
- 47) Fortalecer as ações que visam a humanização do SUS, em especial, com o atendimento de consultas eletivas com hora marcada, devendo ser respeitado o horário pelos profissionais.
- 48) Elaborar e implementar estratégias de sensibilização aos usuários quanto a importância da adesão ao tratamento proposto pelo profissional responsável em qualquer nível e comparecimento as consultas agendadas.
- 49) Subsidiar a elaboração de projetos de lei que garantam aos pacientes a utilização de oxigenoterapia domiciliar e internação domiciliar.
- 50) Divulgar serviço de controle da dor, os cuidados suportivos e o Programa Paraná sem dor (unidades paliativas).
- 51) Otimizar o fluxo dos pacientes de saúde mental, implantando políticas públicas em Saúde Mental e agilizando o atendimento urgente quando houver casos de surtos psicóticos.
- 52) Reorganizar o atendimento da saúde mental para os municípios com população inferior a 20 mil habitantes, realizando parceria com outros municípios para atendimento desses pacientes em Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) por meio de acompanhamento de uma equipe multiprofissional (que o município delibere a parte financeira).
- 53) Incentivar a construção e alocação de Recursos Humanos e credenciamento de Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), em municípios em que este serviço não é disponibilizado para esta clientela.
- 54) Implementar e ampliar o número de CAPS nos municípios, facilitando o acesso de usuários do serviço.
- 55) Rever a forma de contratação de técnicos no CAPS.
- 56) Maior participação da SESA no gerenciamento dos serviços de saúde mental.
- 57) Estimular parcerias com a sociedade civil, científica universitária com o objetivo de desenvolver novas estratégias na abordagem preventiva de fatores que interferem na saúde mental.
- 58) Divulgar para população informações relacionadas aos transtornos mentais e os serviços prestados pela rede SUS, pelos meios de comunicação com linguagem clara e simples.
- 59) Proporcionar educação em saúde mental dentro da rede de atenção primária em saúde.
- 60) Sugerir inclusão de temas relacionados à saúde mental no currículo das escolas públicas e privadas do município.

- 61) Implementar na educação permanente dos profissionais da rede própria e especializada, capacitação em promoção da saúde mental e no diagnóstico, prevenção e tratamento dos transtornos mentais.
- 62) Implementar política pública de assistência em saúde mental aos trabalhadores em situação de estresse e vulnerabilidade.
- 63) Aprimorar na rede de serviços de saúde mental a capacitação de cuidadores, familiares e profissionais, de pacientes com transtornos mentais.
- 64) Monitorar a adesão ao tratamento do paciente com transtorno mental, através do PSF, na rede básica, e estimular a participação da família na adesão e no tratamento.
- 65) Aprimorar a rede de atenção à criança, ao adolescente e jovem usuário de álcool e outras drogas, com diferentes níveis de atenção, internação, atendimento ambulatorial, atendimento social, de educação, esporte e lazer.
- 66) Articular e fiscalizar junto aos hospitais públicos gerais, de ensino e filantrópicos, contratualizados a implantação de leitos para o atendimento do programa de saúde mental, uso nocivo de substâncias psicoativas e desintoxicação de dependentes químicos em casos graves, e depois serem assistidos em rede de assistência interdisciplinar.
- 67) Oportunizar a todos os pacientes que passaram por internamento integral que tenham acesso direto ao CAPS e ao Hospital Dia.
- 68) Garantir e fiscalizar que a verba proveniente da desativação de leitos psiquiátricos seja integralmente aplicada na implantação/implementação da rede extra-hospitalar de atendimento em saúde mental.
- 69) Informatizar todo o sistema do Programa de Saúde Mental nos CAPS.
- 70) Promover ações de controle de tabagismo que atinja as famílias, envolvendo crianças e adolescentes.
- 71) Implementar as medidas legais que restringem o uso do tabaco, para estimular uma cultura de promoção de ambientes livres de fumo em todo o estado.
- 72) Efetivar as ações de controle do tabagismo quanto à prevenção, à cessação e à promoção de ambientes livres de cigarro.
- 73) Implementar o programa de prevenção e enfrentamento ao consumo de tabaco, álcool e drogas.
- 74) Implementar a descentralização dos programa de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de origem neoplásica, usando o controle social do SUS, no custeio da formação profissional de recursos humanos e acesso da rede na realização e combate para o enfrentamento de todos os tipos de câncer.
- 75) Incentivar o parto normal humanizado com contratação de enfermeiras obstetrias em hospitais-maternidades públicos, privados e filantrópicos.
- 76) Aprimorar a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento, garantindo, em conformidade com a lei, a presença de um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério.
- 77) Implementar políticas de apoio a promoção do aleitamento materno.



- 78) Atualizar todos os Protocolos e materiais educativos de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, de Planejamento Familiar, da Saúde da Criança e do Adolescente Saudável em parceria com sociedades científicas, entidades formadoras, prestadores e com o controle social e população envolvida nos protocolos.
- 79) Disponibilizar equipe multiprofissional nos hospitais públicos e filantrópicos conveniados, para atendimento aos casais usuários do SUS, com a finalidade de analisar e recomendar, a laqueadura tubária bilateral ou a vasectomia bilateral, em atendimento a legislação federal, as normas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina.
- 80) Estabelecer convênio entre o Ministério da Saúde e os hospitais públicos e filantrópicos com a finalidade de realizar as cirurgias de laqueadura tubária e vasectomia, de acordo com a legislação federal, as normas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina.
- 81) Manter o atendimento as vítimas de violência sexual e assegurar o abortamento permitido por lei, conforme protocolo existente, garantindo condições seguras para as mulheres, visando reduzir a morbi mortalidade materna.
- 82) Aperfeiçoar o sistema de vigilância e atenção integradas e intersetoriais para gestantes e crianças.
- 83) Aperfeiçoar ações integradas, intra e intersetoriais no enfrentamento de situações de risco social, biológico e violências contra mulheres, gestantes, crianças, adolescentes e pessoas com deficiências e pessoas em sofrimento mental.
- 84) Aprimorar a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas nas diferentes fases do ciclo vital (adolescência, adulta, climatério, terceira idade).
- 85) Implementar e divulgar ações para prevenção da sífilis congênita como problema de saúde pública.
- 86) Disponibilizar maior número de leitos nos hospitais ampliando atenção às DST e Aids e demais doenças crônicas.
- 87) Manter e aperfeiçoar o trabalho intersetorial com ênfase à prevenção das DST e Aids, mediante o desenvolvimento de projetos conjuntos com outras instâncias governamentais ou não governamentais.
- 88) Que os órgãos fiscalizadores (Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público e INSS) cobrem das empresas ações de prevenção às DST/Aids, dependência Química, álcool e tabaco.
- 89) Reconhecer a legitimidade do nome social nos atendimentos realizados pelo SUS às travestis e transexuais, inclusive com adaptação no prontuário eletrônico.
- 90) Intensificar a precocidade das ações de detecção, avaliação, tratamento, reabilitação, adaptação, inclusão e manutenção em todos os níveis de atenção à Pessoa com Deficiência.
- 91) Implementar ações de promoção da saúde e prevenção de deficiências, bem como do agravamento das deficiências já instaladas.

- 92) Consolidar o Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM como referência regional de alta complexidade e unidade estratégica, fortalecendo o papel do HUM como uma instituição voltada ao ensino, pesquisa, extensão e assistência referenciada à saúde.
- 93) Manter o Hospital Universitário de Maringá como porta de entrada para urgência e emergência, com o devido respeito aos critérios de referência e contra referência pré-estabelecidos, para o município de Maringá e região.
- 94) Mobilizar esforços para a busca de recursos junto aos órgãos competentes, para a consolidação do Plano Diretor (conclusão do Hospital Universitário de Maringá), com garantia de recursos humanos (ampliação e reposição).
- 95) Efetivar o credenciamento na gestação de alto risco e urgência e emergência para o Hospital Universitário de Maringá e demais hospitais do Paraná, desde que aprovadas nos respectivos conselhos municipais de saúde.
- 96) Apoiar o credenciamento do Hospital Universitário de Maringá, conforme o que determina a lei 8080/90 na área de oncologia e transplante de medula óssea, quando atendidos os requisitos necessários para execução dos serviços, uma vez que a Universidade Estadual de Maringá compõe a Rede Paranaense de Terapia Celular.
- 97) Aprovar na Conferência Estadual de Saúde, a proposta de discussão junto às autoridades municipais de um protocolo de fluxo dos pacientes de cirurgia ortopédica de baixa complexidade, para que aguardem no domicílio o tratamento definitivo.
- 98) Encaminhar para a discussão na comissão intergestora bipartite e conferência estadual de saúde, o primeiro atendimento nos hospitais universitários do Paraná, daqueles pacientes que devem ser encaminhados aos hospitais privados conveniados ao SUS, para cirurgias de média e alta complexidade, pacientes oncológicos e cardíacos.
- 99) Criar junto aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a Comissão de Saúde Bucal
- 100) Que o estado estimule os municípios a constituírem as Comissões Farmacêuticas para atualização da lista de medicamentos conforme demanda dos médicos, com critérios clínicos e epidemiológicos e medicina baseada em evidências.
- 101) Agilizar o programa saúde na escola, no Paraná, de forma a atender integralmente as necessidades dos escolares.
- 102) Que o estado discuta com os centros formadores a necessidade de valorizar a atenção primária à saúde na formação destes profissionais com ênfase na saúde coletiva.
- 103) Implantar no estado do Paraná a Política Nacional de Atenção integral à saúde da população negra conforme Portaria Ministério da Saúde nº 992 de 30 de maio de 2009.
- 104) Implementar avaliação de risco nas Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimentos e Unidades de Pronto Atendimento.
- 105) Garantir a atenção à saúde da população negra.
- 106) Garantir o programa de saúde da mulher, do idoso e da criança, obesidade mórbida, incluindo as cirurgias de correção.
- 107) Criar programa para cirurgia de mamas gigantes.

- 108) Capacitar os técnicos de saúde para atendimento às pessoas com anemia falciforme e hemoglobinopatia.
- 109) A 9ª Conferencia Estadual de Saúde solicita ao Ministério Público que atue no sentido de acompanhamento das auditorias do Ministério da Saúde sobre a execução orçamentária da SESA e ingresse com novas ações civis públicas se houver procedência.
- 110) As prestações de contas nas quais não ficarem provado que foi aplicado 12% em ações e serviços de saúde, conforme dispõe a Constituição Federal, a portaria 2047 do Ministério da Saúde e Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, devem ser desaprovadas pelo CES/PR.
- 111) Que o CES/PR atue no sentido de esclarecer sobre a LOA 2010, na realização de audiências públicas regionalizadas, para mobilizar a população na defesa da correção da aplicação dos recursos do SUS.
- 112) Criar equipe multiprofissional através do chamamento de profissionais aprovados em concurso público para o Sistema Estadual de Auditoria.
- 113) Monitorar o cumprimento, por parte dos municípios, a respeito dos Planos de Saúde, Relatório de Gestão e Fundos de Saúde, incluindo esses dados no relatório de gestão da SESA.
- 114) Otimizar a implementação de sistema informatizado que permita mais eficiência e agilidade para todos os setores da SESA.
- 115) Prever no organograma municipal e das regionais de saúde a gerência da assistência farmacêutica, com organização/apoio de profissional farmacêutico, com investimentos em treinamento, e implantação de farmácia vinculada ao SUS com a infra-estrutura adequada, permitindo uma assistência farmacêutica aos usuários do SUS com eficiência e eficácia.
- 116) Gestionar junto aos Deputados Federais a questão da Reforma Tributária, para ampliar a participação dos municípios na Receita de Impostos desse país.
- 117) Implementar os investimentos estaduais nos serviços de saúde visando o incremento de transplantes de órgãos, tecidos e outros.
- 118) Incremento pelo Estado dos valores pagos da tabela SUS em situações de epidemia e pandemia a todos os municípios, independente do sistema de gestão.
- 119) Criar protocolo para garantir o pagamento de procedimentos (ambulatoriais e hospitalares), materiais, medicamentos de alto custo, exames realizados não previstos na tabela do SUS de eficácia comprovada, pelos conselhos nacionais de especialidades médicas, os quais se utilizam de estudos de medicina baseados em evidência, e liberados pela ANVISA necessários aos tratamentos.
- 120) Cobrar do estado a readequação na área física do Hospital Universitário de Londrina (HUL), priorizando a reforma das unidades: Masculina, Maternidade e Oncologia.
- 121) Cumprir o previsto no Pacto de Gestão no que está relacionado à Assistência Farmacêutica.
- 122) Garantir que o Estado cumpra a EC nº 29, conforme Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde.

- 123) Utilizar meios de controle e auditoria do Ministério da Saúde visando à garantia da execução das leis que estabelecem os recursos a serem aplicados pelas diferentes esferas de governo: Município, Estado e União.
- 124) Implantar incentivo específico, por meio do Estado, 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, a exemplo do que já acontece em outros estados.
- 125) Garantir que o Estado amplie os critérios e agilize o fornecimento de medicamentos de alto custo para garantir o tratamento de pacientes com doenças crônicas, desde que aprovados pela ANVISA.
- 126) Garantir que o Estado tenha maior equidade na alocação de recursos financeiros para os municípios.
- 127) Cumprir a reposição salarial anual dos trabalhadores de saúde municipais e estaduais, ativos e inativos, conforme os índices oficiais de inflação.
- 128) Ampliar e garantir recursos específicos para os programas de hanseníase e tuberculose.
- 129) Alocar verba em orçamento a nível estadual para a compra de equipamentos e instrumentos essenciais para a eficácia no atendimento das áreas de saúde.
- 130) Pactuar com os as instâncias gestoras do SUS (bipartite e tripartite) um melhor incentivo financeiro com repasse de recursos federais para as ações em saúde.
- 131) Viabilizar o co-financiamento das ações em vigilância em saúde pelos governos estadual e federal.
- 132) Promover articulação entre os gestores das três esferas de governo, visando a desprecarização do SUS, por meio de atualização e correção de valores estabelecidos para os procedimentos da tabela do SUS.
- 133) Estudar a possibilidade de transformar o Hospital Municipal de Foz de Iguaçu em Hospital Regional com recursos do Estado.
- 134) Estudar a necessidade de disponibilização de ambulâncias e ambulâncias UTI para os municípios.
- 135) Coibir transferências irregulares de recursos dos Blocos de Financiamento para outras áreas da saúde.
- 136) Garantir o repasse pelo Estado da verba já autorizada pelo Conselho Estadual de Saúde para a Estratégia de Saúde da Família, incluindo programa de saúde bucal e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).
- 137) Modificar a "Lista de Itens de Custeio Estadual" da Estratégia de Saúde da Família, programa de saúde bucal e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), com ampliação de novos itens a serem adquiridos, de acordo com pactuação da CIB/PR.
- 138) Propor ao Congresso Nacional revisão da lei de responsabilidade fiscal, estabelecendo distinção para a área da saúde em relação ao comprometimento com gasto com pessoal

- 139) Solicitar junto ao Ministério da Saúde o incremento de recursos financeiros para a ampliação do número de leitos de UTI, vinculados ao SUS, mediante necessidade regionalizada.
- 140) Que a Escola de Saúde Pública e o Centro Formador de Recursos Humanos destine vagas nos cursos de formação para os servidores efetivos do estado e municípios, sem limitar vagas à idade dos servidores. Que essa distribuição de vagas esteja articulada ao estabelecimento de uma política de educação permanente. Que a prioridade das vagas seja para os servidores que estão executando funções relacionadas ao curso ofertado e que seja extensivo aos servidores que estão municipalizados e/ou cedidos aos consórcios. Que as vagas sejam distribuídas e definidas por local de trabalho e que o servidor, depois de inscrito, seja comunicado se sua inscrição foi aceita ou não, e que nos casos de inscrição negada seja justificado o motivo.
- 141) Aprovação de um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos próprios para os servidores da saúde, construído pelos servidores e gestores.
- 142) Instalação imediata de mesa de negociação permanente no SUS.
- 143) Garantir aos Consórcios Municipais de Saúde o repasse das verbas pactuadas com o Gestor Estadual.
- 144) Desenvolver uma política de medicina preventiva e alternativa em todo o Estado, fazendo esforço conjunto com gestores municipais no sentido de envolver a comunidade em geral.
- 145) Integração de todos os Conselhos Municipais de Saúde permeada pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná: a) através da realização de plenárias de conselhos de saúde regionais e estadual, anuais; b) garantia de técnico nas regionais de saúde para as funções de contato para os conselhos municipais de saúde, que efetivamente repasse as informações, discussões e deliberações do Conselho Estadual de Saúde e outras pertinentes a participação e controle social.
- 146) Repassar à população as informações sobre financiamento das ações de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde e gestor público.
- 147) Garantir a permanência da realização das Conferências Estadual e Municipais a cada dois anos.
- 148) Capacitação dos profissionais da rede pública de saúde sobre a atuação em vigilância em saúde, contemplando a área sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador e nutrição.
- 149) Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento e acompanhamento das pessoas com necessidades especiais, na atenção primária em saúde.
- 150) Investir na educação permanente dos profissionais da saúde para o atendimento e esclarecimento à população com ênfase na humanização, acolhimento, promoção à saúde, integralidade, resolutividade e nas temáticas de gênero, violência, dependência química e DST/AIDS.
- 151) Promover capacitação sobre aconselhamento e acolhimento em DST/AIDS a todos os servidores da saúde.

- 152) Promover educação permanente dos profissionais e produção de materiais educativos apropriados, permitindo atendimento qualificado nas áreas de recuperação e reabilitação, desenvolvimento de conduta ética, banindo-se a discriminação e o preconceito ante as diferenças físicas, funcionais e psicossociais.
- 153) Implantar e estimular, como eixo estruturante, uma política municipal de Educação Permanente em Saúde (Pólos Regionais de Educação em Saúde) para os profissionais da Rede de Serviços com foco nos problemas locais e apoio da Comissão de Integração de Ensino-Serviço – CIES e monitoramento para execução de protocolos, nas diversas áreas de assistência.
- 154) Estabelecer parceria por meio do Estado com prioridade para instituições de ensino superior público para a disponibilização de acadêmicos para ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.
- 155) Capacitação imediata e contínua dos conselheiros de saúde para o desenvolvimento de suas competências, visando o exercício efetivo e eficaz de suas atividades como controle social do SUS, incluindo a temática, instrumentos de gestão do SUS.
- 156) Estimular a divulgação do Estatuto do Idoso e da Carta de Direito dos Usuários do SUS em todas as Unidades Básicas de Saúde.
- 157) Aumentar a produção e distribuição, pelo Estado, de folhetos, cartilhas, cartazes e outros materiais educativo relacionados à saúde para serem utilizados em campanhas educativas preventivas.
- 158) Garantir a formação e continuidade dos fóruns permanente de avaliação da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde.
- 159) Instituir a mesa de negociação permanente do SUS nos municípios e no estado do Paraná.
- 160) Remeter ao Tribunal de Contas do Estado (TCE), ao Conselho de Saúde de instância superior, ao Ministério Público, a Controladoria Geral da União (CGU), ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), o parecer e a deliberação do Conselho de Saúde sobre Prestação de Contas e/ou Relatório de Gestão trimestral, principalmente, o anual, quando houver “rejeição” ou “aprovação com ressalvas”.
- 161) Acatar o que determina a legislação estadual e federal no que diz respeito ao cumprimento de horário integral por parte dos servidores sem ou com cargos de direção, ou de chefia, ou de confiança, ou de livre provimento, no âmbito do SUS em todos os níveis.
- 162) Acatar o que determina as legislações federais, estaduais e municipais no que diz respeito ao acúmulo de cargos e/ou funções, com ênfase maior quando esses servidores têm cargos de direção, ou de chefia, ou de confiança, ou de livre provimento, no âmbito do SUS em todos os níveis.
- 163) Informar previamente, ao Conselho de Saúde da respectiva esfera de governo a previsão de concurso público, de “emprego público”, para área da saúde, com envio de edital de convocação, previamente à publicação, para conhecimento, análise e parecer do mesmo, inclusive com sugestões de alterações e melhorias no referido edital.

- 164) Ampliar as campanhas educativas, junto à população, enfatizando a necessidade da aplicação constante de medidas preventivas das doenças sazonais, incluindo a importância da manutenção do calendário vacinal atualizado.
- 165) Que seja unificada pela ANVISA e Ministério da Agricultura a legislação para registro, rotulação e apresentação de medicamentos e alimentos com função/indicação terapêutica, para evitar as atuais apresentações divergentes de produtos existentes no mercado.
- 166) Ampliar a divulgação de programas de educação em saúde, voltados para homens, mulheres, gestantes, idosos, crianças e adolescentes, nas temáticas DST/Aids, saúde bucal e nutricional, sexualidade, violência, álcool e outras drogas, orientação sexual e identidade de gênero, afro-descendência, indígenas, deficiências, bullying, pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, exploração sexual, direitos humanos, deficiências, educação física e a utilização de fármacos, entre outros.
- 167) Articular o tema com os vários atores (polícia civil e militar, IML, Conselho Tutelar, profissionais de saúde) sobre “abordagem na questão sexualidade Aids e Drogas”.
- 168) Implementar e promover campanhas de prevenção do HIV/AIDS entre mulheres, com ênfase na 3ª idade, e propor ao Departamento Nacional DST/AIDS o estímulo à produção nacional de preservativos femininos, ao uso, garantindo distribuição ampla em quantidade suficiente.
- 169) Garantir a política de redução de danos para a população vulnerável ao HIV/AIDS
- 170) Solicitar ao Ministério da Saúde os indicadores de saúde para os diferentes grupos por meio da produção de dados e pesquisas, inserindo o "quesito etnia", orientação sexual, pessoas com deficiência, saúde do homem, em todos os sistemas de notificação de doenças e agravos à saúde e, capacitar os profissionais da saúde para o preenchimento completo dos dados.
- 171) Realizar parcerias intersetoriais para garantir o acesso com segurança dos usuários aos equipamentos públicos, com quebra de barreiras, iluminação pública adequada, semáforo sonoro, estacionamento específico para veículos de forma a não obstruir a passagem e prevenir acidentes.
- 172) Realizar eventos relacionados à saúde em locais adaptados às Pessoas com Deficiência Física e sensorial, disponibilizando intérprete de LIBRAS, viabilizando os relatórios em BRAILLE e/ou CD-Room.
- 173) Aprimorar ações educativas coletivas que visam o controle e a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, osteoartrose, câncer e doenças cardíacas e outras, inserindo também as de causa externa como mortes violentas
- 174) Estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais com foco na mobilidade urbana e trânsito seguro, voltadas ao pedestre, ao ciclista, ao motociclista, ao motorista e outros.
- 175) Estabelecer contato por meio da sociedade civil organizada e conselhos de saúde, por meio de correio eletrônico, manifestações e outras mídias para que o Congresso Nacional coloque em pauta em regime de urgência a aprovação da regulamentação da EC-29, que

contemple a definição do que são ações e serviços de saúde e ampliação dos recursos federais na participação do financiamento do SUS.

- 176) Mobilizar a sociedade, por meio de produção de materiais informativos para subsidiar discussões nos conselhos de saúde, sindicatos, associações e entidades da sociedade civil sobre as graves conseqüências ao setor saúde e demais áreas da seguridade social com a PEC 233/08, visando evitar que ocorra impacto negativo no orçamento da seguridade social.
- 177) Mobilizar a sociedade civil organizada para a regulamentação do artigo 35 da Lei 8080/90, solicitando ao MS que defina critérios para a transferência de recursos do Governo Federal para Estados e Municípios para além da produção de serviços.
- 178) Mobilizar a sociedade civil organizada para a necessidade de ampliação do gasto público em saúde para 7% do PIB, visando garantir os princípios da integralidade, equidade e universalidade.
- 179) Mobilizar a sociedade civil organizada, por meio de manifestação dos conselhos de saúde, para que estabeleçam contatos com os parlamentares, via correio eletrônico, para a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa visando a garantia no orçamento de no mínimo 12% das receitas previstas em ações e serviços de saúde, conforme estabelecido pela Resolução do CNS 322/03 e que todos estes recursos sejam alocados no Fundo Estadual de Saúde.
- 180) Criação da Casa dos Conselhos no Município com a finalidade de ser um local de reuniões, trabalhos, seminários, palestra e atendimento aos conselheiros e usuários.
- 181) Aplicar o Programa Inclusão Digital, do Ministério da Saúde, aos conselheiros municipais de saúde através das vinte e duas (22) Regionais de Saúde do Estado em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA.
- 182) Que as propostas feitas para as conferências municipais e estaduais sejam disponibilizadas com antecedência de pelo menos 10 dias para os delegados que dela farão parte.
- 183) Que as entidades de usuários do SUS não tenham vínculos de trabalho com a gestão da saúde pública, nem realizem serviços para o SUS. Os segmentos devem ser respeitados sem que o trabalhador seja representado por ocupante de cargos comissionados, ou o usuário seja representado pelo trabalhador em saúde ou pelo gestor.
- 184) O Plano Plurianual a ser elaborado pela gestão estadual em 2011 deve ter a participação ativa do Conselho Estadual de Saúde na sua construção, com disponibilização de indicadores que possibilitem a construção de um plano que atenda a estruturação e fortalecimento do SUS.
- 185) A Comissão de Interiorização do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) deve retomar suas atribuições, tendo em vista seu importante papel como elo de ligação entre os conselhos municipais e o CES/PR. Além disso, a Comissão tem de analisar os projetos que estão em desenvolvimento com recursos federais de forma a garantir um amplo e continuado processo de formação para o controle social no SUS.



- 186) Conferência Estadual de Saúde é também momento de formação e integração entre conselho estadual e conselhos municipais. Defendemos que as Conferências Estaduais continuem a ser a cada dois anos.
- 187) Imediato chamamento dos aprovados nos concursos públicos vigentes para solucionar a grave falta de servidores na Secretaria Estadual de Saúde.
- 188) A Secretaria Estadual de Saúde deve criar comissão fiscalizadora em cada regional de saúde composta exclusivamente por servidores de carreira não ocupante de cargo em comissão para acompanhar e fiscalizar os pagamentos e investimentos realizados por cada unidade que compõem a regional de saúde, a fim de garantir o cumprimento das ações previstas nos planos de metas e demais pactuações com o Ministério da Saúde.
- 189) Criar Comissão Temática de Saúde do Idoso e das Pessoas com Deficiências nos Conselhos Municipais e Estadual.
- 190) Implantar no Estado do Paraná a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 992 de maio de 2009.
- 191) Solicitar que a Secretaria do Estado da Saúde implante e implemente Políticas Públicas de Saúde no Estado do Paraná, com o objetivo de identificar, acompanhar e atender as populações atingidas pela Anemia Falciforme.
- 192) Que as entidades representantes de Usuários que percebam mais de 50% de recursos Públicos do seu orçamento, não ocupem a vaga destinada ao segmento de Usuários nos Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde.
- 193) O Controle Social não pode referendar políticas de terceirização e de sub-financiamento para o SUS. O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) tem sido atropelado pelo gestor que não apresenta a LOA e a LDO para discussão e deliberação no CES/PR. O CES precisa ser mais rigoroso na análise das contas e reprovar os instrumentos de gestão apresentados pela SESA até que o Governo do Estado realmente cumpra com o percentual de 12% aplicados efetivamente em ações e serviços de Saúde.
- 194) Garantir o amplo e urgente chamamento dos candidatos classificados no último concurso público realizado em 25 de outubro de 2009, considerando a necessidade de reposição do grande número de vagas existentes, e a ampliação do número de profissionais, tendo em vista o crescimento de programas e projetos implementados na Política Pública de Saúde.
- 195) Que nos Conselhos Locais, Distritais e Municipais a presidência seja ocupada prioritariamente pelo conselheiro Usuário.
- 196) Ampliar e regionalizar a assistência a Saúde prestada aos munícipes inclusive aos municípios pertencentes a 18ª Regional de Saúde.
- 197) Que o serviço de saúde assegure o direito estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente assim como o Estatuto do Idoso.
- 198) Ampliar a divulgação da Lei Maria da Penha.
- 199) Garantir a descentralização da leitura dos exames cervico-vaginais, microflora e mama para os prestadores do SUS locais e regionais, que atendam com recursos humanos técnicos e

estrutura física instalada sob as normas sanitárias vigentes como efetivo exercício do Controle Social do SUS.

- 200) Implementar e cumprir a portaria nº 2751/09 no sentido de integração dos prazos e dos processos de formulação do planejamento de gestão do SUS pelos gestores municipais, estaduais e federal.
- 201) Cumprir o ordenamento jurídico referente aos instrumentos de gestão do SUS, quanto à sua apresentação, prazos, aprovação nos referidos Conselhos de Saúde e instâncias gestoras e que se estabeleça critérios punitivos para o seu não cumprimento.
- 202) Divulgar amplamente a Norma Regulamentadora 32 (NR-32), que define diretrizes de proteção para os trabalhadores do setor saúde, com o objetivo de esclarecê-los sobre seus direitos e os agravos a que estão expostos. Exigir que as vigilâncias sanitárias façam valer o Código de Saúde do Estado do Paraná, adotando como parâmetro e exigindo a aplicação da NR-32 nos serviços de saúde.
- 203) Instituir de forma absoluta e universal os testes para detectar a Anemia Falciforme.
- 204) Analisar as recomendações feitas pela Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Medicamentos que subsidiarão o Poder Executivo na realização de estudos sobre a transformação dos serviços das farmácias e drogarias em “Concessão do Estado”, visando implantar ações que reduzam os danos e abusos cometidos contra a população brasileira pelos estabelecimentos farmacêuticos.
- 205) Reavaliar a insalubridade das atividades dos profissionais de saúde com a finalidade de uniformizar o pagamento desta gratificação a todos os que têm direito.
- 206) Ampliar a parcerias institucionais para desenvolvimento de ações preventivas, diminuindo o risco do aparecimento de doenças e deficiência relacionadas ao trabalho.
- 207) Reavaliar o processo de atendimento ao acidente de trabalho, com ou sem exposição a material biológico, incluindo o preenchimento de toda a documentação referente ao mesmo.
- 208) Garantir a acessibilidade para os trabalhadores com necessidades especiais.
- 209) Cumprir a lei que determina a distribuição e respectivas orientações de uso dos equipamentos de proteção individuais (EPI) e coletivos (EPC) necessárias para o desenvolvimento de atividades insalubres.
- 210) Garantir que todos os acidentes, óbitos e doenças relacionadas com o trabalho sejam notificados compulsoriamente à epidemiologia para efeito sentinela e de intervenção.
- 211) Estabelecer políticas públicas voltadas à população rural em especial ao pequeno e médio agricultor (agricultura familiar), que implemente debates e discussões sobre a importância das técnicas de desenvolvimento sustentável (agroecologia) com a participação da sociedade organizada, visando também, a não utilização do agrotóxico.
- 212) Viabilizar a realização de campanhas para verificação do grau de intoxicação por agrotóxicos em agricultores.
- 213) Estabelecer políticas públicas em especial, o trabalho articulado, intersetorial e transversal, que implemente debates/discussões com a sociedade sobre a importância de rever o processo de consumo, priorizando técnicas e meios de desenvolvimento sustentável

objetivando a geração, reutilização, reciclagem e compostagem dos resíduos sólidos urbanos.

- 214) Capacitar gestores para julgar processos administrativos sanitários garantindo assessoria jurídica a Vigilância Sanitária.
- 215) Implementar política de humanização do SUS por parte dos gestores, prestadores e usuários para com os trabalhadores de saúde.
- 216) Recomendar que os profissionais da área da saúde não permaneçam em regime de plantão por mais de 24 horas ininterruptas.
- 217) Estabelecer estratégias de participação das instituições de formação de profissionais, de pesquisas, das instituições públicas e civis, e de outros segmentos interessados para troca de informações e incremento técnico-científico na área de Saúde do Trabalhador, fazendo da Comissão Interna de Saúde do Trabalhador - CIST um espaço privilegiado para tal, com intensa divulgação das CIST nas Universidades.
- 218) Inserir as ações de Saúde do Trabalhador na atenção primária em saúde, urgência/emergência e rede hospitalar e demais pontos de atenção, por meio da definição de protocolos, de linhas de cuidado e outros instrumentos que garantam a integralidade.
- 219) Aprimorar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em Saúde do Trabalhador.
- 220) Propor estratégias articuladas, interinstitucionalmente, para a adoção das medidas estabelecidas na Norma Regulamentadora - NR – 32, visando à prevenção de agravos e a promoção da saúde do trabalhador da área da saúde, pública e privada.
- 221) Planejar e executar as ações de Vigilância em Saúde e Saúde Ambiental baseados em informações, dados epidemiológicos e demandas da sociedade.
- 222) Realizar estudos para incluir indicadores epidemiológicos, incluindo os de natureza ambiental, para a identificação e avaliação dos impactos sobre a saúde resultantes do meio ambiente, do uso ou consumo de produtos e serviços, dos ambientes de trabalho e do estilo de vida, com desenvolvimento de ações estratégicas na atenção primária.
- 223) Desenvolver estratégias e ampliar processos de comunicação com os cidadãos para mobilização na gestão dos riscos sanitários, ambientais e comportamentais, de forma permanente visando à construção de uma consciência sanitária e estilo de vida saudável, inseridos das atividades da atenção primária.
- 224) Solicitar junto aos órgãos estaduais e federais a melhoria na retaguarda laboratorial para as ações da vigilância em saúde, incluindo análises toxicológicas e de produtos sujeitos à vigilância sanitária.
- 225) Incrementar a intersetorialidade, por meio de participação de técnicos das áreas de saneamento, meio ambiente, urbanismo, educação e outros órgãos, nos Conselhos Municipais e Conselho Estadual de Saúde.
- 226) Garantir que os funcionários da SESA prestando serviços em outros municípios sejam regidos pelo plano de cargos, carreiras e vencimentos do instituto de origem.

- 227) Garantir a isonomia salarial entre os profissionais de saúde conforme as categorias de nível superior, nível técnico, e nível médio.
- 228) Regulamentação definitiva das 30 horas semanais para todos os trabalhadores da área da saúde.
- 229) Incorporar na aposentadoria dos servidores as gratificações recebidas durante todos os anos trabalhados.
- 230) Realizar monitoramento/avaliação de fluoretação de água para consumo humano em conjunto com a atenção básica/saúde bucal, bem como estudo em regiões do Paraná que tem flúor natural em excesso em água usada para consumo humano.
- 231) Ampliar a vacinação contra pneumonia para todos os idosos.
- 232) Recomendar que o Conselho Estadual de Saúde, dentro de suas competências, tome as providências necessárias 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 repasse das cotas do SUS dos bancos de sangue privados para a Hemorrede Pública, com a ampliação da distribuição de hemocomponentes para os hospitais públicos e conveniados ao SUS.
- 233) Consolidar o Hemocentro Regional de Maringá como um centro de referência para: banco de doadores fenotipados; banco de doadores por aférese; atendimento aos pacientes com doenças hematológicas hereditárias e adquiridas de média e alta complexidade; realização de exames sorológicos, imunohematológicos e de coagulopatia para a macrorregião IV; fornecimento de bolsas de sangue irradiadas para a Hemorrede Paranaense.
- 234) Fazer cumprir a RDC 151 de agosto de 2001 que em seu artigo 3º, inciso 5, que dispõe sobre a coleta de sangue, vedando os bancos privados de realizarem coletas externas, sendo estas reservadas somente aos bancos de sangue públicos.
- 235) Garantir que dentro da carga horária de trabalho, sejam assegurados ao menos 15 minutos/dia ao trabalhador para pausa qualidade.
- 236) Capacitar os trabalhadores a fim de assegurar que tenham os conhecimentos mínimos para realizarem exercícios de alongamento, no momento da pausa qualidade, de acordo com as suas necessidades e para a própria finalidade.
- 237) Estender a política de inserção da saúde do trabalhador na atenção básica de todo o Estado.
- 238) Capacitar os profissionais de saúde da atenção primária dos municípios, que possibilite a identificação de agravos em saúde do trabalhador.
- 239) Normatizar o fluxo de investigação do agravo em saúde do trabalhador por município de origem.
- 240) Normatizar o fluxo de atendimento do agravo em saúde do trabalhador estabelecendo referência e contra-referência.
- 241) Estabelecer que todos os agravos em saúde do trabalhador sejam de notificação obrigatória no SINAN.
- 242) Sensibilizar a criação de CIST's em municípios sedes de regionais de saúde.

- 243) Sensibilizar o controle social sobre a importância da criação de CIST's em todos os municípios.
- 244) Implementar os CEREST's, conforme programa já aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e conferências anteriores.
- 245) Criar mecanismos de proteção aos trabalhadores do setor público contra o assédio moral, praticado pelos gestores devido a questões político-partidárias.
- 246) Criar mecanismos que garantam a integridade das trabalhadoras e trabalhadores rurais do setor canavieiro contra o assédio sexual e moral praticado por seus supervisores.
- 247) Incentivar os sindicatos de trabalhadores a promover a notificação obrigatória das doenças relacionadas ao trabalho.
- 248) Criar conta específica para a RENAST dos recursos vindos do Fundo Nacional de Saúde.
- 249) Que o Estado chame os profissionais de saúde do último concurso (2009) para compor as equipes do CEREST's.
- 250) Capacitar as vigilâncias em saúde dos municípios na vigilância em ambientes de trabalho, portaria 3120, normas regulamentadoras para a fiscalização dos ambientes de trabalho, levando em conta o perfil epidemiológico do município.
- 251) Incluir todos os agravos em saúde do trabalhador no SINAN.
- 252) Criar espaço contínuo em horário nobre nos meios de comunicação como TVs, rádios e jornais, para a divulgação das origens de cada produto comercializado e dos impactos éticos, sanitários e ambientais gerados pelo modelo de produção e consumo predominantes no país e no mundo.
- 253) Incentivar programas de fitoterapia na atenção básica de saúde nos municípios do estado do Paraná.
- 254) Implantar um programa específico e sistematização de educação alimentar e nutricional, visando mais qualidade de vida e auxílio no âmbito nas DANTS (doenças e agravos não transmissíveis em saúde), sensibilizando a população que alimentar-se com qualidade, quantidade e adequação, faz parte da promoção à saúde.
- 255) Fortalecer a integração das ações de Vigilância em Saúde com a atenção primária em saúde, através de diretrizes tais como: território único de atuação, reorganização dos processos de trabalho, planejamento e programação conjunta, avaliação e monitoramento integrados, priorização da promoção a saúde.
- 256) Estabelecer mecanismos de controle/repasso financeiro, proveniente do MS/SUS, considerando a necessidade de implementar meios restritivos para os municípios que não mantiverem quadro próprio efetivo através de servidores públicos concursados, em especial para áreas de vigilância em saúde e atenção primária.
- 257) Fortalecer a operacionalização a nível institucional da SESA/PR, da integração das ações/práticas da vigilância em saúde com a atenção primária em saúde.
- 258) Fortalecer e ampliar as equipes de vigilância em saúde e atenção primária em saúde, de quadro geral da SESA/PR e dos Municípios paranaenses através de concursos públicos.

- 259) Que a 9ª Conferencia Estadual de Saúde, incorpore no âmbito do estado do Paraná, as propostas construídas na 1ª Conferencia Nacional de Saúde Ambiental.
- 260) Proibir o uso de agrotóxicos próximos das áreas urbanas e nascentes de águas e rios.
- 261) Minimizar os financiamentos para atividades de produção que visem à exportação e que tenham grandes impactos sobre o meio ambiente, como a produção de monoculturas como a soja, a produção industrial de animais como gado, porcos e aves, exportar somente o excedente desta produção.
- 262) Criar sistema de proteção ambiental em toda a faixa de extensão da BR 277, e proibir a produção da monocultura da soja com uso de agrotóxicos.
- 263) Adequar/rever as competências e atribuições da vigilância sanitária considerando o conceito de vigilância em saúde, objetivando estruturas adequadas na organização dos municípios de forma que sejam implementadas atividades integradas entre as vigilâncias (sanitárias, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador), priorizando as ações de promoção, prevenção e controle das doenças e agravos a saúde.
- 264) Garantir vagas para servidores efetivos do SUS nos processos formativos de educação continuada e educação permanente em saúde, a serem ofertados pela Escola de Saúde Pública e Centro Formador de Recursos Humanos.
- 265) Garantir que acadêmicos, estagiários e residentes desenvolvam o processo de aprendizagem sem substituir os trabalhadores de saúde.
- 266) Fortalecer o processo de descentralização das ações de Vigilância com estruturação dos recursos humanos nos municípios (cumprindo as pactuações da CIB).
- 267) Capacitação institucionalizada para equipe de Vigilância em Saúde Integrada a Atenção Primária.
- 268) Fazer cumprir o CDC (Código de Defesa do Consumidor) no que diz respeito à rotulagem de transgênicos.
- 269) Institucionalizar no SUS a nomenclatura do servidor que executa as ações de endemias, padronizando a categoria com o nome de “agente ambiental em saúde”.
- 270) Que seja proibida a produção de monoculturas de soja e outras que fazem uso intensivo de agrotóxicos em torno do Parque Iguaçu.
- 271) Que o poder público nas três esferas, cumpram o contido no código de trânsito brasileiro no ensino fundamental, médio e superior.
- 272) Implantar e implementar os protocolos de enfermagem na estratégia de saúde da família nos municípios
- 273) Implantar fluxo padrão das notificações de violência contra a mulher em todas as regionais de saúde.

## 6- MOÇÕES APROVADAS

### MOÇÕES DE APOIO

1. O Dr. José Fernando Macedo, presidente da Associação Médica e da Comissão Estadual de Controle de Tabagismo, apóia a lei anti-fumo na sua integralidade e convida toda a comunidade paranaense envolvida com a saúde da população a participar desta moção.
2. Os Delegados da 9ª Conferência Estadual de Saúde manifestam desejo de que seja criado o cargo de Técnico de Enfermagem nos municípios que ainda não possuem (como é o caso de Maringá), como já acontece nas instituições e municípios comprometidos com a valorização dos trabalhadores e com melhorias na qualidade da assistência de saúde.
3. Nós, delegados eleitos para a 9ª Conferência Estadual de Saúde, reunidos nos dias 18 e 19 de dezembro de 2009, na Estação Embratel Convention Center – Curitiba – Paraná, abaixo assinamos a Moção de Apoio a Garantir capacitação para conselheiros municipais e estadual, gestores e outros atores sociais, implantando a disciplina do SUS/Controle Social, com a participação nos pólos de educação permanente e que instrutores/educadores populares dos movimentos sociais sejam contemplados como formadores no processo educativo com construção participativa, cidadã e pedagógico libertador, acordado às necessidades epidemiológicas e sociais objetivando avanço no controle social no SUS.
4. Nós, delegados eleitos para a 9ª Conferência Estadual de Saúde, reunidos nos dias 18 e 19 de dezembro de 2009, na Estação Embratel Convention Center – Curitiba – Paraná, abaixo assinamos a Moção de Apoio à garantia aos Conselhos Municipais e Estadual a colocação de logomarca do SUS em todo e qualquer serviço e produtos mantidos, executados, financiado ou que de alguma forma receba incentivo e ou insumos do SUS, incluindo documentos oficiais e de segmento (prestadores) que se relacionem com o SUS.
5. O GAD 1 (Grupo de Apoio ao Diabetes tipo 1), pede apoio para melhorar o atendimento em Cambé. O GAD 1, existe desde 2002 e atende crianças e jovens de Cambé de 0 a 18 anos. Tem a participação dos pais e de uma equipe da Prefeitura composta atualmente por nutricionista, enfermeiro, farmacêutico e psicólogo. Visando a melhoria do atendimento ao diabetes no município, solicitamos incremento no atendimento para o GAD 1 e para isso pedimos assinatura nesta Moção: 1. Financiamento federal, estadual e municipal para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento em Diabetes; 2. Continuar atendendo os adolescentes do grupo quando completarem 18 anos; 3. Ter médico endocrinologista que atenda o diabetes em Cambé; 4. Ter esportes variados nos bairros para crianças e adolescentes e que atendam também os diabéticos; 5. Criar em Cambé o GAD 2 (Grupo de Apoio ao Diabetes tipo 2); 6. Apoiar o movimento “Dia Mundial do Diabetes – Dia Azul” que são eventos no mês de novembro que abordam o diabetes.
6. Nós delegados da 9ª Conferência Estadual de Saúde, apoiamos o pedido de encaminhamento para regulamentação da carreira Técnica Profissional de Saúde na função Citotécnico Oncológico ou Citotecnologista conforme prevê a sua inserção nas diretrizes das políticas nacionais do SUS, Pacto pela Vida, sendo de grande relevância o seu trabalho profissional ainda desconhecido por gestores do SUS. Justificando que o mesmo está diretamente ligado ao Diagnóstico Inicial das Lesões Precursoras

Oncológicas, na Promoção e Prevenção do Controle do Câncer cérvix uterina e mama, sendo que os mesmos recebem uma sólida formação profissional como ética, técnica, humana e social sendo asseguradas e certificadas por Instituto Nacionais Especializados de Oncologia, citando por exemplo como INCA – Instituto Nacional de Câncer; FOSP – Fundação Onco-Centro de São Paulo; FIOCRUZ – Escola de Saúde Pública José Venâncio e outras. Fortalecendo desta forma o importante trabalho deste profissional no SUS, que está ligado e supervisionado pela associação médica dos patologistas e citopatologistas de cada estado do nosso território nacional, possibilitando desta forma o caminho no controle social para que seus órgãos e entidades representativas possam obter respaldo público e legal para estabelecer proposta de aprovação constitucional.

7. Os delegados abaixo assinados aprovam a moção de apoio para implantar no estado do Paraná a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, conforme Portaria MS/GM nº 992, de 13 de maio de 2009, considerando a diretriz do governo federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social.
8. Nós delegados da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná – 18 a 19 de dezembro de 2009, com aval legal do controle social, Constituição Federal do Brasil/Leis do SUS: 8080, 8142/1990, apoiamos o Fórum Comunitário Itinerante de Debates – FORCOM, referente às reivindicações contida nas três cartas abertas da Associação Ambientalista dos Amigos do Canal da Anhaia – ACA (em anexo), numeradas e denominadas: nº 401/ Com Aval Legal do Controle Social; nº 434/ Hanseníase no Brasil; nº 436/ Saúde Ambiental, Um Direito Legal, as quais devem constar no relatório final desta conferência, para mostrar aos gestores públicos do estado do PARANÁ, o rumo que queremos: a)- O governo do estado do Paraná, através da Secretaria Estadual de Saúde – SESA, caberá destinar recurso financeiro, específico para o Programa Estadual da Hanseníase, para garantir aos municípios paranaenses a devida organização dos serviços, afim da promoção, da equidade e resolutividade nos serviços, conforme normas editadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde; b)- A Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Educação, deverá promover a implantação, efetivação e ampliação do Plano Regional de Hanseníase/1ª Regional de Saúde, através da 3ª fase do Projeto Multiplicando Conhecimento (Plano Regional de Hanseníase/10 anos) afim de implantar a educação permanente em saúde (para trabalhadores e gestores do SUS do Litoral do Paraná, bem como para comunidade acadêmica, escolar e as demais); c)- O governo do estado do Paraná, através da Secretaria Estadual de Saúde, deverá transformar o antigo leprosário, Hospital São Roque (Hospital de Dermatologia Sanitária do Estado do Paraná), em Centro de Educação, Treinamento, Pesquisa para o controle e erradicação da hanseníase. Porque o Brasil é o segundo país no mundo em prevalência da hanseníase, uma das doenças mais antigas, conforme registradas nos anais científicos e religiosos (Esta proposta foi aprovada na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e na 13ª Conferência Nacional de Saúde, ambas ocorridas em 2007 e até a presente data, ignorada pelos gestores públicos, paranaenses e federais).
9. Considerando o artigo I da Lei Federal 9.263 do Planejamento Familiar (1996), que define planejamento familiar como o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Considerando que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, sendo dever do estado oferecer o aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar (Constituição Federal de 1998). Considerando que o Sistema Intra-uterinocom Levonorgestrel (SIU-LNG) constitui um sistema com 52 mg de Levonorgestrel, que inserido dentro do útero libera uma dose diária de cerca de 20 mcg do mesmo com ação anovulatória, diminuição significativa do sangramento menstrual, regulação da ação hormonal e estagiamento da endometriose. Considerando a eficácia do SIU-LNG como método



contraceptivo não abortivo e opção contraceptiva às mulheres com intolerância ao uso do Dispositivo Intra Uterino de Cobre (DIU-T-Cu) e também às que apresentam efeitos colaterais importantes no uso dos anticoncepcionais hormonais orais. Considerando a amplitude da utilização terapêutica do SIU-LNG nas seguintes condições e patologias: endometriose, hemorragia uterina disfuncional refratária a outros tratamentos, miomatose uterina, dismenorréia e hipermenorréia. Considerando que o Sistema Intra-uterino com Levonorgestrel (SIU-LNG) não está incluído no rol de contraceptivos oferecidos pelo estado. Solicitamos que seja disponibilizado às usuárias do SUS o Sistema Intra-uterino como Levonorgestrel em ambulatórios de referência em Saúde da Mulher.

10. Nós delegados/as presentes à 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, declaramos nosso apoio à Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM que no seu 47º Congresso de Educação Médica realizada em Curitiba – Paraná, no período de 17 a 20 de outubro de 2009, debateu como tema central “O SUS como Escola” demonstrando a importância do fortalecimento do SUS e da formação dos trabalhadores da saúde.
11. Para implantação de um Hospital Público Estadual no Município de Cambé.
12. Nós delegados/as presentes à 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, declaramos nosso irrestrito apoio à defesa dos direitos sexuais reprodutivos, a humanização dos serviços de atenção à saúde e a luta pela diminuição da mortalidade materna presentes na campanha pela descriminalização do aborto. As ações do movimento feminista e do movimento popular visando garantir o acesso a serviços de aborto legal, o direito da mulher decidir sobre seu corpo são fundamentais para a defesa da democracia. Estima-se que, a cada ano 46 milhões de mulheres em todo o mundo recorram ao aborto induzido para acabar com a gravidez não desejada.. O aborto clandestino é inseguro e contribui para a mortalidade das mulheres.

## **MOÇÕES DE REPÚDIO**

1. Nós delegados da Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 18 e 19 de dezembro de 2009, repudiamos a atitude de Ivan Rodrigues, prefeito do município de São José dos Pinhais, bem como de Alan Diório, Miguel Gawloski e Armando Raggio que, sucessivamente atuaram como Secretários de Saúde, que no ano de 2009, por não terem realizado a Conferência Municipal de Saúde, violando a democracia participativa, prejudicando o controle social e inviabilizando que a sociedade civil atuasse como partícipe da avaliação e construção da política de saúde local e estadual, pois não puderam comparecer nesta conferência.
2. Nós delegados/as presentes à 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 18 e 19 de dezembro de 2009, manifestamos nosso repúdio contra os modelos privatizantes de gestão hospitalar, estes expressos nas Organizações Sociais (OSs) e nas fundações estatais de direito privado. AO SUS O QUE É DO SUS!
3. Nós, delegados e delegadas da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná temos acompanhado com preocupação a entrega do patrimônio público que assola o serviço público de saúde. Muitos municípios e estados tem adotado a prática de transferir novas e modernas instalações prediais já

equipadas para o setor privado da saúde. Essa forma de gestão tem colaborado para enfraquecer o SUS e para transferir mais recursos para a iniciativa privada, que priorizam o lucro e não o direito a população em ter saúde, pois certamente se não houvesse uma boa margem de acumulação de capital o setor privado não efetuaria o serviço. Em São Paulo, por exemplo, os hospitais foram construídos e equipados com recursos do estado e entregues a Organizações Sociais de Interesse Privado (OSCIPs). Em uma CPI (comissão parlamentar de inquérito) constatou-se que o custo do serviço é muito mais caro, além de ter uma eficiência que deixa muito a desejar. Para piorar a situação o governo paulista propôs a abertura de leitos privados em hospitais públicos, tornando leal uma aberração que prejudica ainda mais os usuários do SUS. Diante desses fatos repudiamos toda e qualquer atitude de desresponsabilização do estado de suas obrigações legais e não aceitamos que o gestor do SUS promova a política de entrega das ações e serviços que são de competência da administração pública, Por um SUS 100% Público.

# Anexos

## ANEXO 1

### REGULAMENTO DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

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 154ª Reunião Ordinária, realizada em 31 de julho de 2009.

#### RESOLVE:

Aprovar o Regulamento da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, a realizar-se em Curitiba, nos dias 18 e 19 de dezembro de 2009.

### REGULAMENTO DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

#### CAPÍTULO I DAS FINALIDADES

**Art. 1.** 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 CES/PR, gestão 2010/2011;

**Parágrafo único.** A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná realizar-se-á na cidade de Curitiba, nos dias 18 e 19/12/09, tendo por local o Estação Embratel Convention Center, sob os auspícios do Governo do Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e do Conselho Estadual de Saúde, com o apoio das Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

#### CAPÍTULO II DOS MEMBROS

**Art. 2.** Poderão participar como membros da 9ª 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* pelo Plenário do CES - Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

§ 2º Todo delegado, no ato do credenciamento, deverá apresentar documento oficial de identificação.

§ 3º Fica a critério da Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná garantir espaço apropriado para os delegados titulares na Plenária Final.

§ 4º Durante a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será destinado um espaço apropriado aos observadores e convidados.

## SEÇÃO I DOS DELEGADOS

**Art. 3.** Farão parte da 9ª 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 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será formada por 1.200 (hum mil e duzentos) delegados, distribuídos da seguinte forma:

I – Usuários: 600 (seiscentos) delegados (50%);

II – Trabalhadores de saúde: 300 (trezentos) delegados (25%);

III – Prestadores de serviços: 150 (cento e cinquenta) delegados (12,5%);

IV – Administração Pública: 150 (cento e cinquenta) delegados (12,5%).

**§ 2º** São delegados natos os representantes de cada entidade, órgão e instituição, os 36 conselheiros titulares e suplentes do CES/Pr em exercício até a data de inscrição, devendo todos os conselheiros entregar a ficha de inscrição preenchida, até o final da reunião ordinária do CES de 27 de novembro de 2009, na Secretaria Executiva do CES/PR que efetuará a inscrição dos mesmos.

**Inciso 1º** – Todo Conselheiro Titular e Suplente deverá **OBRIGATORIAMENTE** participar da Conferência Municipal de Saúde, do seu respectivo município;

**Inciso 2º** – O conselheiro estadual de saúde que não cumprir o estipulado no Parágrafo 2º não será inscrito pela Secretaria Executiva do CES/PR e não caberá recurso.

**§ 3º** Constitui pré-requisito à participação na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, na qualidade de delegado, ter participado em Conferência Municipal de Saúde, realizada até a data limite, ou seja, 31 de outubro de 2009;

**Art. 4.** Todo delegado titular, de qualquer segmento, eleito para a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, terá 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, conforme estipulado no parágrafo 2º do Art. 3º.

**Art. 5.** Os 600 (seiscentos) delegados representantes de Entidades de Usuários serão distribuídos de acordo com a população do município e por Regional de Saúde, em conformidade com o Censo Oficial do IBGE, conforme apresentado 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 (dezesseis) 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 Procópio | 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. 6.** Os representantes de usuários para fins de representação nos Conselhos e na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná serão indicados pelo seu segmento/entidade aos quais os mesmos pertencem, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores.

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

§ 2º Todos os documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados, do titular e do suplente, deverão ser protocolados junto ao contato das respectivas regionais de saúde, até as 16h00 do dia 30 de novembro de 2009 impreterivelmente.

**Inciso único** – Não serão aceitos outras formas de encaminhamento destes documentos.

§ 3º As entidades representantes de usuários terão de se abster de inscrever delegados titulares e suplentes que mantenham vínculo empregatício em todas as esferas de governo na área de saúde.

§ 4º As entidades representantes de usuários que estiverem cadastradas no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde estão impedidas de participarem na 9ª Conferência Estadual de Saúde na condição de usuário.

**Art. 7.** Os 300 (trezentos) delegados representantes do segmento dos Trabalhadores de Saúde serão distribuídos por Regional de Saúde, conforme apresentado a seguir:

|   |              |
|---|--------------|
| 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 |
| <b>7ª Regional de Saúde – Pato Branco</b> | 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 – Paranaíba         | 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 Procópio | 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 As vagas remanescentes serão utilizadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, sendo distribuídas entre os municípios de Londrina e Curitiba respeitando-se o critério de proporcionalidade populacional (60% para Curitiba e 40% para Londrina).

§ 2º A distribuição das vagas de delegado do segmento dos Trabalhadores de Saúde será definida em Plenária dos Trabalhadores de Saúde, mediado por um membro indicado pela comissão organizadora

da 9ª CES, desde que não seja do mesmo segmento, conforme a lista de presença assinada por todos os participantes e a ata da referida Plenária, constituindo pré-requisito ter participado da Conferência Municipal de Saúde do seu respectivo município, conforme art. 4º deste Regulamento, até a data limite – 15 de novembro de 2009.

**§ 3º** As entidades de trabalhadores terão de se abster de inscrever delegados titulares e suplentes que ocupem cargo de confiança, chefia, comissionado de livre provimento, pois estes vínculos definem os como gestores de saúde, impedindo-os da representação do segmento de trabalhadores de saúde.

**§ 3º** Todos os documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados, do titular e do respectivo suplente, deverão ser protocolados junto ao contato das respectivas regionais de saúde, até as 16h00 do dia 30 de novembro de 2009 impreterivelmente.

**Inciso único** – Não serão aceitos outras formas de encaminhamento destes documentos.

**Art. 8.** A distribuição dos 150 (cento e cinquenta) delegados representantes do segmento dos Prestadores de Serviço, atenderá ao seguinte critério:

I – 140 (cento e quarenta) delegados dos Prestadores de Serviço em Saúde;

II – 10 (dez) conselheiros delegados natos do CES/PR.

**§ 1º** A distribuição das vagas de delegado do segmento dos Prestadores de Serviço em Saúde será definida em Plenária de Prestadores, mediado por um membro indicado pela comissão organizadora da 9ª CES, desde que não seja do mesmo segmento, conforme a lista de presença assinada por todos os participantes e a ata da referida Plenária, constituindo pré-requisito ter participado da Conferência Municipal de Saúde do seu respectivo município, conforme art. 4º deste Regulamento, até a data limite – 15 de novembro de 2009.

**§ 2º** Todos os documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados, do titular e do respectivo suplente, deverão ser protocolados junto ao contato das respectivas regionais de saúde, até as 16h00 do dia 30 de novembro de 2009 impreterivelmente.

**Inciso único** – Não serão aceitos outras formas de encaminhamento destes documentos.

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

I – 14 (quatorze) delegados do segmento para a esfera federal;

II – 50 (cinquenta) delegados do segmento para a esfera estadual;

III – 78 (setenta e oito) delegados do segmento para a esfera municipal;

IV – 08 (oito) conselheiros delegados natos do CES/PR.

**§ 1º** A distribuição das vagas de delegado do segmento dos representantes da Administração Pública será definida pelo órgão regional do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR), em Plenária conjunta, conforme a lista de presença assinada por todos os participantes e a ata da referida Plenária, constituindo pré-requisito ter participado da Conferência Municipal de Saúde do seu respectivo município, conforme art. 4º deste Regulamento, até a data limite – 15 de novembro de 2009.

**§ 2º** Todos os documentos, acima citados, acompanhados da ficha de inscrição corretamente preenchida, com todos os dados, do titular e do respectivo suplente, deverão ser protocolados junto ao contato das respectivas regionais de saúde, até as 16h00 do dia 30 de novembro de 2009 impreterivelmente.

**Inciso único** – Não serão aceitas outras formas de encaminhamento destes documentos.

**§ 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 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e orientações complementares que constarão do Regimento Interno, as quais deverão ser aprovadas pelo CES/PR.

**Art. 11.** O prazo máximo para a inscrição de todos os delegados na 9ª Conferência Estadual de Saúde expira obrigatoriamente às 16h00 do dia 30 de novembro de 2009, com a apresentação de todos os documentos comprovantes solicitados em artigos anteriores e com as fichas de inscrições corretamente preenchidas.

**Inciso 1º** Não serão aceitas inscrições após esta data.

**Inciso 2º** Encerrado o prazo das inscrições, as vagas que não forem preenchidas serão redistribuídas entre os municípios de Londrina e Curitiba.

**§ 1º** A ficha de inscrição do delegado e respectivo suplente deverá conter as informações, legíveis, abaixo relacionadas:

**DADOS DA REGIONAL DE SAÚDE E DO CONTATO**

1. Número da Regional de Saúde e Nome do Município Sede
2. Nome do Contato/Responsável pela inscrição na RS
3. E-mail do Contato

**DADOS DO DELEGADO**

4. Segmento
5. Nome Completo do Delegado e Nome para Crachá
6. RG
7. UF do RG
8. Sexo
9. Raça
10. Sub-segmento (indicados abaixo, no § 3º deste artigo)
11. Entidade/órgão/instituição (nome por extenso seguido da sigla)
12. Área de abrangência da entidade/órgão/instituição (federal, estadual, regional, municipal)
13. CEP
14. Endereço (Rua/Avenida)
15. Número
16. Complemento (nº apartamento, nome do condomínio)
17. UF
18. Município
19. Bairro
20. DDD
21. Fone
22. Ramal
23. Fax
24. Celular
25. E-mail

**DADOS DO SUPLENTE**

26. Nome Completo e Nome para Crachá
27. RG
28. UF da RG
29. Sexo
30. Raça
31. Sub-segmento (ver tabela do verso)
32. Entidade/instituição/órgão
33. Área de abrangência da entidade/órgão/instituição (federal, estadual, regional, municipal)
34. CEP
35. Endereço (Rua/Avenida)
36. Número
37. Complemento (nº apartamento, nome do condomínio)
38. UF
39. Município
40. Bairro
41. DDD
42. Fone
43. Ramal
44. Fax
45. Celular
46. E-mail

**DADOS DO PARTICIPANTE**

47. Hospedagem
48. Alimentação

49. Necessidades especiais (alimentação – transporte – traslado – outros)  
50. Tipo de necessidades/Deficiência  
51. Opção de temas por ordem de preferência, conforme tabela anexa (opção 1 ou 2)

§ 2º A ficha de inscrição do delegado e respectivo suplente deverá conter as opções de temas para as oficinas, a saber:

1. Organização da Assistência
2. Financiamento
3. Controle Social
4. Vigilância em Saúde

§ 3º A ficha de inscrição do delegado e respectivo suplente deverá indicar o segmento e o sub-segmento, em consonância com as Leis Estaduais nº.10.913/94 e nº11.188/95 e a Resolução nº333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, apresentados a seguir:

#### **I – Segmento/Sub-segmento da Administração Pública**

- Administração Pública da Esfera Federal
- Administração Pública da Esfera Estadual
- Administração Pública da Esfera Municipal

#### **II – Segmento/Sub-segmento de Prestadores de Serviços**

- Estabelecimento de Serviço de Público de Saúde
- Estabelecimento de Serviço de Saúde Filantrópico vinculado ao SUS
- Estabelecimento de Serviço de Saúde Privado vinculado ao SUS
- Estabelecimento de Ensino Superior da área de Saúde
- Entidades/Instituições Conveniadas ao SUS

#### **III – Segmento/Sub-segmento de Usuários**

- Entidade (s) representante (s) dos movimentos comunitários organizados na área de saúde;
- Entidade (s) representante (s) de associações de portadores de patologias;
- Entidade (s) representante (s) de associações de portadores de deficiências;
- Representante (s) de Entidade (s) de defesa do consumidor;
- Representante (s) de Entidade (s) de movimento sociais e populares organizados;
- Representante (s) de Entidade (s) ou organizações de moradores;
- Representante (s) de Entidade (s) não governamentais – ONGs;
- Representante (s) de Entidade (s) patronais urbanos e rurais;
- Representante (s) de Entidade (s) e movimentos de mulheres do estado do Paraná;
- Representante (s) de Entidade (s) e movimentos de negros do Paraná;
- Representante (s) de Entidade (s) indígenas;
- Representante (s) de Entidade (s) de aposentados e pensionistas;
- Representante (s) de Entidade (s) congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- Representante (s) de Entidade (s) ambientalistas;
- Representante (s) de Organizações religiosas.

#### **IV – Segmento/Sub-segmento de Trabalhadores de Saúde:**

- Entidade/Órgão de Enfermeiros;
- Entidade/Órgão de farmacêuticos;
- Entidade/Órgão de Médicos;
- Entidade/Órgão de Odontólogos;
- Entidade/Órgão de Assistentes Sociais
- Entidade/Órgão de Nutricionistas;
- Entidade/Órgão de Psicólogos;
- Entidade/Órgão de Médicos Veterinários;
- Entidade/Órgão de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais;
- Entidade/Órgão de Fonoaudiólogos;
- Entidade/Órgão de Educação Física;
- Entidade/Órgão de outros profissionais de saúde;
- Entidade Sindical ou Associação de Trabalhadores de Saúde do Setor Público (Federal/Estadual/Municipal);
- Entidade Sindical ou Associação de Trabalhadores de Saúde do Setor Privado vinculado ao SUS.



### **SEÇÃO III DOS OBSERVADORES E DOS CONVIDADOS**

**Art. 12.** Os observadores farão sua inscrição entre 10h00 e 12h00 do dia 18 de dezembro de 2009, encerrando-se as inscrições no momento em que atingir 20% do total de delegados inscritos e presentes (pós-credenciamento) na 9ª 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 propor para o plenário do CES quem serão os convidados para 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

### **CAPÍTULO III DO TEMÁRIO**

**Art. 14.** A 9ª Conferência Estadual de Saúde terá como tema central: **AO SUS O QUE É DO SUS – RESGATANDO O IDEÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA**

§ 1º Na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná o tema central será abordado na Conferência de Abertura.

§ 2º. Ficam estabelecidos como sub-temas: organização da assistência, financiamento, controle social e vigilância em saúde;

§ 3º A Mesa de Abertura da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será composta pelo Secretário de Estado de Saúde, pelo Presidente do CES/PR, pela Coordenadora da Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e demais autoridades.

**Art. 15.** Serão organizadas oficinas para o debate dos temas relacionados ao tema central.

§ 1º. Os expositores das oficinas e convidados da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná serão indicados pela Comissão Organizadora e referendados pelo Plenário do CES/PR.

§ 2º Os temas são:

1. Organização da Assistência
2. Financiamento
3. Controle Social
4. Vigilância em Saúde

**Art. 16.** Cada oficina de trabalho terá um Expositor, um Facilitador e um Relator previamente indicados pela Comissão Organizadora.

**Art. 17.** Serão admitidas teses-texto sobre o tema central, para orientar os trabalhos de grupo, previamente inscritos junto à Comissão Organizadora até 30 de novembro de 2009;

§ 1º As teses-textos de subsídios sobre o tema da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná deverão ser referendadas mediante assinatura de representantes legais de três entidades de âmbito estadual, devidamente reconhecidas ou por Conferência Municipal de Saúde;

§ 2º O CES/Pr através da comissão organizadora disponibilizará aos municípios através do site <http://www.conselho.saude.pr.gov.br> - as teses texto, que terão a responsabilidade de distribuí-las entre seus delegados, sendo que os contatos das regionais ajudará na divulgação dos mesmos.

§ 3º As teses-textos de subsídios deverão ter no máximo três laudas, e deverão ser entregues em *pendrive*, ou *CD Rom*, gerados por meio de Programa *Word for Windows*, versão 6.0 ou superior, com Fonte Arial, tamanho 12, espaço de um e meio, margem superior e esquerda com 2,0 cm e inferior e direita de 1,5 cm. Teses manuscritas ou datilografadas não serão aceitas.

**Art. 18.** Cada oficina terá um expositor, um coordenador, um digitador e um relator indicados pela Comissão Organizadora, e um relator adjunto escolhido no grupo. O expositor fará apresentação sobre o tema para subsidiar as discussões. 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 propostas aprovadas pelo grupo, as quais deverão compor a consolidação da versão preliminar do Relatório Final, junto à Comissão de Sistematização e Relatoria da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

§ 1º A Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná realizará reunião prévia com os coordenadores, digitadores e relatores para o estabelecimento de método comum para discussão, relato e entrega de relatórios das oficinas.

§ 2º Cada oficina deverá discutir um tema preferencialmente, e caso haja tempo poderão ser discutidos outros temas de livre escolha dos participantes.

§ 3º A distribuição para discussão dos temas nas oficinas será definida pela Comissão Organizadora, garantindo no âmbito da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná a discussão de todos os temas.

§ 4º Os relatores de cada oficina deverão apresentar os relatórios à Comissão de Sistematização e Relatoria até às 19h30 horas do dia 18 de dezembro de 2009.

§ 5º A Comissão de Sistematização e Relatoria deverá entregar a consolidação das propostas extraídas das oficinas até 22h00 do dia 18 de dezembro de 2009, à Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 19.** A distribuição dos participantes nas oficinas 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 oficina será limitado conforme a disponibilidade de vagas, de conformidade com o Art. 12 deste Regulamento.

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

1. Organização da Assistência;
2. Financiamento;
3. Controle Social;
4. Vigilância em Saúde.

§ 2º Será indicada outra oficina, pela Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, caso não houver vaga na oficina escolhida, na ordem de preferência do Delegado assinaladas no anexo 2 da ficha de inscrição.

#### **CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO**

**Art. 20.** A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será presidida pelo Presidente do CES/PR.

**Parágrafo único.** Em caso de eventual ausência, falta, renúncia ou impedimento do Presidente do CES/PR a Coordenadora da Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná assumirá a presidência da mesma.

**Art. 21.** Para o desenvolvimento de suas atividades e a consecução de seus objetivos a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná disporá de:

I – Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná:

1. Sub-comissão de Infra-Estrutura
2. Sub-comissão de Comunicação e Divulgação
3. Sub-Comissão de Credenciamento
4. Sub-Comissão de Sistematização e Relatoria

II – 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:

##### **Conselheiro**

Odenir Dias Teixeira “Nina”

Livaldo Bento

Rita de Cássia Domansky

Jhulie Rissato da Silva

Joelma Aparecida de Souza

Carvalho

Terêncio de Lima

Maria Lúcia Gomes “Malu”

Célia Regina de Souza

Coordenadora

Coordenador Adjunto

Relatora

Relatora adjunta

Credenciamento

Credenciamento Adjunto

Infra Estrutura

Comunicação e divulgação

§ 2º A Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná foi referendada pelo Plenário na 153ª reunião do CES/PR, realizada em 26 de junho de 2009;

## II – Comissão Eleitoral.

§ 1º O Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Eleitoral terá a atribuição de instruir o processo de eleição das entidades, órgãos e instituições que comporão o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, para o biênio 2010/2011.

§ 2º A Comissão Eleitoral será composta por 05 (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.

**Art. 22.** Em caráter excepcional o Regimento Interno da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná será votado e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

### CAPÍTULO V DA PROGRAMAÇÃO

**Art. 23.** A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná terá a seguinte programação:

§ 1º No dia **18 de dezembro**: das 07h00 às 10h00 será realizado o credenciamento dos delegados; das 10h00 às 12h00 acontecerá o credenciamento dos observadores; as 10h00 ocorrerá a Solenidade de Abertura, composta da composição da mesa, Instalação da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, e encerrar-se-á com a Palestra Magna que tratará sobre o tema da Conferência - **AO SUS O QUE É DO SUS – RESGATANDO O IDEÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA**. Às 14h00 terão início as oficinas de trabalho que acontecerão até as 19h00. Haverá translados normais dos hotéis para o local da Conferência a partir das 07h00 deste dia e retorno após o encerramento das oficinas, as 19h00.

§ 2º No dia **19 de dezembro**: das 08h00 horas às 12h30 será realizada a Plenária final. Das 14h00 às 16h00 acontecerá o Processo Eleitoral. Das 16h00 às 17h30 ocorrerá a homologação das entidades eleitas. Das 17h30 às 18h00 ocorrerá a Solenidade de Encerramento. Neste dia haverá somente traslado normal dos hotéis para o local da Conferência a partir das 07h00.

§ 3º O horário de almoço, todos os dias, será das 12h30 às 14h00.

§ 4º Será servido um café da manhã no dia 18 de dezembro, das 07h30 às 10h00. No mesmo dia, haverá um intervalo para café das 16h00 às 16h15.

§ 5º Será servido um café após a solenidade de encerramento, das 18h00 às 19h00.

§ 6º Serão consideradas habilitadas para concorrer no Processo Eleitoral apenas as entidades, órgãos e instituições de âmbito Estadual devidamente e previamente cadastradas no CES/PR.

§ 7º A entidade, órgão ou instituição eleita para compor o novo Conselho Estadual de Saúde deverá estar presente no ato da homologação, previsto para as 16h00 do dia 19 de dezembro de 2009, no Auditório do local da 9ª 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/sub-segmento, presente no ato e que será homologada pela Comissão Eleitoral as 16h00 do dia 19 de dezembro de 2009, no Auditório da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**Inciso único** - Não será aceito recursos posteriores ao não cumprimento do parágrafo 7º do Art. 23.

### CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

**Art. 24.** São atribuições da Comissão Organizadora 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, com o apoio operacional dos membros das sub-comissões e Contatos das Regionais de Saúde do Estado:

I – Promover a divulgação da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná;

II – Promover a realização do evento, atendendo a todos os seus aspectos políticos e técnicos.

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 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná, compreendidos de Resoluções pertinentes, Teses-Textos, Relatório da Plenária Final e Moções, no prazo de noventa (90) dias após a Conferência;

VIII – Incentivar a realização das Conferências Municipais de Saúde.

**Art. 25.** Compete a Coordenadora da Comissão Organizadora:

I – Coordenar e dirigir todas as atividades necessárias à realização da Conferência, em conformidade com o presente Regulamento e 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 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, mantendo a Comissão Organizadora informada do andamento dos trabalhos.

**Parágrafo único.** Na ausência, falta, impedimento ou renúncia da Coordenadora da Comissão Organizadora compete ao vice-coordenador, assumir as funções a ele delegadas, além de auxiliá-la em todos os momentos de organização e da realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

## **CAPÍTULO VII DOS RECURSOS**

**Art. 26.** As despesas com a realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná correrão por conta da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA.

§ 1º Os delegados residentes até a distância de 30 (trinta) quilômetros da cidade de Curitiba não terão direito a jantar, a hospedagem e a traslado.

§ 2º Os delegados representantes dos segmentos de Prestadores e de Gestores terão as suas despesas com viagem (ida e volta), hospedagem, alimentação e traslotos às custas de suas entidades, órgãos e instituições de origem.

§ 3º 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.

§ 4º Os delegados representantes dos segmentos de Usuários e de Trabalhadores terão as despesas de hospedagem e alimentação pagas com recursos oriundos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a partir das 12h00 do dia 18 de dezembro até às 12h00 do dia 19 de dezembro de 2009, no hotel em que foi feita a sua reserva.

**Inciso Único** – 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 quaisquer outros serviços.

§ 5º As despesas de viagens (ida e volta), hospedagens e refeições dos membros da Comissão Organizadora, das sub-comissões e todas as pessoas que ela arregimentar, tanto no período da organização quanto durante a sua realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, correrão por conta da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA).

§ 6º Os delegados portadores de deficiências terão atenção especial da coordenação da Conferência, no que se refere à acessibilidade nos locais de hospedagens.

§ 7º Os conselheiros estaduais, titulares e suplentes em exercício, terão as suas despesas custeadas pelo CES/PR.

## **CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 27.** 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 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

**Art. 28.** Serão fornecidos certificados, com a grade, a todos os participantes da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

**Art. 29.** - Os casos omissos, não previstos neste Regulamento, serão resolvidos pela Comissão Organizadora.

Curitiba, 31 de julho de 2009.

**Antonio Garcez Novaes Neto,**  
Presidente do CES/PR.

Homologo a Resolução CES/PR nº 009/09, nos termos do § 2º, Art. 1º, da Lei Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

**Dr. Gilberto Berguio Martin,**  
Secretário de Estado da Saúde

## **ANEXO 2**

### **RESOLUÇÃO CES/PR Nº 011/09**

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 e, em atendimento à Resolução 012/07, de 28/03/2007, reunido em sua 155ª Reunião Extraordinária, realizada em 28 de agosto de 2009,

### **RESOLVE**

Aprovar o Regulamento do Processo Eleitoral das Entidades para o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, gestão 2010/2011.

#### **CAPÍTULO I DO PROCESSO ELEITORAL**

Art. 1º A Comissão Eleitoral, composta por um representante, de cada uma das cinco de entidades, órgãos e instituições que não têm assento, não cadastradas e que não estejam pleiteando vaga no Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), conduzirá o Processo Eleitoral.

**Art. 2º** O CES/PR é constituído por 36 (trinta e seis) membros, representantes de entidades, órgãos e instituições, cujas atividades comprovadas e reconhecidas têm abrangência estadual, sendo 18 (dezoito) representantes de usuários, 9 (nove) representantes de trabalhadores em saúde e 9 (nove) representantes de prestadores de serviços em saúde e da administração pública em saúde, conforme Lei Estadual nº 10.913/94.

**Parágrafo único.** As entidades, órgãos e instituições, nos quatro segmentos, somente poderão ocupar uma vaga de titularidade e/ou sua respectiva suplência no CES/PR. A alternância na titularidade e suplência, como membro do CES/PR, dar-se-á por acordo entre ambas, registrado em ata, quando a entidade, órgão ou instituição não foi contemplada com as representações de titularidade e sua respectiva suplência.

**Art. 3º** O segmento dos usuários de saúde obedecerá à seguinte composição:

I. Cinco entidades de trabalhadores urbanos e rurais, assim divididos:

- a) Duas entidades de sub-segmentos diferentes dos trabalhadores da indústria ou do comércio ou de serviço;
- b) Uma entidade do sub-segmento dos trabalhadores na agricultura;
- c) Uma entidade de sub-segmento de central sindical;
- d) Uma entidade sub-segmento de aposentados e pensionistas;

II. Duas entidades dos movimentos comunitários organizados na área da saúde;

III. Uma entidade de associações de portadores de patologias crônico-degenerativas;

IV. Uma entidade de associações de portadores de deficiência;

V. Uma entidade de defesa do consumidor;

VI. Três entidades que congregam associações de moradores, movimentos populares, organizações religiosas ou entidades indígenas, assim divididos:

- a) Uma entidade representante de associações de moradores;
- b) Duas entidades representantes de movimentos populares, organizações religiosas ou entidades indígenas;

**VII.** Duas entidades de organizações não governamentais (ONGs), assim divididos:

- a) Uma entidade das instituições que se destina à proteção à criança na área da saúde;
- b) Uma entidade de instituições ligadas ao movimento ambientalista;

**VIII.** Uma entidade de patronais urbana e rural, da indústria, comércio ou agricultura;

**IX.** Uma entidade de movimentos de mulheres do Estado do Paraná;

**X.** Uma entidade de movimentos de negros do Estado do Paraná.

**Parágrafo único.** Caso algum sub-segmento, previsto nas Leis Estaduais nº 10.913/94 e nº 11.188/95, e na Resolução 333/2003 não esteja representado na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, a vaga será remetida para disputa entre as entidades não eleitas na primeira fase do processo eleitoral.

**Art. 4º** O segmento dos profissionais de saúde obedecerá na sua composição aos seguintes critérios:

**I.** A representação dos profissionais/trabalhadores de saúde será composta por 09 (nove) membros, sendo que nenhuma categoria profissional poderá ocupar mais de uma vaga de titularidade ou da respectiva suplência;

**II.** Das 09 (nove) vagas, 06 (seis) serão distribuídas para os sub-segmentos de entidades sindicais, associações e conselhos de classe de categoria específica representantes de profissionais de saúde;

**III.** As 03 (três) vagas restantes serão distribuídas para os sub-segmentos de entidades sindicais ou associações representantes dos trabalhadores de saúde, do setor público e do setor privado vinculado ao SUS.

**Parágrafo único.** Caso algum sub-segmento dos profissionais/trabalhadores de saúde não esteja representado na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, a vaga será remetida para disputa das entidades/órgãos do segmento não eleitos na primeira fase do processo eleitoral.

**Art. 5º** O segmento da administração pública e de prestadores de serviços obedecerá à seguinte composição:

**I.** Um representante de estabelecimentos de serviços de saúde privados conveniados ao SUS;

**II.** Um representante de estabelecimentos de serviços de saúde filantrópicos conveniados ao SUS;

**III.** Um Um representante de estabelecimentos de serviços públicos de saúde.

**IV.** Um representante de entidades/instituições conveniadas ao SUS.

**V.** Um representante de estabelecimentos de ensino superior público da área de saúde;

**VI.** Um representante da Secretaria de Estado da Saúde (SESA);

**VII.** Um representante do Fundo Estadual de Saúde/SESA;

**VIII.** Um representante dos Secretários Municipais da Saúde (COSEMS);

**IX.** Um representante do Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde (MS/FUNASA).

## **CAPITULO II DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ELEITORAL**

**Art. 6º** A Comissão Eleitoral verificará se a delegação da entidade, órgão ou instituição que manifestar interesse em compor o CES/PR, gestão 2010/2011, participou de Conferências Municipais de Saúde;

**Art. 7º** Os delegados natos, conselheiros do CES/PR serão representados única e exclusivamente na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná por meio da entidade que representam no CES/PR – gestão 2008/2009;

**Art. 8º** Para concorrer ao processo eleitoral, a entidade, órgão ou instituição deverá apresentar os documentos discriminados a seguir, junto com a Lista de Documentos Requeridos (Anexo A), devidamente preenchido:

**I.** Formulário de cadastro de entidades, órgãos e instituições de âmbito estadual, definido pelo CES/PR para este fim;

**II.** Ata de posse, estatuto, regimento interno ou carta de princípios que comprove sua respectiva missão;

**III.** Informar o (s) cargo (s) e o (s) nome (s) completo dos seus ocupantes, de todos os membros que compõem a diretoria ou coordenação, respeitando a respectiva ata de posse, estatuto, regimento interno ou sua carta de princípios;

**IV.** Endereço Completo;

**V.** Relatório de atividades dos anos de 2008 e 2009;

**VI.** Comprovação de atuação em cunho estadual de, pelo menos, um ano;

**VII.** Comprovação de inserção e atuação em, no mínimo, cinco regionais de saúde, de acordo com a estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

**VIII.** As entidades, órgãos e instituições aptas a disputarem as vagas ao CES/PR, gestão 2010/2011, deverão indicar na ficha de cadastro de inscrição o nome do seu representante legal;

**IX.** Entende-se por:

- a) **Âmbito Estadual** – é toda a instituição, órgão ou entidade com representação, domicílio e atuação no território do Estado do Paraná. Para ser considerado de âmbito estadual, a instituição, órgão ou entidade não precisa ter cinco sedes administrativas, mas sim, base de filiados, de representantes, de delegados ou de prestação de serviço distribuído em, no mínimo, cinco regionais de saúde. É obrigatório apresentar declaração devidamente assinada pelo seu 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.
- b) **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 âmbito estadual descrita na presente Resolução.
- c) **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 próprias.
- d) **Relatório de Atividade** – são os serviços e ações desenvolvidas pela entidade, órgão ou instituição realizados nos anos de 2008 e 2009. 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.
- e) **Entidades/Órgãos/Instituições Públicas** – No caso de Entidades, Órgãos e Instituições Públicas, a ata de posse poderá ser substituída por decreto, resolução ou outro documento oficial de nomeação de posse dos respectivos dirigentes.

### CAPITULO III DAS ETAPAS DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 9º O CES/PR será composto por entidades, órgãos e instituições previamente cadastradas, inscritas e presentes na 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

**Art. 10º** As entidades, órgãos e instituições, comprovadamente de âmbito estadual, devidamente cadastradas e interessadas em concorrer a uma vaga no Conselho Estadual de Saúde do Paraná deverão se inscrever para o processo eleitoral **EXCLUSIVA E OBRIGATORIAMENTE**, inclusive aquelas sediadas na Capital do Estado, conforme as orientações descritas a seguir:

**§1º** Remeter toda a documentação exigida junto com a Lista de Documentos Requeridos para a Secretaria Executiva do CES/PR, nos termos das Resoluções do CES/PR nº 009/09 e nº 012/07, cujo envelope **LACRADO** deverá estar identificado da seguinte forma:

**PROCESSO ELEITORAL CES/PR – 2010/2011**  
**SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**  
**Rua Piquiri, 170 – Rebouças – CEP 80.230-140 – Curitiba – Paraná.**

§2º A correspondência deverá ser postada ao endereço informado no parágrafo 1º deste artigo, **IMPRETERIVELMENTE** até o dia 16 de novembro de 2009, segunda-feira, obrigatoriamente com Aviso de Recebimento (AR). O AR é o documento comprobatório do envio e recebimento da documentação.

§3º No ato da postagem da documentação, os concorrentes deverão estar certos que a correspondência está completa, uma vez que não haverá, em hipótese alguma, prorrogação do prazo para complementação de itens exigidos e não anexados ao documento.

Art. 11º A Secretaria Executiva do CES/PR receberá a documentação, será a fiel depositária das mesmas até a data da abertura dos envelopes.

*Parágrafo único.* A Secretaria executiva não receberá envelopes abertos, visando a garantia e legitimidade do processo.

Art. 12º Os envelopes serão abertos pela Comissão Eleitoral, em reunião pública, no dia 20 de novembro de 2009, as 14h00, no Auditório da SESA. Nesta ocasião, será verificado o preenchimento da listagem e remessa dos documentos exigidos, facultando-se o acompanhamento pelos órgãos, instituições e entidades interessadas.

**Art. 13º** A Comissão Eleitoral, com apoio da SESA, se reunirá no período de 23 a 27 de novembro de 2009, para a análise da documentação apresentada e emissão de parecer escrito sobre as entidades, órgãos e instituições habilitadas a concorrer no processo eleitoral.

**Art. 14º** Fica sob a responsabilidade do CES/PR, por meio do site [www.conselho.saude.pr.gov.br](http://www.conselho.saude.pr.gov.br), com apoio da SESA, dos contatos das Regionais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde, dar publicidade de cada momento do processo eleitoral às entidades, órgãos e instituições aptas a concorrerem às vagas do CES/PR, gestão 2010/2011.

**Art. 15º** As entidades, órgãos e instituições que se julgarem prejudicados no processo de análise de documentos, terão o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para apresentação objetiva de recurso, considerando a data de publicação da notificação da Comissão Eleitoral, no site do CES/PR ([www.conselho.saude.pr.gov.br](http://www.conselho.saude.pr.gov.br)).

**Art. 16º** Os recursos serão analisados pela Comissão Eleitoral (Anexo B).

#### **CAPITULO IV DA COMISSÃO ELEITORAL**

**Art. 17º** A Comissão Eleitoral foi 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 integram a Comissão:

- a) Assembléia Legislativa
- b) Sindicato dos Jornalistas
- c) Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)
- d) IDDHEA – Instituto de Defesa dos Direitos Humanos
- e) Tribunal Regional Eleitoral

#### **CAPITULO V DA PLENÁRIA ELEITORAL PARA O CES/PR**

**Art. 18º** A Comissão Eleitoral organizará a listagem de entidades por sub-segmentos.

**Art. 19º** A plenária eleitoral será realizada no dia 19 de dezembro de 2009, das 14h00 às 16h00 horas, em Curitiba, nas salas do Embratel Convention Center.

**Art. 20º** A Comissão Eleitoral divulgará o ensalamento de forma visível, contendo a relação de entidades que compõem cada sub-segmento.

**Art. 21º** As reuniões por sub-segmento serão realizadas no dia 19 de dezembro de 2009, sábado, às 14h00, em salas pré-determinadas pela Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, no Embratel Convention Center, na cidade de Curitiba, com a supervisão dos membros da Comissão Eleitoral.

**Art. 22º** A escolha das entidades, órgãos e instituições representantes de sub-segmentos será feita por consenso ou por eleição no próprio sub-segmento, entre os respectivos delegados presentes na eleição.

**Parágrafo único.** Quando não houver consenso no sub-segmento específico será realizada votação, adotando-se o critério de maioria simples dos delegados presentes.

**Art. 23º** Para cada sub-segmento deverão ser eleitas entidades, órgãos ou instituições suplentes, constando em ata eleitoral, por ordem de prioridade conforme decisão do sub-segmento, para eventuais substituições no CES/PR, de acordo com o Regimento Interno deste, ou por alteração no número de componentes.

**Art. 24º** As atas de eleição de cada sub-segmento deverão ser lavradas e assinadas ao término da eleição, em seguida entregues à Comissão Eleitoral.

**Art. 25º** A homologação será feita no mesmo dia e local, das 16 às 17h30, com a presença obrigatória dos representantes das entidades, órgãos e instituições eleitas.

#### **CAPÍTULO VI DOS PRAZOS**

**Art. 26º** Data limite para a postagem da documentação completa das entidades, órgãos e instituições à Comissão Eleitoral (data de postagem): 16 de novembro de 2009.

**Art. 27º** Data, horário e local de abertura das correspondências: 20 de novembro de 2009, as 14h00, no auditório da SESA, pela comissão eleitoral.

**Art. 28º** Data, horário e local que a Comissão Eleitoral realizará a análise da documentação enviada: entre 23 e 25 de novembro de 2009, devendo as datas, o local e o horário definidos serem divulgados no *site* do CES/PR, [www.conselho.saude.pr.gov.br](http://www.conselho.saude.pr.gov.br).

**Art. 29º** Data, horário e local de divulgação das entidades, órgãos e instituições habilitadas e não habilitadas: 30 de novembro de 2009, às 10h00, no *sites* do CES/PR.

**Art. 30º** Data e local para apresentação de recursos: 01 e 02 de dezembro de 2009, das 10h00 às 12h00, na Secretaria Executiva do CES/PR, A/C da Comissão Eleitoral.

**Art. 31º** Data e horário da plenária eleitoral: 19 de dezembro de 2009, das 14h00 às 16h00.



**Art. 32º** Data e horário da homologação: 19 de dezembro de 2009, das 16h00 às 17h30, com a presença obrigatória dos representantes das entidades, órgãos e instituições eleitas.

## **CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 33º** Os casos omissos, não previstos neste Regulamento, serão resolvidos pela Comissão Eleitoral da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

Curitiba, 28 de agosto de 2009.

Antonio Garcez Novaes Neto,  
Presidente do CES/PR.

Homologo a Resolução CES/PR nº 009/09, 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 3**

#### **REGIMENTO INTERNO DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**

##### **RESOLUÇÃO CES/PR n.º 014/09.**

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 na 158ª Reunião Ordinária, realizada em 27 de novembro de 2009.

##### **RESOLVE**

Aprovar o REGIMENTO INTERNO DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ – CESPR.

## **CAPÍTULO I OS DELEGADOS E OBSERVADORES**

**Art. 1º** São considerados delegados para a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (CESPR) os representantes de entidades, órgãos e instituições eleitos e inscritos segundo critérios previamente estabelecidos no Regulamento da 9ª CESPR e que se credenciarem das 07h00 até as 10h00, do dia 18 de dezembro de 2009.

**§ 1º** O credenciamento dos suplentes como delegados para a CESPR, em substituição aos titulares ausentes, será realizado das 10h00 às 12h00 do dia 18 de dezembro de 2009.

**§ 2º** O Suplente que passar para condição de titular, deverá assumir as opções das oficinas escolhidas pelo titular no ato da inscrição, garantindo a paridade para a realização da 9ª CESPR.

**Art. 2º** Os observadores farão sua inscrição entre 10h00 e 12h00 do dia 18 de dezembro de 2009, por ordem de chegada, encerrando-se as inscrições no momento em que atingir 20% do total de delegados inscritos e presentes (pós-credenciamento) na 9ª CESPR, conforme o seu Regulamento.

## **CAPÍTULO II OFICINAS DE TRABALHO**

**Art. 3º** Serão organizadas 14 (quatorze) oficinas de trabalho, com no máximo 86 (oitenta e seis) participantes, conforme estabelecido no Regulamento.

**§ 1º** As oficinas serão realizadas no local do evento, no período da tarde do dia 18 de dezembro de 2009, com início previsto para as 14h00, impreterivelmente.

§ 2º Será garantido um período máximo de cinco horas para os trabalhos das oficinas.

§ 3º As oficinas deverão ter como base para a discussão o tema central da 9ª CESPR.

*Alínea A.* As teses devidamente inscritas conforme Regulamento da 9ª CESPR, serão lidas e debatidas nas oficinas, e quando aprovadas por pelo menos 30% dos delegados, serão incorporadas à versão preliminar do Relatório Final.

§ 4º Poderão ser apresentadas novas propostas nas oficinas, por escrito, por participantes, mesmo que não estejam presentes, desde que aprovadas por pelo menos 30% dos delegados das respectivas oficinas, para serem incorporadas nos relatórios das mesmas.

**Art. 4º** A opção de inscrição para as oficinas 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 oficina é de 86 (oitenta e seis) delegados, respeitando-se a paridade.

§ 3º Serão aceitas as inscrições de observadores em cada oficina, respeitando o limite máximo de 20% dos delegados presentes;

**Art. 5º** Cada oficina terá um expositor, um facilitador, um relator indicados pela Comissão Organizadora, e um relator adjunto escolhido pelo grupo.

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

§ 2º Compete ao facilitador:

I – proceder a apresentação dos integrantes;

II – esclarecer dúvidas quanto a dinâmica do grupo;

III – orientar os trabalhos, para que cada oficina discuta o tema, respeitando-se a ordem de discussão proposta;

IV – solicitar ajuda da Comissão Organizadora para a resolução dos problemas operacionais, de logística e casos omissos.

3º Cabe ao relator:

I – Sintetizar as conclusões que deverão compor a consolidação das propostas aprovadas para versão preliminar do Relatório Final até as 19h00, e entregar para a Comissão de Sistematização e Relatoria da 9ª CESPR até as 19h30m do dia 18 de dezembro de 2009;

II – Redigir os encaminhamentos aprovados pelos participantes, de maneira clara e compreensível;

**Art. 6º** Para compor a versão preliminar do Relatório Final as propostas deverão contar com aprovação de no mínimo 30% dos delegados presentes na oficina.

§ 1º Os delegados têm direito a voz e a voto. Os convidados e observadores têm direito somente a voz durante os trabalhos da oficina.

§ 2º A Comissão de Sistematização e de Relatoria deverá entregar a consolidação sistematizada das propostas aprovadas e constantes dos diversos relatórios das oficinas até 23h00 do dia 18 de dezembro de 2009 à Comissão Organizadora da 9ª CESPR.

**Parágrafo Único:** A Comissão de Sistematização e de Relatoria e a Comissão Organizadora da 9ª CESPR, garantirão a entrega do Relatório Final sistematizado aos Delegados no início dos trabalhos da Plenária Final no dia 19 de dezembro de 2009 às 08h00.

### **CAPÍTULO III DA PLENÁRIA FINAL**

**Art. 7º** A Plenária Final da 9ª CESPR tem como objetivos:

I – discutir e aprovar o Relatório Final com as propostas aprovadas no trabalho das oficinas no dia anterior, ou seja, 18 de dezembro de 2009;

II – homologar as entidades/órgãos/instituições eleitas para compor o Conselho Estadual de Saúde, gestão 2010/2011 e a listagem de entidades/órgãos/ instituições suplentes, que substituirão as entidades/órgãos/instituições eliminadas por faltas, conforme Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR);

III – apreciar e votar as moções.

**Art. 8º** Participam da Plenária Final todos os membros da 9ª CESPR. Os delegados terão direito à voz e voto. Os convidados e observadores terão direito somente a voz.

*Parágrafo único.* A Comissão Organizadora designará os assentos específicos para delegados da 9ª CESPR, no auditório onde será realizada a plenária final. Os convidados e observadores terão seus assentos garantidos, porém em local separado dos delegados.

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

**Art. 10º** 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 verbalmente o destaque de pontos 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 verbalmente deverão ser encaminhados em seguida à Mesa Coordenadora por escrito, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao item destacado.

*Alínea A.* Será garantido apoio aos deficientes para a sua manifestação por escrito;

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 duas novas intervenções, sendo uma favorável e outra contrária;

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 de cor vermelha, 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 estabelecer a redação para o Relatório Final.

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

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, será conduzido pela Comissão Eleitoral, designada conforme a Resolução Nº 011, de 24 de setembro de 2009.

*Parágrafo único.* A Comissão Eleitoral é composta por membros de entidades, órgãos ou instituições não participantes do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, e que não concorrem ao processo eleitoral para o mesmo.

**Art. 13** O Conselho Estadual de Saúde do Paraná 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, a entidade/órgão/instituição deverá ter cumprir todos os pré-requisitos estabelecidos pelas Resoluções 009/09 e 011/09 do CES/PR, inclusive com o envio dos documentos comprobatórios, via Aviso de Recebimento (AR), à Secretaria Executiva do mesmo, até o dia 16 de novembro de 2009.

**§ 1º** A entidade, órgão e instituição previamente inscrita e apta para concorrer a vaga no Conselho Estadual de Saúde do Paraná, gestão 2010/2011, deverá estar presente no processo eleitoral do seu sub-segmento, definido para as 14h00 do dia 19 de dezembro de 2009, conforme ensalamento divulgado pela Comissão organizadora da 9ª CESPR;

§ 2º A entidade, órgão e instituição para compor o Conselho Estadual de saúde, gestão 2010/2011, obrigatoriamente ter representante no ato da homologação definido para as 16h00 do dia 19 de dezembro de 2009, no Auditório do local da Plenária Final da 9ª CESPR;

§ 3º A ausência ou falta no momento do processo eleitoral da homologação será considerada desistência ou renúncia e implicará na sua substituição por outra entidade, órgão ou instituição do mesmo segmento/sub-segmento, eleita como entidade suplente de acordo como o estabelecido no Art. 6º deste Regimento, presente no ato e que será homologada pela Comissão Eleitoral na própria Plenária Final da 9ª CESPR.

**Art. 15** Os casos omissos, não previstos no Processo Eleitoral, serão solucionados pela Comissão Eleitoral e Comissão Organizadora da 9ª CESPR.

## **CAPÍTULO V DAS MOÇÕES**

**Art. 16** Encerrada a apresentação das entidades, órgãos e instituições que irão compor o Conselho Estadual de Saúde, serão apreciadas as moções encaminhadas por escrito, pelos participantes da 9ª CESPR, à Secretaria da mesma até as 12h00 do sábado, dia 19 de dezembro de 2009.

§ 1º Cada moção, digitada ou datilografada, ser acolhida pela 9ª CESPR quando cumprir o critério de ter no mínimo de 10% dos delegados credenciados na 9ª CESPR, constando o RG. e entidade/órgão/instituição que representam.

§ 2º A Secretaria da 9ª CESPR organizará as moções recebidas, classificando-as por área temática, de forma a facilitar o andamento dos trabalhos.

**Art. 17** A mesa coordenadora da Plenária Final efetuará a leitura das moções e garantirá ao proponente o tempo máximo de dois minutos para sua defesa.

**Parágrafo único.** Será facultado aos delegados, defender pelo mesmo tempo uma manifestação contrária à moção, sem direito à réplica.

**Art. 18** A aprovação das moções dar-se-á por maioria simples dos delegados presentes.

## **CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 19** Em 90 dias a Comissão Organizadora da 9ª CESPR elaborará os Anais da 9ª CESPR, compreendidos de Relatório Final e Moções aprovadas e remetê-los à todas as entidades, órgãos e instituições presentes a 9ª CESPR, todos os Conselhos Municipais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Paraná.

**Art. 20** A Secretaria de Estado da Saúde – SESA fica responsável pela publicação e divulgação ao Relatório Final em 90 (noventa) dias após a entrega do mesmo, garantido quando solicitado a sua versão em *Braille* e Cd-Rom.

**Art. 21** Os casos omissos, não previstos neste Regimento Interno, serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 9ª CESPR.

Curitiba, 27 de Novembro de 2009.

Antônio Garcez Novaes Neto  
Presidente do CES/PR

Gilberto Berguio Martin  
Homologo a Resolução CES/PR n.º014/09, nos termos do § 2º, art. 1º, da Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

## ANEXO 4

### DECRETO DE NOMEAÇÃO DAS ENTIDADES/ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES CONSELHEIRAS 2010/2011

#### **DECRETO Nº 6274 - 10/02/2010**

Publicado no Diário Oficial Nº 8158 de 10/02/2010

Súmula: Instituí, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, eleito na Plenária Eleitoral da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, em 19/12/09, para a gestão 2010-2011. O GOVERNADOR 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, conforme disposto no art. 6º da Lei Estadual nº 10.913, de 04 de outubro de 1994, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, eleito na Plenária Eleitoral da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, em 19 de dezembro de 2009, para a gestão 2010-2011. Art. 2º O Conselho Estadual de Saúde do Paraná, de 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, pelos representantes das seguintes entidades:

a) Representantes dos Gestores e Prestadores de Saúde:

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Estado da Saúde, na condição de titular e 1(um) suplente;

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

III - 1 (um) representante do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, na condição de titular e 2 (dois) suplentes;

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

V - 2 (dois) representantes da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Paraná – FEMIPA, na condição de titular e 1(um) suplente;

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

VII - 1 (um) representante da Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, na condição de titular e 2 (dois) suplentes.

b) Representantes dos Profissionais de Saúde:

VIII - 1 (um) representante do Conselho Regional de Farmácia, na condição de titular;

IX - 1 (um) representante do Sindicato dos Farmacêuticos do Paraná, na condição de suplente;

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

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

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

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

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

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

XVI - 1 (um) representante da Associação de Auxiliares e Técnicos em Odontologia, na condição de titular;

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

XVIII - 1 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde Pública do Estado do Paraná – SindSaúde, na condição de titular e 1 (um) suplente;

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

XX - 1(um) representante da Federação dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais Cutistas do Estado do Paraná – FESSIMUC, na condição de titular e 1 (um) suplente.

c) Representantes dos Usuários:

XXI - 1 (um) representantes 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 1 (um) suplente;

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

XXIII - 1 (um) representante da Central Única dos Trabalhadores - CUT, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXIV - 1(um) representante da Associação Beneficente e Cultural dos Aposentados e Pensionistas - ABECAP, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXV - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde – MOPS, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXVI - 1(um) representante da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde – ANEPS, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXVII - 1 (um) representante do Fórum Ong/AIDS, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXVIII - 1 (um) representante do Instituto Brasileiro de Deficientes Visuais em Ação, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXIX - 1 (um) representante da Federação das Associações de Moradores do Paraná - FAMOPAR, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXX - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares do Paraná, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXI - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rural Sem Terra – MST, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXII - 1(um) representante da Pastoral da Pessoa Idosa, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXIII - 1 (um) representante da Pastoral da Saúde, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXIV - 1 (um) representante da Pastoral da Criança, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXV - 1 (um) representante da ECOFORÇA, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXVI - 1 (um) representante da Associação de Entidades de Mulheres do Paraná-ASSEMPA, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXVII - 1 (um) representante da União Brasileira de Mulheres, na condição de titular e 1 (um) suplente;  
XXXVIII - 1(um) representante da Rede de Mulheres Negras, na condição de titular e 1 (um) suplente.  
§ 1º - Os membros do CES/PR, serão nomeados pelo Governador do Estado do Paraná, mediante indicação:  
a) do Secretário de Estado da Saúde do Estado do Paraná, do Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, do Diretor do Fundo Estadual de Saúde e dos representantes dos estabelecimentos privados e filantrópicos vinculados ao SUS, referidos nos incisos I a VII;  
b) dos dirigentes das entidades de classe referidos nos incisos VIII a XX.  
c) dos dirigentes das entidades referidas nos incisos XXI a XXXVIII.  
§ 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 Secretário de Estado da Saúde;  
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-CES/PR.  
Art. 5º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, em 10 de fevereiro de 2010, 189º da Independência e 122º 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**

Odenir Dias Teixeira “Nina” – Coordenadora  
Célia Regina de Souza  
Jhulie Rissato da Silva  
Joelma Aparecida de Souza Carvalho  
Livaldo Bento – Coordenador Adjunto  
Maria Lúcia Gomes “Malu”  
Rita da Cássia Domansky- Relatora  
Terêncio de Lima

### **SUB COMISSÃO DE INFR-AESTRUTURA**

Livaldo Bento  
Maria Lúcia Gomes “Malu”

### **SUB COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO**

Célia Regina de Souza

### **SUB COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**

Joelma Aparecida de Souza Carvalho  
Terêncio de Lima

### **SUB COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO E RELATORIA**

Jhulie Rissato da Silva  
Odenir Dias Teixeira “Nina”  
Rita de Cássia Domansky  
Sônia Maria Anselmo

## **ANEXO 6**

### **SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

LILIAM CRISTINA BRANDALISE – Secretária Executiva

GUILHERME RICARDO DA SILVA - Apoio Administrativo

LORELAY ROCHA PEREIRA - Apoio Administrativo

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

Rua Piquiri, nº 170 -Térreo - Rebouças  
80.230-140 – 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)

## ANEXO 7

### AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram no processo de organização e realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

## ANEXO 8

### EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Cumprindo a deliberação do Plenário do Conselho Estadual de Saúde e do inciso VII do Art. 24 do Regulamento da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná: ***“Elaborar os anais da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná, compreendidos de resoluções pertinentes, tese-textos, relatório da plenária final e moções, no prazo de noventa (90) dias após a conferência”***, a equipe de elaboração apresenta o relatório final.

ODENIR DIAS TEIXEIRA “Nina”  
SÔNIA MARIA ANSELMO

Curitiba, 24 de Março de 2010.