



INDICE

- Apresentação	03
- Introdução	04
- Controle Social	05
- Financiamento	17
- Sistema Único de Saúde	27
- Expediente Interno	53

APRESENTAÇÃO

O Relatório Final da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 13,14 e 15 de dezembro de 2001, constitui-se no produto de um de um processo coletivo, fruto da realização de 348 Conferência Municipais de Saúde, e que envolveu cerca de 616 delegados em sua etapa estadual.

A importância da realização e das deliberações da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná pode ser traduzida em seu temário central: **10 ANOS DE SUS: ANÁLISE E PERSPECTIVAS NA VISÃO DO CONTROLE SOCIAL**. Encontrando-se neste Relatório a reflexão crítica sobre os rumos da construção do SUS no Paraná, e uma riqueza de proposições e diretrizes visando a consolidação do SUS e a intransigente defesa dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade da atenção à saúde, com a atenção à saúde, com ampla permeabilidade ao controle social

INTRODUÇÃO

A Conferência de Saúde é uma das instâncias colegiadas com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar e propor diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Contando com o avanço da participação da sociedade organizada no Estado do Paraná e a vontade política das instituições governamentais, nos dias 13,14 e 15 de dezembro de 2001, realizou-se a 5ª Conferência Estadual de Saúde, tendo como Tema Central: "**10 ANOS DE SUS: ANÁLISE E PERSPECTIVAS NA VISÃO DO CONTROLE SOCIAL.**" Antecedendo a 5ª Conferência, o Estado desencadeou o processo de discussão do temário, bem como das propostas e diretrizes na área de saúde, através de conferências municipais de saúde e eventos macro regionais.

No ano de 2001, dos 399 municípios do Estado, 348 (87%), realizaram suas conferências municipais de saúde dentro do prazo estipulado pelo Regulamento da 5ª Conferência; e a Secretaria de Estado da Saúde realizou 4 teleconferências:

- 1ª Teleconferência realizada no dia 20 de agosto de 2001. Tema: Controle Social, em Curitiba.
- 2ª Teleconferência realizada no dia 10 de setembro de 2001. Tema: Sistema Único de Saúde , em Curitiba.
- 3ª Teleconferência realizada no dia 24 de setembro de 2001. Tema: Financiamento, em Curitiba.
- 4ª Teleconferência realizada no dia 09 de outubro de 2001. Tema: Controle Social, em Curitiba

Participaram da 5ª Conferência Estadual de Saúde 303 delegados do segmento de usuários 181 delegados do segmento dos trabalhadores, 93 delegados do segmento da administração pública e 39 delegados do segmentos dos prestadores de serviços de saúde, totalizando 616 delegados e 135 observadores.

A seguir o conjunto de propostas deliberadas na plenária final da 5ª Conferência Estadual de Saúde.

Secretária Executiva do CES/PR

**PROGRAMAÇÃO DA 5ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE
13, 14 e 15 de dezembro de 2001**

Local: Canal da Música
Rua Júlio Pernetta, 695
Curitiba - Paraná

- Dia 13 de dezembro – Quinta – feira

08:00 horas – Início do credenciamento dos participantes

14:00 – 17:00 horas – Mesa Redonda:

" Financiamento do Sistema Único de Saúde: Perspectivas a partir da Emenda

Constitucional-29 "

- **ELIAS JORGE**

Coordenador Adjunto da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde

- **MARIA LUIZA JAEGER**

Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

- **NELSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Coordenador do Conselho Nacional de Saúde

- **ORLEY ANTÔNIO NEGRELLO**

Diretor da Federação de Hospitais do Paraná

20:00 horas : ABERTURA OFICIAL

Mesa Diretora do CES/PR

20:300 horas: Conferência Magna:

" 10 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil"

CARLYLE GUERRA DE MACEDO

Diretor Emérito da Organização Pan-Americana de Saúde

22:00 horas – Encerramento

Dia 14 de dezembro – Sexta – feira

08:00 horas – Credenciamento até a aprovação do Regimento Interno

08:00 – 09:30 horas – Discussão e Aprovação do Regimento Interno da 5ª Conferência Estadual de Saúde

09:45 horas – Mesa Redonda

" Análise e Perspectivas nos 10 anos de SUS"

- **LAURA TAVARES SOARES**

Enfermeira Sanitarista. Doutora em Política Social. Professora licenciada da UFRJ e Pesquisadora do Laboratório de Políticas Públicas da UERJ.

- **VANDERLEI DONINI**
Diretor Administrativo do Hospital Erasto Gaertner
- **ARMANDO RAGGIO**
Secretário de Estado da Saúde
- **LUIZ CARLOS SOBÂNIA**
Diretor Clínico do Hospital de Clínicas de Curitiba

13:00 horas – Intervalo

14:00 – 18:00 horas – Trabalhos de Grupo

19:00 horas – Eleição das Entidades que vão compor o Conselho Estadual de Saúde – CES/PR – Gestão 2002-2003

15 de dezembro – Sábado

08:30 – 20:00 horas

- *Aprovação do Relatório Final*
- *Homologação das Entidades eleitas – Gestão 2002-2003*
- *Aprovação das Moções*

**Entidades Eleitas na 5ª Conferência Estadual de
Saúde
Gestão 2002/2003**

GESTOR/TITULAR	GESTOR/SUPLENTE
Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS
Secretaria de Estado da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde
Escritório Regional do Ministerio da Saúde	Escritório Regional do Ministerio da Saúde
Instituto de Saúde do Paraná - ISEP	Instituto de Saúde do Paraná - ISEP
PRESTADOR DE SAÚDE / TITULAR	PRESTADOR DE SAÚDE / SUPLENTE
Federação das Misericórdias do Paraná - FEMIPA	Federação das Misericórdias do Paraná - FEMIPA
Federação dos Hospitais do Paraná - FEHOSPAR	Federação dos Hospitais do Paraná - FEHOSPAR
Hospital de Clínicas - UFPR	Universidade Estadual de Londrina - UEL
União Nacional de APMI	União Nacional de APMI
PROFISSIONAL DE SAÚDE / TITULAR	PROFISSIONAL DE SAÚDE / SUPLENTE
Conselho Regional de Farmácia - CRF	Conselho Regional de Farmácia - CRF
Conselho Regional de Serviço Social-CRESS	Conselho Regional de Serviço Social-CRESS
Conselho Regional de Psicologia	CR de Medicina Veterinária do PR
Associação de Nutrição do Paraná - ANUPAR	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Conselho Regional de Medicina - CRM
Assoc. Bras. de Agentes de Saúde em Alcoolismo - ABRASA	Conselho Regional de Odontologia-CRO

GESTOR/TITULAR	GESTOR/SUPLENTE
Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS
Secretaria de Estado da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde
Conselho dos Sindicatos dos servidores Municipais do Paraná	Conselho dos Sindicatos dos servidores Municipais do Paraná
SINDSAÚDE	SINDSAÚDE
SINDPREVS	SINDPREVS
USUÁRIO/TITULAR	USUÁRIO/SUPLENTE
Movimento Popular de Saúde	FOPS – Fórum Popular de Saúde
Federação das Associações de Moradores do Paraná – FAMOPAR	UMPR - União por Moradias Populares
Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Paraná - FETAEP	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Paraná - FETAEP
Federação Estadual das APAEs	Federação das Entidades de Portadores de Deficiência Física do Paraná
Fórum Paranaense de ONG'S – AIDS	Associação dos Hemofílicos do Paraná
Central Única dos Trabalhadores	Central Única dos Trabalhadores
Força Sindical	Força Sindical
Federação das Associações da 3ª Idade- FATIPAR	Federação das associações da 3ª Idade- FATIPAR
ADOC-Associação de Defesa e Orientação ao Cidadão	ADOC-Associação de Defesa e Orientação ao Cidadão
Instituto Afro-Brasileiro do Paraná	Instituto Afro-Brasileiro do Paraná
Federação das Associações de Micro e Pequenas Empresas Agrícolas do Paraná	Federação das Associações de Micro e Pequenas Empresas da Agricultura do Paraná
Organização de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Paraná – OMTR	Fórum Popular de Mulheres
Sindicato dos Aposentados e Pensionistas do Paraná	Sindicato dos Aposentados e Pensionistas do Paraná

USUÁRIOS – TITULAR	USUÁRIOS - SUPLENTE
SINDPETRO	Federação Nacional de Urbanitários
Federação das Associações de Micro e Pequenas Empresas do Paraná	Federação das Associações de Micro e Pequenas Empresas do Paraná
ECOFORÇA	ECOFORÇA
Central de Movimentos Populares	Conselho Nacional de leigos
Pastoral da Criança	Pastoral da Criança

CONTROLE SOCIAL: A EFETIVIDADE DAS CONFERÊNCIAS E DOS CONSELHOS DE SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8080/90) estabelecem que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde – Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com vários princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, atendimento integral, igualdade da assistência à saúde, descentralização político-administrativa, participação da comunidade, entre outros.

A Lei nº 8142/90 definiu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS, através de instâncias colegiadas, como as Conferências e Conselhos de Saúde.

No Estado do Paraná, o indicativo para realização das Conferências Municipais e Estadual de Saúde é a cada dois anos, com a representação dos vários segmentos da sociedade, para avaliar a situação de saúde a nível municipal e estadual , bem como propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente, deliberativo e fiscal de ações de saúde praticadas no Estado e municípios. Deles participam os vários segmentos da sociedade, de forma paritária, representando quatro segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, administração pública e prestadores de serviços de saúde .

A participação da comunidade através do controle social constitui fator importante no processo de descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde – Sistema Único de Saúde - SUS. A Norma Operacional Básica – Norma Operacional Básica 01/91, introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao Sistema Único de Saúde – Sistema Único de Saúde - SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços e o funcionamento dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde.

As Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, bem como a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/01, reafirmaram a concepção de que gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo (secretarias de saúde) e pelo respectivo Conselho de Saúde, conforme legislação.

Essa forma de gestão do Sistema Único de Saúde vem se revelando no Brasil como um dos maiores avanços e experimentos de políticas públicas formuladas e executadas com a participação da sociedade. Isso não significa a inexistência de problemas, principalmente no que diz respeito à legitimidade e forma de funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Através dos Conselhos de Saúde, os quais são um canal institucional, a sociedade civil organizada pode agir no sentido das outras possibilidades de participação e fiscalização. O exercício do controle social, é decorrência da prática da democracia. É importante que os cidadãos continuem se organizando em associações, as mais diversas, e prossigam participando juntamente com o executivo, para o cumprimento efetivo de seu papel em favor do bem estar social. A relação governo-cidadão, só produzirá efeito efetivo na medida em que os cidadãos ampliem e consolidarem as suas organizações e passarem a exigir os seus direitos nas instâncias correspondentes.

A mobilização da comunidade é, na verdade, o mais poderoso instrumento do controle social, com evidente repercussão no processo de representação popular.

A participação da sociedade se dá através de suas entidades representativas nos conselhos e conferências de saúde, fóruns de debate em saúde, entre outras, e o papel dessas entidades que representam as comunidades é oferecer informações e conhecimento necessário para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde, e possa fazer reivindicações através de sua entidade.

No Paraná, a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, vem avançando. Os Conselhos Municipais de Saúde estão organizados em todos os municípios do Estado, além da atuação efetiva do Conselho Estadual de Saúde.

O Conselho Estadual de Saúde é composto por entidades de cunho estadual, que orientam suas entidades de base para atuarem junto aos Conselhos Municipais de Saúde, bem como a atuação da Secretaria de Estado da Saúde, que através de suas Regionais de Saúde, assessoram e orientam sobre a composição e funcionamento dos mesmos.

As atribuições dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde vêm se ampliando. O processo de Regionalização definido pela NOAS/01 contempla uma lógica que envolverá as Secretarias de Saúde e os Conselhos de Saúde no planejamento integrado das ações dos diversos municípios do Estado, compreendendo-se as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas de saúde não necessariamente restritos à abrangência municipal, de forma a garantir o acesso dos cidadãos à todas as ações e serviços necessários para a resolução dos problemas de saúde.

Para que um Conselho de Saúde funcione adequadamente, algumas condições são fundamentais, entre elas a representatividade (o conselheiro atuar como interlocutor de suas bases, levando ao conselho as suas demandas e retornando com as decisões ou outras informações de suas bases; o conselheiro não se distanciar da entidade ou movimento que o indicou; e que o conselheiro represente e defenda os interesses da sociedade, ou seja não se limite a defender interesses específicos da entidade ou movimento que representa, mas ao contrário, amplie o seu espaço de atuação defendendo os

interesses da população como um todo) e a legitimidade (é a condição que um conselheiro adquire quando verdadeiramente representa as idéias de um grupo ou de toda a sociedade).

Um Conselho ou conselheiro com **legitimidade** é aquele que tem apoio, consentimento e confiança da sociedade e do segmento que representa.

Para o bom funcionamento de um Conselho também é necessário garantir espaço físico, tanto para as reuniões (que devem ser mensais) quanto para o pessoal de apoio técnico e administrativo que encaminham as deliberações, realização de oficinas e cursos de capacitação permanente para conselheiros, incluindo elaboração de cartilhas informativas.

Sobre as competências e atribuições do Conselho de Saúde, é importante que não seja confundido com o trabalho da Secretaria de Saúde.

O Gestor é responsável pela execução da política de saúde, estadual ou municipal, enquanto que ao Conselho cabe, entre outras coisas propor os rumos dessa política, ou seja, fazer o acompanhamento das ações e fiscalizar a utilização dos recursos.

O Conselho é um espaço de diálogo e negociação, cujo o compromisso de gestores e conselheiros, é buscar soluções para os problemas de saúde da população.

É necessário também que haja **articulação**, ou seja a capacidade de aproximação, de estabelecer relações não só com outros Conselhos de Saúde (Estadual, Municipal e Nacional), mas também com outros Conselhos de outras áreas sociais, com outras instituições da área da saúde, outros movimentos afins, e o Ministério Público. Essas relações tendem a fortalecer os Conselhos.

No que se refere às Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, o quadro a seguir faz um balanço quantitativo e indicativo do avanço do debate da saúde no Estado do Paraná, que desde o ano de instalação do Conselho Estadual de Saúde, em 1995, através da Lei 10.913/94, realiza Conferências Estaduais de Saúde a cada dois anos, e mobiliza os municípios do estado para realizarem as Conferências Municipais de Saúde.

Quadro I – Conferências Estaduais e Municipais de Saúde realizadas no Estado do Paraná – 1991 – 1999

Ano	Evento	Nº de Conferências Municipais	Número de Delegados	Número de Participantes
1991	1ª Conferência Estadual de Saúde	176	-	1027
1995	Conferências Municipais de Saúde	277	-	-
1995	2ª Conferência Estadual de Saúde	-	760	1315
1997	Conferências Municipais de Saúde	310	-	-
1997	3ª Conferência Estadual de Saúde	-	671	787
1999	Conferências Municipais de Saúde	334	-	-
1999	4ª Conferência Estadual de Saúde	-	678	813

2001	5ª Conferência Estadual de Saúde	348	616	-
------	----------------------------------	-----	-----	---

Fonte: Conselho Estadual de Saúde-Conselho Estadual de Saúde/PR.

QUALIDADE DO ATENDIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Os serviços prestados ao usuário do Sistema Único de Saúde - SUS, tanto pelo setor público quanto pelo setor privado/conveniado, devem ser de boa qualidade e resolutivo.

Uma grande reclamação dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS é a falta de respeito e compreensão no atendimento. O Usuário deseja um atendimento humanizado dos servidores do sistema, pois já se encontra fragilizado, quer ser compreendido como um todo e não um cardíaco, um renal crônico, um hipertenso, ou um órgão de atendimento de um especialista.

Os serviços públicos têm que cumprir as normas sanitárias, que exigem qualidade, estrutura física adequada, equipamentos em bom estado, insumos adequados, boas condições de armazenamento, funcionário habilitado e capacitado continuamente.

Infelizmente alguns órgãos públicos se comportam dentro dos ditados populares: "casa de ferreiro, espeto de pau", e "faça o que eu digo e não faça o que eu faço", pois alguns têm vigilâncias sanitárias atuantes que de forma correta exigem o cumprimento das normas sanitárias dos estabelecimentos privados, enquanto os próprios serviços não conseguem ter as mínimas condições sanitárias para o funcionamento e atendimento ao público.

Qualidade no atendimento envolve não só um funcionário qualificado e continuamente treinado e bem remunerado, como cumprir com as normas sanitárias e dar um atendimento mais humanitário ao usuário, pois este colabora para a melhoria do sistema, principalmente porque muitos procuram do Sistema Único de Saúde - SUS uma atenção para os seus problemas pessoais.

O custo de um atendimento de má qualidade é muito alto, e, no final, somos todos nós que pagamos a conta pelo serviço que precisa ser refeito. Mas, quem paga pela vida, ou qualidade de vida que é reduzida ou perdida?

¿ A crônica falta de recursos não deve ser desculpa permanente pela falta de qualidade, pois muitos serviços de saúde públicos conseguem alto padrão de qualidade no atendimento com igual acesso a recursos públicos. A qualidade deve ser vontade política do gestor e individual de cada servidor.

O usuário necessita de informação. Necessita de Educação em Saúde: através de meios de comunicação de massa, especialmente em rádios locais.

Os usuários desconhecem ou têm medo de exercer seu direito de agente de controle social do Sistema Único de Saúde - SUS.

Existem Conselhos Municipais de Saúde criados por lei municipal que ainda não respeitam a paridade recomendada pela resolução 33/92 do **Conselho Nacional de Saúde**, sendo o principal problema no seguimento dos trabalhadores.

A grande maioria das agendas são pontuadas principalmente pelos gestores.

Falta estrutura para o financiamento dos conselhos.

Falta capacitação para os conselheiros.

Necessidade de repassar informações sobre saúde à população.

Conselheiros Municipais de Saúde não capacitados.
Falta de paridade nos Conselhos Municipais de Saúde.
Estender a participação das comunidades nos Conselho Municipal de Saúde através de comissões afins.
Falta estrutura física e equipamentos para funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde.
Desinformação à população sobre a importância do conselho e a participação dos conselheiros.
Dificuldade de liberação de pontos de usuários e colaboradores e trabalhadores para os mesmo conselhos.
Não há interesse pelos gestores de trabalhadores de vigilância sanitária. Eles muitas vezes estão desenvolvendo mais de uma função e não tem política de cargo, carreira e salário.
Falta de conhecimento dos conselheiros sobre a NOAS.
Falta de implementação das propostas da 4ª Conferência Estadual de Saúde.
Os trabalhadores de saúde exercem uma grande importância para a boa qualidade da gestão e atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS de forma mais humanizada. A qualificação, constante atualização e o respeito às atividades que exigem diferenciação de tratamento dos trabalhadores são questões que devem ter permanente discussão entre os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste sentido é de grande importância o contínuo aprimoramento dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde - SUS, bem como dos conselheiros de saúde, que representam todos os segmentos.
Todavia há grandes dificuldades de acesso a cursos de formação e programas de reciclagens, principalmente no interior do estado. No interior faltam profissionais qualificados e habilitados em várias áreas de nível médio, como auxiliares e técnicos de laboratório, de enfermagem, odontologia, estatísticos, técnicos de vigilância sanitária, entre muitos outros.
Isto não é diferente para as funções de nível superior, onde faltam sanitaristas, epidemiologistas, especialistas em saúde pública, vigilância sanitária, profissionais multiplicadores com mestrado ou doutorado, etc.
Hoje há novas formas de reciclagem e ensino que necessitam ser implantadas para se garantir a formação e reciclagem profissional, como cursos à distância com parcelas de aulas presenciais, telecursos, e descentralização de cursos técnicos existentes apenas nos grandes centros.
Da mesma forma, os servidores devem estar estabelecidos em quadros funcionais com Planos de Cargo, Carreira e Salário, que definam e incentivem a qualificação profissional, a promoção da dedicação exclusiva ao Sistema Único de Saúde - SUS, principalmente para os que exercem funções de fiscalização do sistema.
Tanto Estado como Municípios necessitam aperfeiçoar o quadro funcional para promover a melhoria do Sistema, e melhor atendimento aos usuários.
Há uma clara indicação de que a existência de mecanismos de Controle Social, antes de constituir-se em concessão do poder público, é uma necessidade imprescindível para a sociedade. É inadmissível que governos estabeleçam limites ou façam escolhas sem a participação da sociedade. A concepção de

participação, que deve nortear essa relação, é que os setores organizados da população interajam ativamente, que tenham conhecimento sobre o que está em pauta, que questione, que interprete e analise as informações. Problematizar, argumentar e formar opinião. Participação, aqui, tem o sentido de resistir à exclusão social. O que significa integrar formas de ação coletiva voltadas para o resgate da cidadania, a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços. No Sistema Único de Saúde - SUS, a participação da sociedade organizada se dá pelo Controle Social, exercido formalmente pelos Conselhos de Saúde. O Controle Social tem de ser entendido como controle de todos os segmentos sobre o Estado. Esse controle visa beneficiar o conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivada a democracia participativa no Sistema Único de Saúde - SUS e o próprio Sistema. A estratégia de ação do Controle Social nos Conselhos de Saúde passa por um momento de reafirmação de suas funções. Depois de uma década, é hora de exigir respeito e compromisso por parte dos gestores, com a gestão democrática e instâncias de Controle Social do Sistema Único de Saúde - SUS. Foi-se o tempo em que o gestor vinha com a proposta pronta. Agora, os Conselhos de Saúde devem assumir nova postura e, com base nas suas atividades, em especial das Comissões Temáticas Permanentes, de acordo com a Lei 8080/90. Desta forma, os **Conselhos de Saúde** deixarão de ser mero homologador de idéias e ações dos gestores. Idéias concebidas independente do que se delibera nas Conferências. Passará a exercer efetivamente o seu papel, pois construiu propostas e poderá acompanhar e avaliar com base na realidade local. A politização da saúde, conquistada nos anos de crescimento do movimento sanitário, em que as condições de vida e trabalho passaram a ser vistas como condições básicas de saúde, se diluiu no tempo. Houve, no decorrer do processo, um movimento de **?** despolitização de setores contrários ao Sistema Único de Saúde - SUS, que deixaram os conselhos de saúde a reboque de governos. Os Conselhos de Saúde perderam a identidade própria e foram descaracterizados em suas funções. No entanto, o amadurecimento de novos sujeitos políticos na arena da saúde, por meio da participação e do Controle Social, foram capazes de forjar muitos conselhos atuantes com uma postura mais ativa de apropriação e uso adequado das informações, voltados para a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos da cidadania, em defesa da vida e da saúde, pautado pelos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, como o acesso universal e eqüitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde. A simples constatação do funcionamento dos conselhos ganha expressividade quando se imagina que isso representa a participação sistemática de milhares de pessoas no debate e na busca de soluções para os problemas de saúde. De acordo com informações do Conselho Nacional de Saúde, de julho de 2000, existem 5.407 conselhos de saúde no Brasil, 798 conselheiros estaduais e 86.414 conselheiros municipais. Esses números configuram uma situação inédita no setor saúde e nas políticas públicas. A crença de que todos estes mais de 5 mil conselhos possam estar funcionando dentro da lei e exercendo o que é garantido é, no mínimo, ainda ingênua. As dificuldades para o exercício das

prerrogativas de cidadania dos conselheiros colidem com a cultura institucional tradicional autoritária, que ainda permeia o espaço público. Os conselhos de saúde, na sua maioria, são desprestigiados e, muitas vezes, privados do exercício pleno de *seus* poderes legais. O poder legal não tem sido o bastante para promover o poder real. Verifica-se, hoje, que as competências legais são parcialmente exercidas e não correspondem a um poder de ação. Parece claro que nem a prerrogativa legal nem o caráter deliberativo têm sido suficientes para dar efetividade aos *conselhos*. A participação dos conselhos na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS ainda sofre impedimentos diversos. Em recente proposta do Conselho Estadual de Saúde, de um projeto piloto de avaliação dos *Conselhos de Saúde*, os resultados parciais apontam *os* entraves que ainda persistem, impedindo o pleno exercício do controle social. Vamos elencar alguns.

Composição - Muitos conselhos de saúde, criados por lei municipal, ainda não respeitam a paridade recomendada pela Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde. O principal problema está no segmento dos trabalhadores *de saúde*. Nas pequenas e médias cidades, os trabalhadores *de saúde* não estão nos conselhos de saúde. Talvez a política de administração e gerenciamento ainda seja o maior entrave para alcançar a participação dos trabalhadores *de saúde*. A prática do assédio moral, por meio de perseguição, de intimidação dos que são considerados contrários à ordem política vigente, é o que vem barrando a participação dos trabalhadores *de saúde*. Isto aliena os trabalhadores *de saúde*, alicerces do sistema, do processo de discussão, deliberação e construção do Sistema Único de Saúde - SUS.

Autonomia - A necessária autonomia dos conselhos é condição básica para o desempenho de suas funções e passa, também, pela sua consolidação como órgão constitutivo do poder Executivo. No entanto, verifica-se que a agenda dos conselhos tem se limitado a discussões de programas oficiais e de matérias de interesse dos gestores ou que precisa obrigatoriamente da aprovação do conselho de saúde para se credenciar ao recebimento de recursos financeiros. A maioria dos conselhos de saúde avaliados discutiu *Programa de Saúde da Família, Programa de Agente Comunitário de Saúde, Saúde Bucal, Pactuação de Atendimento de Internação Hospitalar*, etc. Ou seja, uma agenda estritamente pautada pelo gestor. Exemplo disso, é o constante desrespeito do gestor estadual frente às modificações implementadas no sistema e desconhecidas dos(as) conselheiros(as).

Estrutura - A precariedade material em que os conselhos funcionam revela a imaturidade com que o Estado encara esse novo tipo de órgão público. A questão do suporte para o funcionamento dos conselhos não é compreendida e assumida com a importância estratégica que merece.

Formação - Não há preocupação com a formação. Os conselhos de saúde, com raras exceções, não organizaram um evento sequer de formação ou debate de políticas públicas em saúde. Há uma clara omissão dos gestores na questão de formação e qualificação de conselheiros. Essa é uma política deliberada. A socialização do conhecimento não vai de encontro com o interesse de uma grande parcela da administração pública.

PROPOSTAS:

- 1- Fortalecer os instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde (Plano Municipal/Estadual de Saúde, Plano de Regionalização, Quadro de Metas, Relatório de Gestão, etc), de forma a permitir uma maior eficiência e eficácia das ações dos Conselhos de Saúde, através da capacitação dos conselheiros.
- 2- Que o Conselho Municipal de Saúde torne pública suas atividades, publicando através de boletins e jornais a sua atuação, inclusive o movimento financeiro do Fundo Municipal de Saúde .
- 3- Valorizar os Planos Municipais de Saúde como instrumentos de planejamento das ações e controle social.
- 4- Valorizar os Planos Municipais de Saúde aprovados pelo Conselho e com a participação dos mesmos como instrumento de planejamento das ações e controle social juntamente com o desenvolvimento de subsídios (informativos ou cartilhas).
- 5- Reforçar a importância dos Conselhos de Saúde, realizando reuniões anuais visando a discussão da proposta orçamentária do município antes de 30 de setembro de cada ano e do Relatório de Gestão até o mês de março. ?
- 6- Organizar a criação de Comissões Regionais de Saúde, com caráter deliberativo integradas por representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, visando a discussão e o acompanhamento do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde, conforme NOAS/01. ?
- 7- Reformulação da resolução que cria os Conselhos Regionais de Saúde de acordo com a legislação, visando a discussão e o acompanhamento do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde, conforme NOAS/01. ?
- 8- Ampliar e facilitar o acesso da comunidade aos sistemas de informação sobre indicadores, ações e serviços de saúde, de forma a favorecer o controle social.
- 9- Ampliar e facilitar o acesso da comunidade aos sistemas de informação sobre indicadores, através de comunicação adequada a cada realidade local.
- 10- Realizar oficinas e cursos de capacitação para conselheiros permanentemente, e no início de cada instalação da gestão do novo conselho incluindo cursos e seminários específicos nas áreas de orçamento (Lei de Responsabilidade Fiscal, PFE, Lei de Diretrizes Orçamentárias, LIA).
- 11- Realizar oficinas e cursos de capacitação para conselheiros (usuários, trabalhadores, prestadores e gestores) permanentemente e de forma descentralizada.

- 12- Que os gestores estadual e municipais na esfera dos poderes legislativo e executivo, não interfiram nas ações dos conselhos municipais e estadual de saúde, e que suas deliberações sejam acatadas.
- 13- Com o objetivo de socializar as informações, as teses guias das próximas conferências devem ser encaminhadas com a antecedência de 15 dias às entidades e delegados inscritos na Conferência.
- 14- Que os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde apresentem na próxima Conferência Estadual relatório das **deliberações** que não foram implementadas e a justificativa do porquê não foram.
- 15- Que a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná realize a primeira Conferência Estadual de Vigilância **S**anitária no primeiro semestre de 2002.
- 16- Que o Conselho Estadual de Saúde garanta a realização de oficinas e cursos para a capacitação de Conselheiros Estaduais, Municipais e locais a cada semestre.
- 17- Criação de mecanismos de prestação de contas das ações e atividades dos conselhos de saúde à população para fortalecer a sua representatividade.
- 18- Elaboração, aprovação e implementação pelo Conselho Estadual de Saúde, no prazo de 6 meses, de uma política de formação e capacitação de conselheiros e trabalhadores de saúde, inclusive com a troca de experiências contemplando um plano de formação e programa de educação permanente integrado às atividades desenvolvidas pelos próprios Conselhos de Saúde, **com** material pedagógico, didático e recursos orçamentários para este fim.
- 19- Implantação ou implementação dos conselhos locais em todas as unidades e serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicas ou conveniadas, consórcios **i**ntermunicipais com composição paritária, além das comissões regionais ou composto com representação dos Conselhos **S** Municipais de Saúde.
- 20- Implantação do orçamento participativo, bem como nas demais localidades deliberadas pelo Conselho Municipal de Saúde.
- 21- Padronizar os critérios para elaboração dos regimentos internos incluindo:
 - a)** obrigatoriedade de agenda mínima anual, contemplando a aprovação do plano municipal e/ou estadual de saúde - orçamento da saúde - política de recursos humanos - prestação de contas do município e/ou Estado referentes à saúde - aprovação de contratos/convênios pelo gestor municipal - acompanhamento dos relatórios de gestão - avaliação, encaminhamento e acompanhamento de denúncias encaminhadas ao CS.
 - b)** a possibilidade de parcerias com entidades não governamentais para garantir e assegurar capacitação de conselheiros e as atividades de assessoria e fiscalização conjunta de gerência e regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.
 - c)** obrigatoriedade de definir instrumento **??** regulamentar das deliberações do conselho.
 - d)** definição de prazos para o Executivo homologar, publicar e executar as deliberações dos conselhos de saúde.
 - e)** Garantia de dispensa de ponto para todo trabalhador com representação nos conselhos de saúde representante de entidades durante as reuniões.
 - f)** Criação da mesa diretora do CS com representação

paritária e eleição democrática entre seus membros, inclusive da sua Presidência. **g)** Formação de comissões temáticas permanentes, com suporte técnico, como forma de ampliar e fortalecer a participação popular, usando dados epidemiológicos, promovendo debates, construindo propostas e discutindo essas idéias com a sociedade organizada, além de submeter à aprovação dos CS e exigir sua inclusão no Plano Anual de Saúde, vinculado ao financiamento de acordo com a Lei Orçamentária Anual (LOA) do executivo **h)** Implementação dos conselhos locais em unidades e serviço de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicas ou conveniadas.

- 22- Proibição da representação de conselheiros, usuários ou trabalhadores **de saúde**, que ocupem cargo de livre provimento, função gratificada ou confiança.
- 23- Efetivação de mecanismos e instrumentos de avaliação permanente dos conselhos municipais de saúde pelo Conselho Estadual de Saúde/PR. Esta avaliação deve contemplar a caracterização em termos de estrutura, funcionamento, composição, periodicidade, identificação de situações que configurem desrespeito e arbitrariedade à legislação do Sistema Único de Saúde - SUS. Deverão ser consideradas as deliberações e diretrizes das Conferências de Saúde e dos conselhos de saúde, **a** prática democrática e os direitos da cidadania.
- 24- Ampliar e facilitar o acesso da comunidade aos sistemas de informação sobre os indicadores, ações e serviços de saúde, inclusive aos portadores de necessidades especiais, de forma a favorecer o controle social.
- 25- Aprovação e recomendação pelo Conselho Estadual de Saúde de parcerias entre o gestor estadual e gestores municipais que assegurem recursos orçamentários para a estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Cada conselho deverá ter, no mínimo, uma sede própria acessível, com espaço físico adequado para atendimento ao usuário **e** ao público, com equipamentos, tais como telefone, fax e um computador ligado à Internet, além de lotação adequada de pessoal e dotação orçamentária específica nos **Fundo Municipal de Saúde**. Este orçamento deve garantir a participação de delegações de conselheiros nas Conferências **Estaduais e Nacionais** de Saúde e em cursos, encontros de formação, capacitação, além da manutenção das atividades regulares do Conselho Municipal de Saúde
- 26- Apreciação obrigatória pelo Conselho de Saúde das indicações e exonerações para as funções de direção nas unidades de saúde, dando exclusividade aos profissionais de carreira. **??**
- 27- Garantir a ampla participação nas Comissões dos Conselhos Municipais e do Conselho Estadual de Saúde de todas as entidades interessadas na formulação, execução e avaliação das políticas de saúde, participação esta qualificada com o direito a voz e voto. As deliberações das Comissões deverão ser remetidas aos respectivos Conselhos de Saúde para deliberação e aprovação.
- 28- Criar Centrais para atendimento aos Usuários, vinculadas aos Conselhos Municipais, com a atribuição de receber denúncias. encaminha-las às

instâncias competentes. produzir e divulgar Relatórios periódicos que sirvam como instrumento de planejamento. ??

- 29- Criar Ouvidorias eleitas pelo Conselho para atendimento aos Usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, vinculados aos Conselhos. ??
- 30- O Conselho Estadual de Saúde-PR deverá realizar no primeiro semestre de 2002, Seminário Estadual em Defesa da Seguridade Social, debatendo as danosas conseqüências da proposta de privatização do Seguro Acidente no Trabalho (SAT) no Brasil e seminário estadual sobre gestão e implantação de conselhos gestores em serviço de saúde .
- 31- O Conselho Estadual de Saúde-PR deverá realizar no primeiro semestre de 2002, Seminário Estadual sobre Gestão da Saúde e Controle Social.
- 32- Que os **s** conselhos **s** municipais **is** de saúde incentivem **m** a criação dos conselhos locais de saúde e que dê visibilidade e cobrem **m** a atuação dos mesmos. Que o horário das reuniões seja negociado entre os segmentos.
- 33- Criar obrigatoriamente em todos os conselhos municipais de saúde, comissão de saúde do trabalhador, com apoio das regionais de saúde.
- 34- Que o Paraná sedie e realize a plenária regional de conselhos de saúde da região sul, no ano de 2002 (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). ??
- 35- Que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná - PR, realize até fevereiro de 2003 a Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador.
- 36- Garantir à população treinamento em conjunto com ONG's sobre controle/Sistema Único de Saúde - SUS para o *empoderamento?* do indivíduo como agente de transformação em sua comunidade, fortalecendo assim a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.
- 37- Apresentação de relatório trimestral do Conselho Municipal de Saúde ao Conselho Estadual de Saúde sobre as atividades desenvolvidas e que o Conselho Estadual de Saúde faça avaliação também trimestral, e lhes dê subsídios e orientações de financiamento e encaminhamentos.
- 38- Que qualquer documento ou relatório contábil e/ou financeiro do **Fundo Municipal de Saúde** seja redigido de forma clara e inteligível **a** todos conselheiros a fim que haja compreensão e entendimento.
- 39- Recomendar ao Conselho Nacional de Saúde para legalizar os Conselhos Regionais de Saúde dos respectivos Estados.
- 40- Realizar treinamento em todo Estado pela Escola de Saúde Pública para atendimento às pessoas com necessidades especiais, inclusive aos lesados medulares: prevenção de escaras, utilização de órteses e próteses, higiene, coletores urinários, deambulação e outros.
- 41- Capacitação dos conselheiros em financiamento por meio de oficinas, cursos, cartilhas do conselheiro que contemple planejamento local, oficina de estimativa rápida e financiamento.
- 42- Eleição direta para a presidência dos conselhos municipais e estadual de saúde.
- 43- Garantia de transporte, hospedagem e alimentação dos Conselheiros usuários para participação de reuniões do conselho, cursos e oficinas e conferências de saúde.
- 44- Implantação de conselhos locais e formação dos mesmos.

- 45- Garantir reuniões mensais dos conselhos municipais e estadual de saúde.
- 46- Divulgar que as reuniões do Conselho Municipal e Estadual são abertas à população e ainda a importância de sua participação.
- 47- Que se faça valer a lei da paridade nos Conselhos de acordo com a Resolução Nº 33/CNS.
- 48- Divulgar os trabalhos dos Conselhos utilizando os meios de comunicação dos municípios.
- 49- Garantir a dispensa do ponto para todo trabalhador nas reuniões do conselho.
- 50- Que a entidade eleita para o conselho assuma um compromisso com o segmento que irá represent~~ar~~**ar**.
- 51- Que as deliberações das conferências sejam cumpridas.
- 52- Que deva ser disponibilizado nas regionais de saúde um servidor para apoiar e acompanhar os trabalhos dos Conselhos Municipais de Saúde.
- 53- Que seja feito o acompanhamento efetivo por parte do Conselho Municipal de Saúde do gasto do recurso regional principalmente em relação a órteses e próteses.
- 54- Propor realização de conferência municipal de saúde anual para avaliação, apresentação de relatório de gestão e outros itens afins.
- 55- Emissão periódica de materiais educativos em saúde para a população, informando a disponibilidade dos serviços, forma adequada da utilização dos diversos níveis de assistência (primária, secundária e terciária), através de cartilha explicativa, vídeo, cartaz e outros.
- 56- Aplicação na íntegra da lei 11.139 **(Estadual)** de 09/11/95, relativa à humanização do atendimento psiquiátrico e a mudança do modelo assistencial, privilegiando o atendimento extra-hospitalar.
- 57- Exigir o cumprimento da Lei 9656/98 **(Estadual)**, inclusive no que refere-se ao ressarcimento de valores gastos pelo Sistema Único de Saúde - SUS com usuários de plano de assistência médica e medicina de grupo ou assemelhados.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

SITUAÇÃO ATUAL

A história do financiamento das políticas de saúde no País não é muito simples. A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde - SUS e uma fonte muito expressiva de recursos para financiá-lo: determinou a destinação obrigatória de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, excluídos os recursos para o seguro-desemprego.

No entanto, já em 1993, diante do expressivo aumento dos benefícios previdenciários, os recursos arrecadados pelo INSS - integrante do OSS - deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde, sendo exclusivamente destinados à cobertura dos gastos com a previdência. Os tributos vinculados ao financiamento da saúde, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento Social (COFINS), além de terem seus recursos disputados por outras áreas do Governo, sofreram as vicissitudes de questionamentos jurídicos e do quadro de recessão/estagnação da economia brasileira, principalmente até meados da década.

A gravidade dos problemas de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS levou o Governo Federal a criar em 1994, o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), previsto para vigorar por dois anos.

Em 1994 e 1995, dadas as restrições de suas fontes de financiamento, o Ministério da Saúde contou com recursos de empréstimos junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). Em 1996, o IPMF imposto foi recriado e rebatizado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que vigorou até 1998, mas que também foi prorrogada, com um aumento expressivo de sua taxa (de 0,20% para 0,38%), sendo que destes permanecem o percentual de 0,2% destinado à saúde, isto é ao Fundo Nacional de Saúde. O restante: 0,1% será destinado ao custeio da Previdência Social e 0,08% para o Fundo de Combate à Pobreza. Esta emenda deveria

vigorar até 17 de junho de 2002, mas votada no Congresso, em Comissão Especial, deverá ser cobrada até o final de 2003.

Apesar de ter sido criada como uma fonte de recursos adicionais para a saúde, a CPMF não proporcionou o incremento esperado de recursos, em decorrência da redução da participação de outras fontes que tradicionalmente financiavam o setor. Além disso, apesar da expansão do sistema de saúde complementar (ou sistema privado de atenção à saúde), os procedimentos de alto custo, mesmo da clientela segurada, continuaram a ser bancados, sem ressarcimentos, pelo sistema público.

Esse movimento instável das fontes de financiamento da saúde na década de 90 foi acompanhado de uma elevação da participação relativa dos estados/municípios, ora compensando reduções de recursos do governo federal, ora disponibilizando mais recursos para a sua cobertura em relação às transferências recebidas, reforçando o processo de descentralização das políticas públicas. Esse processo foi também acompanhado pelo desenvolvimento de uma nova estrutura de gestão pública de saúde no País, impulsionada e regulamentada através das Normas Operacionais Básicas (1991, 1993 e 1996) e da **Norma Operacional de Assistência**/2001. A Norma Operacional Básica/96 constituiu um marco importante na definição de regras de transferências de recursos do Governo Federal para estados e municípios (**Programa de Atenção Básica** e incentivos ao **Programa de Saúde da Família** e **Programa de Agente Comunitário de Saúde**, dentre outros).

Na década de 90, apesar de na prática estados e municípios participarem do financiamento do Sistema Único de Saúde, vigorou uma relativa ausência de critérios e parâmetros para definir a participação dos governos subnacionais, fazendo com que todas as pressões para aumento dos recursos setoriais recaíssem exclusivamente sobre a União.

Nesse contexto, visando propiciar uma maior estabilidade ao financiamento setorial, o Congresso Nacional promulgou, no ano de 2000, a Emenda Constitucional 29. Essa Emenda determinou a vinculação de recursos da União, dos estados e municípios à área da saúde. Até o ano de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

A)no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, **cinco por cento**. b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

B)no caso dos Estados e do Distrito Federal, **doze por cento** da receita decorrente do Conselho Municipal de Saúde **ICMS**, do Imposto de Transmissão de *Causa Mortis* e Doação, do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores– IPVA, do Imposto de Renda recolhido na fonte pelo próprio Estado, de 21,5% do Fundo de Participação dos Estados e 10% da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) a título de desoneração das exportações, *deduzidas* as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. e

C)no caso dos Municípios, **quinze por cento** da arrecadação decorrente do Imposto Predial e Territorial Urbano, do Imposto de Transmissão *Inter Vivos*,

do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza, Imposto de Renda recolhido na fonte pelo próprio Município, de 50% da arrecadação da União com o Imposto Territorial Rural, de 50% da arrecadação do IPVA no município, 25% da arrecadação do Conselho Municipal de Saúde **ICMS**, 22,5% do Fundo de Participação dos Municípios e 25% do IPI repassado ao Estados a título de desoneração das exportações, que correspondem a 14% da renda líquida, Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que em 2000 estavam aplicando percentuais inferiores aos fixados deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano.

Dessa forma, depois de uma tumultuada história do financiamento da saúde no Brasil, na década de 90, a Emenda 29 passa a representar uma espécie de "seguro" contra a instabilidade excessiva, além de comprometer efetivamente as três esferas de governo no financiamento da saúde. Pode-se dizer que esse "seguro" está sendo feito mais à custa de um maior comprometimento e rigidez de despesas dos Estados e Municípios com a saúde do que no caso da União.

Ainda em 2001, o Ministério da Saúde publicou um estudo sobre as "Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para Saúde", conforme o determinado pela Emenda 29.

No Paraná, segundo esse estudo, em 1995, o valor *per capita* das despesas realizadas pelo Governo Estadual com receitas próprias era de R\$12,33 e a proporção da receita própria aplicada em saúde foi de 6,94%. Já em 1998, esses valores aumentaram para R\$18,40 e 8,54%, respectivamente. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Sistema de Informações em Orçamentos Públicos), entre 1995 e 1999, o Governo Estadual aplicou 7,98% de suas receitas próprias em saúde, o que correspondeu a um gasto médio *per capita* de R\$ 16,26.

O Estado do Paraná se encontra entre aqueles que terão que fazer ajustes de forma a alcançar em 2004 os percentuais previstos pela Emenda 29. O orçamento de 2001 já previu despesas com saúde, financiadas com recursos próprios, em montante equivalente a 8,73% da receita vinculada, entretanto, segundo o exposto pelo Secretário de Saúde, o que efetivamente se aplicou em saúde no ano de 2001, foi um percentual em torno de 5,5%.

Em 2002, a proposta orçamentária prevê a elevação desse percentual para 9,89%.

Conforme estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde, até 2004, o Governo Estadual, de forma a se adequar ao determinado pela Emenda 29, terá que aumentar os seus gastos em cerca de 41% a mais do que efetivamente foi a despesa estadual em saúde, com recursos próprios, em 1998.

Maiores recursos para o financiamento da saúde são de fundamental importância. No entanto, é crucial que sejam empregados com maior eficiência e equidade. Nesse sentido, a NOAS/2001 vem constituir um referencial oportuno e necessário de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os recursos atualmente disponíveis para o sistema são limitados por um teto financeiro estadual e municipal, muito abaixo das atuais necessidades de ampliação dos serviços solicitados pelos usuários do sistema.

Entretanto, observamos ainda a má utilização destes recursos, prejudicando aos próprios usuários do sistema, pela limitação de consultas, apoio diagnóstico, exames laboratoriais, distribuição de medicamentos, etc., impedindo que um maior número de pessoas possam ser atendidas.

Para o bom gerenciamento do sistema torna-se necessário a implantação de formas de controle e boa gestão que possibilite a utilização racional do sistema.

A racionalização da aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde - SUS não elimina a necessidade de ampliarmos os recursos necessários ao Sistema, mas possibilitará um melhor uso, e conseqüentemente melhor atendimento aos Usuários do Sistema.

Ao longo da década de 90, a questão do financiamento tem sido um dos temas mais debatidos para a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS. A crise do financiamento tem como causas a irregularidade e a insuficiência dos fluxos financeiros e os critérios de repasse, que não contemplam a equidade como princípio orientador.

O modelo contra hegemônico ao Sistema Único de Saúde - SUS refletiu-se, durante esses 11 anos, na dificuldade de obter um volume financeiro suficiente e estável para o financiamento das políticas de saúde pública.

Esse cenário revela a contradição entre o modelo econômico brasileiro, e a proposta de construção do Sistema Único de Saúde - SUS. Esta ambigüidade provoca um constante atrito entre a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado e a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A conquista da aprovação da Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000, apesar de não representar a forma ideal desejada pelo setor, criou um cenário mais favorável quanto ao volume de recursos financeiros destinados à saúde. Ao mesmo tempo, impõe desafios para o controle social na definição e fiscalização do melhor e mais adequado destino para o montante recebido.

Os problemas que apontamos na EC n.º 29/00 estão relacionados ao fato de a Emenda não vir acompanhada de uma regulamentação imediata. Isto garantiria um significativo aumento dos recursos financeiros na área de saúde. Outro fator importante é a falta de definição sobre o que será considerado como gastos em ações e serviços de saúde. A aprovação da EC n.º 29 abre, também, uma etapa de luta dos conselheiros de saúde que atuam nos municípios e estados, para que, de fato, se cumpra o comprometimento de recursos previstos na área de saúde. É fundamental garantir formas efetivas para que os recursos adicionais ajudem a constituir a garantia do acesso, da qualidade e o aumento da equidade.

Vale ainda ressaltar que a aplicação da Emenda Constitucional nº 29 deve ser entendida como uma referência de recursos mínimos para o setor, o que não impede de pensarmos na ampliação dos recursos além dos previstos na referida emenda, a fim de dar conta de todos os princípios e diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste sentido, é preciso

organizar de imediato uma ampla mobilização social para defender a formulação de um projeto de lei que contemple, a partir de 2004, a conformação de um novo patamar de financiamento para a saúde.

Conhecemos os dados da Comissão de Orçamento do Conselho Estadual de Saúde e do relatório do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos. Esses dados apontam que o Estado tem aplicado muito pouco em saúde. Segundo parecer desta Comissão, datado de 29 de agosto de 2001, faz a seguinte afirmação:

“No que se refere a fonte "Tesouro do Estado":

a) Quanto as Despesas Correntes (pessoal e encargos sociais), a execução orçamentária foi de 45% nos primeiros 6 meses, o que estaria dentro do previsto para o período.

b) Quanto a Outras Despesas Correntes (custeio, pagamento de terceiros), até o momento foi executado apenas 21% do previsto inicialmente no orçamento.

c) Quanto a Despesas de Capital (investimentos), a Secretaria de Saúde dificilmente executará o orçamento do ano, pois até o momento apenas 2,1% do orçamento inicialmente previsto foi executado, necessitaria de um esforço enorme para gastar 98% do que ainda resta no orçamento.

Diante do exposto, a Comissão é de parecer de que deverá haver, no segundo semestre, um aceleração da execução orçamentária sob o risco de não se cumprir a Emenda Constitucional –29”. Este parecer demonstra o descaso do Estado com o setor. O relatório do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos afirma que o Paraná investiu no setor de saúde, no ano de 2000, 2,9% da receita

vinculada. Isso mostra a nossa preocupação com a falta de prioridade para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde - SUS em nosso Estado

Podemos afirmar que o Estado do Paraná não tem investido recursos novos para a ampliação das redes básicas nos municípios. Com isso, estrangula ainda mais os procedimentos de média e alta complexidade.

No Estado do Paraná, o que têm sido implantado são projetos e programas verticais, prevendo a focalização de clientela e fornecimento de cardápio fixo de procedimentos básicos, utilizados para equalizar os gastos, em detrimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

COMPLEMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL

- Não está sendo cumprida a Emenda Constitucional nº 29.
- Falta planejamento para aplicação e distribuição orçamentária da Emenda Constitucional nº 29.
- Estado não tem investido na atenção básica.
- A falta de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 com a respectiva definição sobre quais são as verbas que podem ser gastas com serviços de saúde.
- Os Hospitais Universitários atualmente estão suprimindo a deficiência de estrutura e de pessoas qualificadas nos níveis primário e secundário, com estrangulamento do sistema quando necessita de especialidade.
- A partir da implantação da CPMF os recursos foram deslocados de forma indevidas.

- Diante da situação sócio-econômica existe um excessivo consumo de antidepressivos de forma indiscriminada.
- CPMF não exclusiva para a saúde.
- Transferência de encargos para municípios sem transferência de recursos.
- Desconhecimento por parte do usuário dos mecanismos de financiamento.
- Racionalização na gestão de recursos.
- Disparidade, informações entre o Sistema de Informações em Orçamentos Públicos, Tribunal de Contas, SMS, Secretaria de Estado da Saúde.
- Publicação pouco ampla e pouco transparente das prestações de contas da União, Estado e Municípios.
- Há uma grande necessidade de recursos financeiros por parte dos municípios para o financiamento da atenção básica, de média complexidade, SADT, medicamentos e assistência hospitalar.

PROPOSTAS

- 1- Cumprir a Emenda Constitucional nº 29, elevando até 2004 o percentual de recursos para o mínimo de 12% e 15% das receitas próprias vinculadas do Estado e dos Municípios, respectivamente, respeitando o crescimento de 1/5 anual conforme prevê a lei.
- 2- Que o Estado do Paraná, municípios e a União cumpram imediatamente a Emenda Constitucional nº 29 e que reponham os percentuais não cumpridos no ano de 2000 e 2001.
- 3- Gestionar, junto ao Poder Legislativo com vistas a uma Reforma Tributária que estabeleça aos Estados e Municípios responsabilidades de prestação de serviços compatíveis com as receitas de sua competência, de forma a permitir o ajuste de seu orçamento à Emenda Constitucional nº 29.
- 4- Gestionar junto ao Poder Legislativo com vistas a uma Reforma Tributária que estabeleça aos Estados e Municípios recursos suficientes para permitir o ajuste de seu orçamento à Emenda Constitucional 29.
- 5- Que o **Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde** em caráter de urgência, tomem medidas administrativas e legais necessárias para regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, quanto ao conceito de ações e serviços públicos de saúde, para aplicação dos recursos da União, estados e municípios, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo outros critérios para incluir ou excluir serviços.
- 6- **? Regulamentar** o conceito de ações e serviços públicos de saúde para efeito da vinculação de recursos dos Estados e Municípios prevista pela Emenda Constitucional nº 29. com a fiscalização dos Conselhos de Saúde
- 7- **? Regulamentar** em caráter de urgência o conceito de ações e serviços públicos de saúde para efeito da vinculação de recursos dos Estados e Municípios, prevista pela Emenda 29. especificando quais ações e serviços que não podem ser contemplados ,
- 8- **? Redação** Regulamentar o conceito de ações e serviços públicos de saúde seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS para efeito

da vinculação de recursos da União, dos Estados e municípios prevista pela Emenda Constitucional nº 29

- 9- Promover uma maior equidade baseada em critérios epidemiológicos, sociais, desenvolvimento humano, organização e estrutura dos serviços na utilização dos recursos disponíveis para a área da saúde de forma a cumprir com as funções distributivas inerentes as ações do setor público ,
- 10- **? Propiciar** e regulamentar a utilização e expansão da rede, especialmente dos serviços mais complexos, visando a integralidade e equidade da oferta e acesso aos serviços e condições de saúde pela população.
- 11- **? Adequar** a expansão da rede, especialmente dos serviços mais complexos, visando a integralidade e equidade da oferta e acesso aos serviços e condições de saúde pela população.
- 12- **? Redação** Regular a expansão da rede, especialmente dos serviços mais complexos, visando a integralidade e equidade da oferta e acesso aos serviços e condições de saúde pela população, garantindo que esta expansão seja apreciada nos conselhos correspondentes
- 13- Promover ações intersetoriais de políticas de distribuição de renda que possam favorecer a promoção da saúde da população.
- 14- Viabilizar recursos financeiros nas três esferas de governo para a informatização dos serviços com cadastramento dos usuários, permitindo manter informações de saúde dos pacientes (consultas, resultados de exames, medicamentos fornecidos, etc.), evitando pedidos duplicados de exames, controle no fornecimento de medicamentos, e um atendimento mais rápido e integral ao usuário.
- 15- Capacitar os membros das Comissões de Finanças dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde para o acompanhamento, elaboração dos orçamentos e fiscalização efetiva da execução orçamentária e sua aplicação.
- 16- Recomendar aos conselhos de saúde que indiquem membro representante dos segmentos dos usuários nas Comissões de Licitação.
- 17- Implementar a capacitação de recursos humanos em gestão pública de saúde estimulando a utilização (planejamento, acompanhamento, avaliação) para a racionalização dos recursos financeiros.
- 18- Propor emenda à Lei de Responsabilidade Fiscal que crie mecanismos que garantam e facilitem a integralidade das ações de saúde, com efetivo controle dos Conselhos de Saúde.
- 19- **? Exigir** transparência e publicação ampla em linguagem acessível das prestações de contas da aplicação de recursos financeiros de saúde nas três esferas de governo.
- 20- Realizar compra de medicamentos equipamentos e insumos de acordo com a Lei 8666/93, (Lei de Licitações), inclusive nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, para a boa aplicação dos recursos públicos.
- 21- Exigir que o Estado cumpra efetivamente seu papel no financiamento de média complexidade de acordo com as necessidades da população. O papel dos Consórcios devem ser redirecionado de acordo com o estabelecido na NOAS.

- 22- Exigir a co-responsabilidade do Estado no financiamento da atenção básica
- 23- **? Contraditório** Ampliar o repasse de recursos Fundo a Fundo da União e do Estado para a assistência farmacêutica municipal visando garantir a quantidade e a qualidade de medicamentos para o atendimento a população.
- 24- Gestionar junto ao Tribunal de Contas do Estado para que o Sistema de Informações em Orçamentos Públicos seja o índice oficial para as informações sobre aplicação de recursos financeiros do setor saúde.
- 25- Capacitar em caráter de urgência os técnicos da área de finanças dos municípios para a implantação e alimentação dos Sistema de Informações em Orçamentos Públicos.
- 26- Propor com urgência ao Ministério da Saúde uma nova forma de financiamento da assistência hospitalar não vinculada a produtividade ou baseada em série histórica principalmente para municípios pequenos garantindo o atendimento do usuário o mais próximo possível do seu domicílio conforme a NOAS 2001.
- 27- **? Contraditório** Exigir que o Estado repasse aos municípios sua contrapartida para o financiamento da assistência farmacêutica básica conforme previsto na portaria GM 176/99 de no mínimo R\$ 0,50 habitante/ano, com clareza na prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros .
- 28- Garantir que nas esferas federal, estadual e municipal, os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde estejam alocados nos respectivos planos de saúde.
- 29-
- 30- Realizar audiência públicas trimestrais em todas as esferas de governo ,
- 31- A Secretaria de Estado da Saúde e Conselho Estadual de Saúde/PR deverão desenvolver sistema complementar ao Sistema de Informações em Orçamentos Públicos para o acompanhamento das receitas e das despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, Estado e Municípios do Estado do Paraná.
- 32- Efetivar o funcionamento dos Fundos Estadual e Municipais de Saúde, conforme previsto em Lei de forma a garantir a fiscalização por parte dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, e criar nos Conselhos Municipais de Saúde a comissão permanente de acompanhamento financeiro .
- 33- Que a União e o Estado invistam recursos financeiros para Hospital Universitário de Cascavel para retorno de sua capacidade total de atendimento bem como os demais **hospitais** universitários que se encontram em situação semelhante .
- 34- Fortalecer os hospitais municipais comunitários através de financiamento federal e estadual bem como melhorias de hospitais de responsabilidade estadual por ex. Hospital Zona Norte e Hospital Zona Sul em Londrina.
- 35- Viabilizar recursos financeiros para financiamento das ações extra-hospitalares de Saúde Mental, de acordo com as deliberações da 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental.

- 36- Que seja gerenciado junto ao governo federal para que a arrecadação da CPMF seja 100% aplicada na saúde, ficando do total arrecadado 50% para os municípios.
- 37- Que o recurso estadual para a saúde, seja disponibilizado para todos os municípios do Estado, considerando o número de habitantes, parâmetros epidemiológicos e fatores sociais, de maneira a garantir a equidade.
- 38- Que a Secretaria de Estado da Saúde/PR , em conjunto com o COSEMS efetive um estudo de financiamento dos municípios na atenção básica (equipamentos, RH, medicamentos, exames complementares, reformas e construções) para garantir a assistência **da** atenção básica e cumprir a agenda da saúde .
- 39- Que o Estado não subsidie o **P**lano de **S**aúde do funcionalismo público estadual como divulgado, 5 milhões ao mês, que este montante seja incorporado ao Fundo de Saúde Estadual .
- 40- Que o Conselho Estadual de Saúde/PR solicite ao CNS um estudo de custos dos procedimentos de pequena e média complexidade realizados nos hospitais .
- 41- Que haja maior agilidade das auditorias e do Ministério Público nas ações que tratam da malversação dos recursos da área da saúde .
- 42- **?** Utilização do perfil epidemiológico para definição de prioridades na alocação de recursos do Sistema Único de Saúde - SUS com penalidade quando do não cumprimento.
- 43- Criar instrumentos de penalidades aos gestores do Sistema Único de Saúde quando não cumprirem suas obrigações financeiras definidas por lei, sem interrupção de atendimento aos usuários.
- 44- Garantir a previsão de recursos financeiros para realização da capacitação de conselheiros municipais, previstos para 2002.
- 45- Definir e divulgar o percentual de recursos financeiros repassados pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA para o Estado e deste para os municípios .
- 46- **Mudado em relação versão preliminar** Que o Fundo Municipal de Saúde seja gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- 47- Que os recursos oriundos de taxas e multas da Vigilância Sanitária sejam aplicados exclusivamente em ações de vigilância sanitária .
- 48- Vinculação automática de todos os recursos disponíveis à saúde nas três esferas, diretamente nos Fundos de Saúde.
- 49- Disponibilizar todos os dados de aplicação dos recursos da saúde à comissão de orçamento dos **s** conselhos **s de saúde** .
- 50- Que o Ministério da Saúde estude e implemente uma nova forma de financiamento dos procedimentos médicos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, garantindo o custeio dos serviços necessários à população.
- 51- Que no repasse dos recursos dos estados aos municípios seja levado em consideração a população flutuante das cidades turísticas.
- 52- Que os recursos da internação hospitalar de saúde mental implementem o atendimento ambulatorial .

- 53- Definir claramente os mecanismos de financiamento de acordo com a complexidade das ações executadas, incluindo verbas do tesouro do estados e municípios. Rever o valor de repasse para ações básicas e agilizar o repasse para ações de média e alta complexidade. Incluir no orçamento municipal recursos para a Vigilância Sanitária- garantindo também, que um total de arrecadação da Vigilância Sanitária sejam **aplicados nestas ações**.
- 54- Que a Secretaria de Estado da Saúde crie um programa de repasse financeiro diretamente aos FMS conforme já aprovado na 4ª Conferência Estadual de Saúde .
- 55- Que a Secretaria de Estado da Saúde inicie em 2002 um programa de repasse regular e contínuo de suporte aos hospitais filantrópicos do PR, conforme estabelecer o Conselho Estadual de Saúde/PR de forma a evitar cobranças adicionais.
- 56- Que a Secretaria de Estado da Saúde crie um incentivo financeiro aos municípios para a manutenção de Atenção Básica em Saúde, como por exemplo o Programa de Saúde da família –PSF.
- 57- Que o Conselho Estadual de Saúde –Conselho Estadual de Saúde/PR realize seminários macro regionais com os Conselhos Municipais de Saúde - Conselho Municipal de Saúde até julho de 2002 para avaliação do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, tanto no estado como no município e haja uma plenária estadual final até agosto de 2002.
- 58- A Secretaria de Estado da Saúde - deve exigir que todos os municípios alimentem os dados requeridos pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos **em Saúde- SIOPS** para o efetivo controle social e acompanhamento dos **Conselhos Municipais** de Saúde .
- 59- Recomendar a todos os **Conselhos Municipais** de Saúde que constituam uma comissão de acompanhamento do orçamento financeiro visando cumprir Emenda Constitucional nº 29.
- 60- Que os repasses dos recursos orçamentários sejam feitos obrigatoriamente fundo a fundo de saúde em todos os níveis de governo .
- 61- Que os gestores estaduais e municipais realizem audiências públicas de acordo com a Lei **Federal** 8689 de 27/07/93.
- 62- Maior aporte de tecnologia por parte da Secretaria de Estado da Saúde para monitorar receitas e despesas com clareza às diversas comissões do Conselho Estadual de Saúde.
- 63- Que o Conselho Estadual de Saúde/PR crie um sistemática de informação continuada sobre orçamentação em saúde através de folhetos a serem disponibilizados aos conselheiros e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.
- 64- Criar a nível federal e estadual uma câmara de avaliação em tecnologia em saúde para subsidiar protocolos de procedimentos e valores de pagamentos mais homogêneos.
- 65- Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde devem agilizar e divulgar os ressarcimentos feitos por planos de saúde, referentes a paciente segurados atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

- 66- Repensar a forma de repasse financeiro do **Seguro de Acidentes de Trabalho - SAT** para o Sistema Único de Saúde - SUS, como forma a garantir a cobertura às ações de vigilância, assistência e reabilitação em saúde do trabalhador com repasse direto aos Fundos de Saúde.
- 67- Encaminhar ao Ministério da Saúde uma posição contrária ao plano "Vale Farmácia", que transforma cada farmácia em um posto avançado de distribuição de medicamentos, remunerado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL

Em setembro de 1990, a Lei 8080 regulamentou o Sistema Único de Saúde e estabeleceu como um de seus princípios a descentralização político-administrativa. Mais do que em outros segmentos da área social, a gestão pública da saúde passou a ser compartilhada entre a União, Estados, Municípios e, principalmente, com a sociedade organizada através dos Conselhos e Conferências municipais, estaduais e nacionais.

Em um país tão heterogêneo como o Brasil, com estados e municípios com as mais diferenciadas situações sócio-econômicas, isso não foi fácil, mas mesmo assim o Sistema Único de Saúde - SUS foi construído como um espaço coletivo de debates, de formulação e operacionalização das políticas públicas da saúde. A construção do Sistema Único de Saúde - SUS na década de 90 foi orientada pelas Normas Operacionais Básicas, que constituem orientações pactuadas pelos participantes do Sistema e visam delinear a organização do modelo de prestação de serviços, os parâmetros para a transferência de recursos federais para estados e municípios, e as formas de gestão do Sistema. Três Normas Operacionais Básicas se sucederam na década de 90: as de 1991, 1993 e 1996. Vistas em conjunto, as Normas Operacionais Básicas orientaram o

processo de descentralização da gestão pública da saúde no Brasil, intensificando-o sucessivamente, com uma grande ênfase na municipalização. No Paraná, 100% dos municípios já foram habilitados pela Norma Operacional Básica/96, que foi implantada efetivamente somente em 1998. Cerca de 97% dos municípios são responsáveis pela Gestão Plena da Atenção Básica e 3% pela Gestão Plena do Sistema Municipal. No Estado, o avanço da descentralização não tem se restringido somente aos serviços de Assistência à Saúde. As ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças também vêm passando por um intenso processo de descentralização. Além disso, de forma a complementar e a apoiar esse processo, o Gestor Estadual vem ampliando os serviços de Assistência Farmacêutica, a rede de Laboratórios de Saúde Pública (construção do novo LACEN), as Ações de Vigilância Sanitária e a Rede de Hemoterapia. Vem fortalecendo também a capacitação de recursos humanos necessários ao Sistema Único de Saúde.

Reconhecer plenamente a saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, conforme o preconizado pela Constituição Federal de 1988, é o objetivo a ser alcançado. Apesar dos grandes avanços realizados nos últimos 10 anos, resta ainda muito a ser feito de forma que o Sistema Único de Saúde - SUS alcance integralmente esse objetivo.

Nesse sentido, a inovação no momento se refere à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS- Sistema Único de Saúde - SUS/2001), pactuada em janeiro de 2001. Parte dessa Norma da necessidade de enfatizar a organização regional do Sistema com base no princípio da equidade da oferta e no acesso aos serviços e condições de saúde pela população.

Segundo a NOAS/2001, o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. No contexto da NOAS/2001, as novas palavras chaves são as seguintes: ampliação e maior equidade das ações básicas de saúde. regionalização do Sistema Único de Saúde - SUS; planejamento e fortalecimento da capacidade de gestão; e fortalecimento da regulação, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde - SUS e Controle Social. A Secretaria de Estado da Saúde têm a obrigação de elaborar um Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, a ser submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde. Este Plano Diretor deve ser elaborado na perspectiva de garantir:

a) o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações para todas as faixas etárias. ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência. tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes; controle das doenças bucais mais comuns; suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica; e

b) o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências Intermunicipais.

Através do esforço conjunto da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho Estadual de Saúde/PR e dos Secretários Municipais de Saúde, o SUS-Paraná já tem o seu Plano Diretor de Regionalização, que foi aprovado em 29 de agosto de 2001.

Implantar a NOAS/01 e executar este Plano Diretor é tarefa urgente para o avanço do Sistema Único de Saúde - SUS.

Fora de contexto No Brasil 28% das internações por intoxicação são por medicamentos, e ocorrem devido ao mau uso dos medicamentos seja pelo uso excessivo, inadequado, não compreensão da forma de usar, não conclusão do tratamento, ocasionando um elevado custo com a manutenção do sistema de saúde, além dos tratamentos de saúde agravados ou ineficazes, refletindo-se em maior grau sobre os pacientes crônicos, onde hipertensos que terminam com problemas cardíacos ou hemodializados, crianças que nascem com defeitos congênitos, leitos ocupados com intoxicações, infecções que necessitam de antibióticos de última geração, e anos e qualidade de vida perdidos.

Doenças que dependem do uso correto dos medicamentos estão voltando com força total, como a tuberculose, Hansen, infecções por bactérias multi resistentes, etc.

Os gastos com assistência farmacêutica têm se tornado cada vez maiores, sem com isto conseguir melhoria significativa na resolutividade dos tratamentos, enquanto os Municípios e Estado padecem com a falta crônica de recursos. A maioria dos municípios ainda não dispõe de profissionais habilitados nesta área, o que dificulta este trabalho e contribui para o desperdício de recursos financeiros e vidas humanas. Mas há boas experiências de organização que comprovam que a organização dos serviços voltada ao uso racional dos medicamentos que se pode oferecer mais medicamentos de forma correta, com qualidade e reduzindo-se custos em outras áreas de saúde.

Está na hora do Sistema Único de Saúde - SUS promover o uso racional dos medicamentos. Não basta apenas fornecer medicamento sem a devida orientação. O medicamento sendo usado de forma errada passa a ser considerado sem qualidade, e da mesma forma o Sistema, o médico que o receitou e a Secretaria que o forneceu. **Fora de contexto**

Os órgãos de vigilância Sanitária - Vigilância Sanitária e Epidemiológica representam uma parcela muito importante do Sistema Único de Saúde - SUS. Todavia nestas permeiam vários problemas como a utilização de práticas

policiaescas, cartoriais (burocráticas), falta de uniformidade nas suas ações, forte intervenção política e econômica, principalmente nos pequenos municípios, trabalho desvinculado das demais equipes de saúde, ausência de enfoque epidemiológico no planejamento de suas atividades, e observa-se que os usuários, muitas vezes, desconhecem o papel da Vigilância Sanitária, e por isso deixam de usá-la.

São órgãos que exigem equipes multiprofissionais especializadas, sendo muito poucos os municípios que têm condições de contratar uma equipe completa, e grande parte das equipes regionais, que teriam de agir de forma complementar, estão desfalcadas de profissionais.

Avaliamos que o gestor estadual não vem cumprindo seu papel de coordenador da implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, à medida que não direciona recursos financeiros para a constituição de redes descentralizadas e regionalizadas em procedimentos de média e alta complexidade. Os princípios de universalização e integralidade não estão sendo obedecidos na organização das redes, e há desigualdade no atendimento. Falta um rumo para a política de saúde, pois não existem planos estadual e municipais de saúde.

As iniciativas municipais apresentam excessiva dependência do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, induzidas pelos mecanismos de financiamento, e o gestor estadual não implementa uma proposta de financiamento de forma a regulamentar o disposto no artigo 35, da Lei 8.080/90, que diz: "Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I- perfil demográfico da região.

II- perfil epidemiológico da população a ser coberta.

III- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.

IV- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior

V- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais.

VI- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede.

VII- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo."

Os sistemas municipais, em geral, não têm sido orientados pela lógica do modelo epidemiológico de forma a não possuírem um diagnóstico das necessidades da população e possibilidades do sistema local de saúde. Dessa forma, fica caracterizada a falta de profissionalização da gestão.

A orientação hegemônica marcada pelo biologicismo hospitalocêntrico tem resultado na construção de unidades hospitalares subtilizadas e mal equipadas, em detrimento de maior investimento em serviço de média complexidade potencialmente mais resolutivos. Identifica-se a ausência de políticas de promoção da saúde com ações de prevenção, educação, reabilitação e recuperação de cunho intersetorial. O investimento na ampliação da atenção básica resulta, apenas, na criação de programas verticais (PACS, PSF), em geral, de baixa resolutividade. Este quadro gera demandas aos níveis de média complexidade que não se estruturam na mesma proporção, por conta das restrições de financiamento e investimento. Os serviços de alta complexidade,

próprios ou contratados são em quantidade insuficiente, de qualidade duvidosa e concentrados nas grandes cidades. Há grande privilégio do setor privado na produção de serviços, inclusive com benefícios fiscais. O grande investimento na contratação dos serviços privados em detrimento dos serviços próprios denuncia um modelo assistencial privatista e curativo. Tal modelo contraria os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. O conceito de Vigilância à Saúde não tem mais orientado a organização dos serviços, refletindo na inexistência de instrumentos de avaliação de impacto das ações do setor. Não se avalia o resultado das políticas de saúde e dos serviços assistenciais. O governo do Paraná, com evidente prática neoliberal, tem investido no desmonte do Estado. Como prova disso, citamos historicamente, o Paraná aloca um volume de recursos próprios insuficientes para o financiamento do sistema. Dados do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos revelam que, no ano de 2000, o investimento não chega a 3 %.

Este baixo percentual contraria o disposto na Emenda Constitucional nº 29.

Há um descaso generalizado com os recursos físicos próprios. A maioria dos hospitais está em precárias condições. As unidades de coleta e transfusão de sangue não dispõem de recursos humanos suficientes e adequação física necessária para o funcionamento.

- Há uma forte tendência à terceirização e à privatização como o ocorrido nos Centros de Referências em Especialidades - CRE Kennedy, CRE Marechal e os consórcios Intermunicipais sem caráter público.

- Desde fevereiro desse ano foi estabelecida a redução de horário de atendimento ao público nas Regionais de Saúde. Não houve nenhuma avaliação de resultado de interesse dos usuários e dos trabalhadores.

- Falta de investimento em Recursos Humanos: não estabelecimento de política salarial, não realização de concurso público, o que precariza a oferta, produção e a qualidade dos serviços. Não cumprimento pelo Governo do Estado da Emenda Constitucional nº 29.

No setor de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde - SUS temos no Cenário Estadual: A inexistência de uma política definida e responsável para Recursos Humanos no setor saúde pública é evidenciada pelos fatores:

- não realização de concurso público por mais de uma década.

- falta de investimento no Centro Formador de Recursos Humanos e na Escola de Saúde Pública, que eram referência na formação e atualização dos trabalhadores.

- pelo descompromisso em estabelecer uma política salarial, resultando em mais de seis anos sem reposição das perdas salariais.

Os itens acima descritos são três grandes eixos que marcam a estratégia do governo estadual. Uma estratégia de desmonte do serviço público, em especial, no setor da saúde. Desmonte que é característica do governo neoliberal.

Privatização e terceirização: Este tipo de política abre caminho para o estabelecimento de contratos de trabalho ilegais. Exemplo máximo foi o ocorrido no Hospital Regional de Cascavel, onde 300 trabalhadores foram contratados sem a realização de concurso público. O fato gerou uma ação no

Ministério Público do Trabalho que condenou o Estado a regularizar a situação, por meio da realização de concurso.

Também temos constatado que nos consórcios as formas de contratação têm muitos vícios. São trabalhadores admitidos para um cargo e que, na prática, desenvolvem funções para as quais não têm formação. São trabalhadores que, apesar de atuarem em funções perigosas ou insalubres, não têm o pagamento do adicional devido. Percebemos, ainda, que retornamos aquele antigo modelo de apadrinhamento político e de nepotismo.

Transferência de responsabilidade: A municipalização de Recursos Humanos ocorreu de maneira irresponsável. Não contemplou as questões específicas do setor nem houve o estabelecimento de um acordo de gestão. Foram transferidos do Estado para o município 2.300 servidores. Esses funcionários sofrem todo tipo de assédio moral, pois os gestores ignoram as regras trabalhistas. Isso escamoteia as contradições advindas da relação capital x trabalho.

No Cenário nacional: "O Sistema Único de Saúde - SUS é o grande empregador dos trabalhadores de saúde, tanto no setor público como no setor privado credenciado. A política de Recursos Humanos é, hoje, o maior problema para a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS nos municípios.

No entanto, os temas da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Humanização e Acesso acabaram por fornecer uma polarização entre usuários e trabalhadores de saúde. Isto fez com que a atenção da discussão substantiva fosse adiada: a irresponsável política de governo no campo dos Recursos Humanos – uma das facetas do processo de desmonte do Estado brasileiro. Se, por um lado, os profissionais de saúde não são responsáveis pelo caos em que se encontra o Sistema Único de Saúde - SUS, por outro, a população é punida pela política vigente dos Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde - SUS. A dificuldade do debate se evidencia pela demora na elaboração/aprovação da "Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – Sistema Único de Saúde - SUS". A Norma Operacional Básica –RH - Sistema Único de Saúde - SUS foi discutida na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), aprovada na 11ª Conferência (2000) e, em sua versão final, aguarda posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, o que deverá acontecer nos próximos meses.

A **NOB/RH/SUS** é produto do intenso processo de participação de diferentes atores sociais na tarefa da constituição do Sistema Único de Saúde - SUS e busca "recolocar a importância do trabalho para o Sistema, a necessidade de valorização profissional na implantação de modelos assistenciais, além da regulação das relações de trabalho no setor saúde, conforme disposto no artigo da lei federal 8.142/90 a obrigatoriedade da elaboração de **Plano de Carreira, Cargos e Salários**".

Há doze anos sem realização de concurso público há redução dos Recursos Humanos sem haver substituição no quadro da Secretaria de Estado da Saúde/ISEP e Hospitais Públicos Estaduais e Municipais.

Torna-se necessário a estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Macro Regionais, criando as condições para que o SUS – Paraná venha a garantir efetivamente os princípios constitucionais do acesso universal e da integralidade na assistência à saúde do trabalhador.

A assistência à saúde dos trabalhadores deve ser prestada por toda a rede de serviços de saúde, tendo por base a hierarquização do atendimento e a integração efetiva dos níveis de atenção básica, especializada e hospitalar. Deverá estar garantida uma rede de referência e contra-referência, com os recursos especializados necessários, incluindo unidades de referência em Saúde do Trabalhador, hospitais universitários e outros serviços, entre as diferentes modalidades existentes. Esses centros de referência deverão constituir efetiva retaguarda técnica para o manejo de problemas mais complexos e ou especializados, em complementação às ações desenvolvidas nos demais níveis do sistema de saúde.

Estes centros de referência deverão contar com equipe multiprofissional especializada, tendo como principais atribuições: tratamento dos trabalhadores com suspeita ou diagnóstico confirmado de doenças relacionadas ao trabalho. execução das ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador. realização de ações de educação e comunicação em saúde. supervisão e cooperação técnica aos municípios. participação na articulação intra e intersetorial. realização de estudos e pesquisas. e análise da situação de saúde dos trabalhadores em sua área de abrangência.

A assistência aos trabalhadores deve incorporar na sua rotina os procedimentos de reabilitação, com a finalidade de evitar ou diminuir as seqüelas e promover a reintegração social e ao trabalho.

Os serviços de saúde – particularmente as equipes de urgência e emergência, de unidades básicas, de unidades 24 horas e do Programa de Saúde da Família (PSF) – deverão ser capacitados a reconhecer a relação dos problemas de saúde com o trabalho, de modo a adequar os procedimentos de assistência e demais ações decorrentes, entre as quais, aquelas relacionadas à orientação do trabalhador e a comunicação a instância local de vigilância e aos demais atores sociais envolvidos.

Nesse sentido, deverá ser estabelecido como prioridade o treinamento e a capacitação profissional, e o suporte clínico laboratorial, garantindo, assim, as condições satisfatórias de trabalho para os profissionais.

As Resoluções da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná (julho/2000) apontaram como os principais problemas na recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador:

?Inexistência de serviço de assistência especializada à saúde do trabalhador.

?Ausência de local que garanta efetivamente o acesso à recuperação da saúde e reabilitação para trabalhadores lesionados por doenças ou acidentes de trabalho.

?Inexistência de Centros de Referência para a Saúde do Trabalhador nas diversas Macro-Regionais do Estado.

?No Centro de Referência de Curitiba e Região Metropolitana – CEMAST, há grande dificuldade de acesso a exames complementares, consultas especializadas para: definição do nexos causal, avaliação do prognóstico e análise da capacidade laborativa. O Hospital do Trabalhador – HT funciona como um pronto-socorro geral e maternidade, não cumprindo a função de assistência às questões de saúde do trabalhador citadas acima, premissa de sua criação.

Há, por parte da Secretaria de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais da Saúde, um baixíssimo investimento em recursos humanos, recursos materiais e infra-estrutura para o setor de Saúde do Trabalhador.

A título de comparação, Municípios como Campinas, Belo Horizonte e Salvador dispõem de centros que atendem às necessidades dos trabalhadores no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento, reabilitação, estabelecimento denexo causal, referência para exames e consultas especializadas, contando para isto com equipes de aproximadamente 30 pessoas (Campinas), 30 pessoas (Belo Horizonte) e 80 pessoas (Salvador).

Em Curitiba contamos com um centro de referência que, pretendendo atender também a Região Metropolitana, a Região de União da Vitória e o Litoral, dispõe de uma equipe de 11 pessoas, entre as quais apenas 02 profissionais médicos (com dois padrões) e 01 profissional médico (com um padrão).

Os problemas, porém, não são apenas de alocação de recursos. Tão grave quanto o parco recurso alocado, é a situação da administração dos mesmos.

Existem aproximadamente 730 processos pendentes no CEMAST, aguardando encaminhamento, dentre os quais alguns que ingressaram há 05 anos.

Durante todo o ano de 2000 a administração deste Centro não conseguiu responder para a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Municipal de Saúde, as seguintes interrogações:

- a) Os motivos da não conclusão dos processos pendentes (730)?
- b) O tempo médio de demora para a conclusão dos processos no CEMAST?
- c) Que medidas seriam tomadas para a conclusão dos processos pendentes e para não permitir o acúmulo dos casos novos?
- d) Quantos casos novos dão entrada mensalmente no CEMAST?
- e) Quantos profissionais são necessários para atender à demanda?
- f) Quantos casos os profissionais médicos, atualmente disponíveis, podem atender por dia e concluir (resolutividade)?

O Programa Saúde da Família, constitui-se numa importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, baseado na necessidade de ampliação do acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, bem como para melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal.

A Proposta do Ministério da Saúde de uma equipe de Saúde Bucal para cada 02 equipes de PSF, equivalentes a mais ou menos 9.000 habitantes a serem cobertos, é inviável.

O apoio diagnóstico laboratorial é uma ferramenta muito utilizada na medicina para identificação ou confirmação de doenças, acompanhamento de estados crônicos e determinar, às vezes, a melhor conduta terapêutica.

Reflete-se nesta área uma grande queixa dos gestores de saúde da quantidade crescente de pedidos de exames, com grande quantidade de resultados negativos, e às vezes até desnecessários para a patologia pesquisada. Há que se reconhecer a enorme pressão dos pacientes sobre os médicos pela realização de exames que julgam ser necessário. Muitos exames são de alto custo, e a sua realização desnecessária prejudica o sistema que deixa de realizar outros exames mais necessários, como por exemplo os citopatológicos.

Na rede pública temos o LACEN, o laboratório Central do Estado, como o principal laboratório público, onde ainda são realizados uma serie importante de exames.

Outro ponto importante é a qualidade dos exames. A norma que regulamenta os laboratórios de análises clínicas é antiga, e está desatualizada frente aos avanços da ciência e tecnologia.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A saúde de uma população relaciona-se a forma como está organizada a produção e a apropriação de bens e serviços em uma determinada sociedade. Assim, a saúde é a resultante de um conjunto de condições relacionadas ao trabalho, moradia, transporte, saneamento, lazer, liberdade, posse da terra e também acesso aos serviços de saúde. A ação sobre os determinantes da saúde-doença requer uma articulação entre diferentes setores responsáveis pelas políticas públicas com interesse específico pelas políticas sociais.

A História das políticas de saúde pública, dentre elas as ações de VISA, tem se caracterizado por estarem voltadas a atender aos interesses das classes dominantes, visando garantir uma inserção subordinada do país ao capitalismo internacional.

A quem interessa a construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária? Quais interesses seriam atingidos? Como construir um amplo movimento social em defesa do SUS e destas políticas?

As ações de VISA constituem-se em um campo estratégico para a transformação do modelo de atenção à saúde no país, por constituir-se em ações eminentemente de promoção e prevenção à saúde e prerrogativa intransferível do Estado. Paradoxalmente, o Movimento Sanitário pouco tem formulado sobre o caráter e a organização das ações de VISA.

Críticas ao modelo hegemônico de organização das ações e serviços de VISA:

- Ausência de mecanismos que possibilitem a participação dos movimentos sociais na formulação-execução-avaliação das ações de VISA.
- Ausência de enfoque epidemiológico, ou seja, não existe a programação e execução de ações a partir da identificação dos problemas e necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais (em territórios delimitados);
- Inexistem Sistema(s) de Informação que permitam a avaliação qualitativa de indicadores.
- Intervenção caracterizada por ações pontuais, após a ocorrência dos eventos (demanda espontânea/atendimento a denúncias), visando dar respostas imediatas a problemas emergências. Não existindo o aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para o enfrentamento desta demanda espontânea.
- Fragmentação das ações, ausência quase que absoluta de integração com as demais equipes de saúde. O próprio processo de trabalho das equipes de VISA caracteriza-se pela justaposição (somatório) de ações, não havendo integração das práticas de saúde.

- Inexistem ações concretas voltadas ao monitoramento de indicadores ambientais (resíduos de agrotóxicos, resíduos químicos, poluição atmosférica, poluição sonora, qualidade da água de abastecimento público e outros), avaliando impactos ao meio ambiente e à saúde da população.
- Como reflexo deste quadro, persistem as condenáveis práticas cartoriais (burocráticas), as intervenções de caráter policaiesco, o planejamento normativo e a ausência de mecanismos de avaliação do impacto das medidas implementadas.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):

A ANVISA foi criada por Medida Provisória em 1998, sem que tivesse havido um amplo debate nacional sobre seus objetivos, atribuições, formas de gestão e mecanismos de controle social.

Consta na legislação, que compete a ANVISA coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sendo que, a sua atuação restringe-se ao controle e a fiscalização sanitária de bens de consumo e serviços relacionados à saúde. A atuação da ANVISA não contempla as ações de vigilância voltadas ao meio ambiente, à saúde do trabalhador e de comunicação e educação sanitária à população e aos consumidores.

A administração da ANVISA é regida por um contrato de gestão negociado entre o seu Diretor Presidente e o Ministro da Saúde, ouvidos previamente os Ministros da Fazenda e do Orçamento e Gestão. Na legislação, nada consta em relação ao debate e aprovação do contrato de gestão pelo Conselho Nacional de Saúde. Estando previsto somente o envio anual do relatório de execução do contrato de gestão e da sua prestação de contas ao Conselho Nacional de Saúde.

O "controle social" da ANVISA restringe-se a um Conselho Consultivo que não obedece a critérios de paridade (usuários, trabalhadores de saúde e gestores). A ANVISA repassa recursos financeiros somente para Municípios em condição de gestão Plena de Sistema de Saúde (pagamento de ações de média e alta complexidade). No Paraná existem somente 13 Municípios nesta condição de gestão. Não estando perfeitamente esclarecida a definição de ações de média e de alta complexidade. Perpetua-se com esta forma de financiamento o pagamento por procedimento realizados.

Secretaria Estadual de Saúde (SESA-PR):

- Ausência de uma efetiva participação dos trabalhadores e suas entidades representativas no planejamento, no controle permanente da aplicação de recursos e no acompanhamento/avaliação das ações de vigilância à saúde.

Inexistem recursos orçamentários (próprios) previstos especificamente para o financiamento das ações de VISA, não havendo informações sobre quanto e como são aplicados. A SESA-PR não realiza o repasse de recursos financeiros aos Municípios para o custeio destas ações.

- O investimento em recursos humanos, materiais e infra-estrutura para as ações de Vigilância epidemiológica, sanitária, nutricional e de saúde do trabalhador é insuficiente. Em virtude disto, o Estado não tem cumprido integralmente com as atribuições estabelecidas pela Direção Estadual do SUS (Lei 8080/90).

- Com o processo de Municipalização a SESA-PR desestruturou as equipes de VISA das Regionais de Saúde, sem que na maioria dos Municípios tivesse havido uma estruturação de serviços capacitados para a execução das ações de VISA.
- Ausência de ações sistemáticas de comunicação e informação, que divulgue os dados disponíveis e que orientem a sociedade civil em relação aos seus direitos, facilitando a construção da consciência sanitária em relação aos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença.
- Inexistem Centros de Referência para a Saúde do Trabalhador nas diversas Macro-Regionais do Estado.

Secretarias Municipais de Saúde (SMS):

- Ausência de uma efetiva participação dos trabalhadores e suas entidades representativas no planejamento, no controle permanente da aplicação dos recursos e no acompanhamento/avaliação das ações de vigilância à saúde. Inexistem recursos orçamentários (próprios) previstos especificamente para o financiamento das ações de VISA, não havendo informações sobre quanto e como são investidos estes recursos. Não existe também, transparência na aplicação dos recursos oriundos das Taxas de Vigilância Sanitária.
- A maioria das SMS não realizam a identificação e atuação programada sobre os danos, riscos e determinantes do processo de saúde doença em seu território (Distrito Sanitário).
- Inexistem na maioria dos Municípios políticas de capacitação continuada dos técnicos das vigilâncias, voltadas a identificação e enfrentamento dos riscos relacionados a bens de consumo, serviços e ao meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho.
- As equipes dos Municípios são insuficientes para o desenvolvimento das ações de VISA, havendo baixíssimo investimento em recursos humanos, materiais e de infra-estrutura para as ações de promoção e proteção à saúde.
- Ausência de ações de comunicação e informação, que divulgue os dados disponíveis e que orientem a sociedade civil em relação aos seus direitos, facilitando a construção da consciência sanitária em relação aos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença.
- No Paraná existem em atividade, somente três CIST's ligadas a Conselhos Municipais de Saúde (Curitiba, Londrina e Ponta Grossa).

PROPOSTAS

1. Avançar na regionalização, aplicando efetivamente a NOAS/01 e procurando alcançar o fortalecimento da capacidade de gestão, planejamento e organização do Sistema Estadual de Saúde, através da articulação e integração dos sistemas municipais.
2. ***redação quase igual*** Implantar o Plano Diretor de Regionalização, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em 29/08/2001, e consolidar as suas Microrregiões de Saúde e Módulos Assistenciais até Dezembro de 2002.
3. ***redação quase igual*** Implantar até Dezembro de 2002 o Plano Diretor de Investimentos, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, em 29/08/2001, de forma a possibilitar a habilitação dos Municípios na NOAS/01, seja em

Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde.

4. Que o plano de regionalização, e a habilitação dos municípios na NOAS/01, seja em gestão plena de atenção básica ampliada, ou gestão plena do Sistema Municipal aconteça apenas, após consenso e deliberação da CIB/PR, e apreciação do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.
5. Fortalecer o papel redistributivo do Estado no sentido de garantir as Referências Intermunicipais, através dos instrumentos previstos na NOAS/01 (Termo de Compromisso de Garantia de Acesso e Programação Pactuada e Integrada – PPI).
6. Promover a estruturação administrativa, a capacitação de recursos humanos e o investimento em sistemas de informação, visando o desempenho das funções de controle, avaliação e auditoria nas instâncias Municipais e Estadua! e Federal.
7. Implantar no menor prazo possível, o Cartão SUS em todos os municípios do Paraná em parceria com o Ministério da Saúde acompanhado pelo COSEMS e CONASEMS, e que o paciente não seja prejudicado por sua falta até que seja efetivado. Que esta deliberação seja informada aos Hospitais no menor prazo possível.
8. Incrementar, o aporte de recursos financeiros para a Assistência Farmacêutica de forma a ampliar e garantir, a oferta e o acesso da população aos medicamentos.
9. Gestionar junto ao Ministério da Saúde a criação da Câmara de Compensação Interestadual que possibilite ao Estado do Paraná o aporte de recursos referentes ao atendimento de pacientes de outros Estados.
10. Fortalecer o fator redistributivo, garantindo o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS (Estado e Municípios em gestão plena de Saúde), referente aos atendimentos realizados à pacientes de planos de saúde, em valores iguais às tabelas destes planos.
11. Gestionar junto ao Ministério da Saúde por um incremento do teto financeiro do Estado que atenda as necessidades de assistência ambulatorial e hospitalar, notadamente nos procedimentos de média e alta complexidade.
12. Substituir o atual modelo de remuneração de serviços por uma forma de financiamento que remunere a responsabilidade pela saúde dos cidadãos, com a implantação de Conselho Deliberativo paritário, que garanta a devida fiscalização em toda a Instituição que receba financiamento público.
13. Implantar um incentivo estadual para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica de Saúde como o PSF, através de repasse de recursos fundo a fundo, com sistema de avaliação periódico .
14. Pleitear junto ao Ministério da Saúde o aumento do repasse de recursos para as equipes de saúde da família.
15. Construir o novo Laboratório Central do Estado do Paraná (Novo LACEN) garantindo a realização de concurso público, para possibilitar a ampliação dos serviços prestados pelo Laboratório Central do Estado.

16. Que o LACEN se torne laboratório de referência para o Estado nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e de Controle de Qualidade dos demais laboratórios que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.
17. Ampliar as ações de prevenção e controle do câncer, doenças cardiovasculares e traumas (causas externas) enfocando os principais fatores de risco.
18. Elaborar o Plano Diretor de Descentralização e de Investimentos , das Ações de Saúde Ambiental até março de 2002, e criar um sistema de fiscalização das mesmas .
19. Implantar apoio técnico-operacional e referência laboratorial para monitoramento da qualidade da água para consumo humano no âmbito Estadual.
20. Promover a descentralização das atividades do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.
21. Proceder a avaliação dos sistemas de coleta diferenciada dos Resíduos de Serviços de Saúde, contemplando a saúde da coletividade, dos coletores e minimizando riscos e impactos ao meio ambiente.
22. Descentralizar/implantar o Programa 3R (Reduzir - Reutilizar - Reciclar) nas unidades do SUS/Regionais de Saúde/Órgãos e instituições do Governo Estadual até dezembro de 2002.
23. Estimular a adesão dos estabelecimentos privados ao Programa 3R.
24. Implantar, adequar, e descentralizar o sistema de informação em saúde do trabalhador.
- 25.
26. Implementar uma rede hierarquizada de atenção à saúde do trabalhador – contemplando unidades básicas, centros de referência e assistência hospitalar para o diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde nos casos de agravos relacionados ao trabalho, ***implantando os*** ***Conselhos Deliberativos*** ***Paritários***.
27. Estimular medidas de promoção e prevenção da saúde nos ambientes de trabalho e espaços públicos, em conjunto com os outros órgãos
28. Implementar a Rede Integrada de Pesquisa em Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (Laboratório Central do Estado, Centro de Pesquisa e Produção de Imunobiológicos, Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná, Laboratório Marcos Enrietti, Laboratório do TECPAR, Instituto de Biologia Molecular do Paraná, Laboratório do IAPAR e outros).
29. Implementar apoio laboratorial adequado às novas necessidades epidemiológicas, de forma descentralizada e hierarquizada, através da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, estimulando a realização de parcerias com universidades e outras instituições de pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
30. Consolidar a Rede Estadual de Informações em Saúde, estimulando a utilização do meio eletrônico (“Internet”) para transmissão e retroalimentação das informações entre os níveis municipal, regional e estadual, bem como na disponibilização de informações à comunidade.

32. Implementar o processo de descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças buscando aprimorar as ações de vigilância epidemiológica e ambiental nos níveis local, municipal e estadual através das seguintes ações: ampliação do processo de capacitação continuada das equipes municipais e regionais de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; realização de supervisões para acompanhamento e apoio técnico às equipes regionais e locais; implementação dos diversos sistemas de informação em saúde, bem como o estímulo à notificação oportuna dos agravos e síndromes de interesse epidemiológico e à análise das informações e identificação de fatores de risco; implementação do Programa Estadual de Imunizações, bem como do sistema de armazenamento, conservação e distribuição de imunobiológicos (rede de frio). e estímulo à realização de parcerias para implementação destas ações nos diversos níveis, bem como ampliação do teto financeiro.
31. A Secretaria de Estado da Saúde/PR com apoio do Conselho Estadual de Saúde/PR, deverão estabelecer uma política estadual de formação e capacitação continuada das equipes municipais e estadual. Esta política voltada a qualificação e valorização da força de trabalho do Sistema Único de Saúde - SUS deverá contemplar os profissionais de nível médio, devendo prever a criação do Conselho Deliberativo da Escola de Saúde Pública.
32. Implementar cursos de Aperfeiçoamento em Saúde Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, nas áreas de Administração, Gerência e Gestão dos Serviços de Saúde.
33. Realizar cursos de formação de Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem; Atendentes de Consultório Dentário; Cuidadores de Idosos; Agentes Indígenas de Saúde; Copa, cozinha e lactário de estabelecimentos de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Técnico em Higiene Dental ; Agente de Saúde em Alcoolismo; Agente de Saúde Mental; Técnicos em Vigilância Sanitária; Auxiliares de Laboratório Clínico, Auxiliar de Farmácia e Técnico em Radiologia, de forma descentralizada,
34. Capacitar os gestores municipais de saúde visando uma maior integração com a estratégia de Saúde da Família.
35. Treinar os profissionais das equipes à estratégia de Saúde da Família, através do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família.
36. Aprimorar as ações de vigilância ambiental nos níveis municipal e estadual.
37. Adotar em todos os programas de saúde estratégias que estimulem a promoção da saúde e práticas de vida saudáveis.
38. Manter sistema de comunicação e informação à população, de forma transparente, estimulando as ações de educação em saúde e a participação da comunidade.
39. Inserir os poderes Legislativo e Judiciário no processo da municipalização da saúde garantindo a divulgação das propostas e a participação dos mesmos nas conferências. Que as atas das reuniões dos conselhos sejam encaminhadas aos mesmos.

40. Cumprir as determinações da 9.^a à 11.^a Conferências Nacionais de Saúde, da 2.^a à 4.^a Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná, e realizar no primeiro semestre de 2002 a I Conferência Estadual de Assistência Farmacêutica do Paraná, precedida de pré-conferências Regionais de Assistência Farmacêutica nas 22 regionais de saúde do Estado do Paraná.
41. Recomendar aos municípios que o medicamento não deve ser objeto de assistencialismo e clientelismo; que a área de entrega de medicamentos não deve ser um mero depósito ou dispensário e sim um local organizado.
42. Promover nos Centros de Saúde a Atenção Farmacêutica, ou seja, orientações sobre correto uso, os efeitos colaterais, o tempo do tratamento, a importância do tratamento, interações medicamentosas aos pacientes na dispensação dos medicamentos, para promover o efeito terapêutico e diminuir reações indesejáveis e intoxicações. Esta orientação deve ser coordenada por profissionais habilitados (farmacêuticos), competentes, e treinados.
43. Cadastrar os pacientes crônicos com busca ativa de pacientes com profissionais de saúde do município, as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde, garantindo orientações e incentivo ao uso correto e contínuo do medicamento, evitando internações desnecessárias.
44. Incentivar o farmacêutico responsável a utilizar recursos da farmácia clínica/atenção farmacêutica como pictogramas farmacêuticos (desenhos ilustrativos), técnicas de entrevista e a orientação de pacientes com dificuldades de compreensão (semi e analfabetos, deficientes visuais, idosos, etc.) para promover o uso correto dos medicamentos.
45. Viabilizar a padronização de embalagens de medicamentos para patologias crônicas inclusive com a escolha de cores para facilitar a compreensão por parte de analfabetos ou deficientes. Utilizar também o farmacêutico na elaboração de folhetos educativos, questionários, palestras, entrevistas e debates na área de Saúde junto à população sobre o correto uso dos medicamentos e prevenção em saúde.
46. Buscar convênios e assessoria de Centros de Informação de Medicamentos, como por exemplo o CIM/CRF-PR, CEBRIM/CFF, entre outros, para obter informações técnicas detalhadas sobre medicamentos, apoio para treinamento de equipe, elaboração de material técnico-científico sobre medicamentos.
47. Trabalhar na conscientização da população quanto ao uso do medicamento
48. Treinar equipe que trabalha na dispensação de medicamentos para um melhor atendimento.
49. Organizar e participar de equipe multidisciplinar (farmacêutico, médico, odontólogo, enfermeiro, entre outros) para a padronização de medicamentos e elaboração, adequação de protocolos de tratamento.
50. Estimular a participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar (farmacêutico, médico, odontólogo, enfermeiro, entre outras), visando promover o uso racional de medicamentos, assessoria farmacoterapêutica, orientação quanto a utilização dos medicamentos disponíveis na farmácia

básica/Sistema Único de Saúde - SUS, bem como a padronização de medicamentos e elaboração de protocolos de tratamento .

51. Revisar a legislação sanitária vigente no sentido de definir estabelecimentos farmacêuticos como estabelecimentos de saúde, caracterizando medicamentos como produto de saúde e não bens de consumo, Revogar a Resolução Estadual 226/99 que permite a instalação de farmácia junto a lojas de conveniências.
52. Revisar a legislação sanitária vigente no sentido de definir estabelecimentos farmacêuticos como estabelecimentos de saúde, caracterizando medicamentos como produto de saúde e não bens de consumo .
53. Implantar no SIA/Sistema Único de Saúde - SUS outras categorias de profissionais de saúde nos códigos de atendimento a paciente na dispensação/atendimento ao paciente, atos não médicos de nível superior, visita domiciliar de nível superior, educação em saúde e atendimento em grupo.
54. Propor à Câmara Federal e Senado legislação proibindo a prática de pagar comissão na venda de medicamentos, como forma de reduzir a prática da empurroterapia (venda desnecessária de medicamentos).
55. Propor ao Legislativo (Federal, Estadual e Municipal) formulação de legislação que coíba a prática da empurroterapia mediante o pagamento de comissão pela venda de medicamentos.
56. Que nos municípios seja obrigatória a existência (estoque) de medicamentos pelo nome genérico constantes nas listas padronizadas de medicamentos dos municípios.
57. **Suprimido item 58 versão preliminar** Estimular que as Unidades Básicas de **S**aúde bem como as **E**quipes de Saúde de **F**amília e **A**gentes **C**omunitários de **S**aúde cadastrem os pacientes crônicos e realizem busca ativa, visando a orientação e incentivando o uso correto e continuado dos medicamentos indicados, além das outras medidas de promoção e auto-cuidado à saúde.
58. Fazer cumprir a lei que determina que toda receita médica , pedido de exame e/ou atestado, seja escrito com letra legível, datilografadas ou digitadas.
59. Elaboração de Plano Municipal de Assistência Farmacêutica adequada à realidade do município com a participação do profissional farmacêutico.
60. Garantir o fornecimento ininterrupto de medicamentos de uso contínuo.
61. As ações, principalmente processos administrativos sanitários da vigilância sanitária, transitado e julgados concluídos, necessitam ser divulgados nos órgãos de imprensa em geral para que a população tenha consciência dos riscos a que está submetida.
62. As ações da vigilância sanitária sejam amplamente divulgadas e os processos administrativos sejam acompanhados pelos Conselhos de Saúde.
63. Cruzar dados de venda dos fabricantes com das farmácias e distribuidoras com o objetivo de evitar a facilidade como são obtidas drogas e substâncias psicotrópicas devido a facilidade como são burlados os atuais sistemas de controle. Este sistema tem que ser informatizado.

64. Disponibilizar assessoria jurídica para técnicos, inserida nas ações locais da Vigilância Sanitária, para maior embasamento no Direito Sanitário.
65. A Secretaria de Estado da Saúde/PR deverá encaminhar e realizar concurso público para técnicos das **V**igilâncias Sanitárias das Regionais de Saúde visando garantir o cumprimento das atribuições da Direção Estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, ou seja: atuar no controle, avaliação das ações e serviços de saúde e execução em caráter complementar e suplementar das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional e de saúde do trabalhador, **?**médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos, etc. **?**
66. A Secretaria de Estado da Saúde/PR e o Conselho Estadual de Saúde/PR deverão fiscalizar que todos os municípios em gestão plena do sistema possuam equipe multiprofissional (farmacêutico, enfermeiro, veterinário, etc. e técnicos de nível médio) para a Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.
67. Cumprir com as determinações já aprovadas em Conferências Estaduais de Saúde e Temáticas anteriores.
68. Proporcionar um melhor atendimento (descentralizado e regionalizado) referente ao tratamento dos portadores de hemofilia e Doença de Von Willibrand, de todo o Estado do Paraná.
69. Melhorar o atendimento dos hemofílicos através do HEMEPAR – CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ:
Reduzindo a demora no atendimento.
Melhorando a qualidade no atendimento.
Mantendo o médico no HEMEPAR durante o plantão e após às 20 horas dos domingos e feriados .
Treinando os pacientes hemofílicos para que façam a auto infusão domiciliar.
Aumentando o nº de profissionais de enfermagem no HEMEPAR para agilizar o atendimento dos hemofílicos.
70. Estender o atendimento aos hemofílicos **24 horas**, pois a hemofilia não tem horário para se manifestar (hoje o atendimento é realizado até as 22:45 horas através do HEMEPAR, após, precariamente, no Hospital de Clínicas, para os adultos e para as crianças através do Hospital Pequeno Príncipe).
71. Criar parceria entre o Hospital de Clínicas e o HEMEPAR para que os pacientes hemofílicos e da Doença de Von Willibrand, recebam atendimento por equipe multidisciplinar.
72. Treinar todos os médicos dos Hospitais para o atendimento dos pacientes hemofílicos.
73. Organizar um protocolo de atendimento para os hemofílicos no Hospital de Clínicas.
74. Fortalecer o Ambulatório recém criado para o atendimento dos pacientes hemofílicos, no Hospital de Clínicas, disponibilizando mais profissionais, tais como: médico infectologista, enfermeira, auxiliares de enfermagem, assistente social.
75. Disponibilizar leitos no Hospital de Clínicas e outros hospitais conveniados, para quando os pacientes hemofílicos necessitarem de internamentos.

76. Assegurar que todos os hemofílicos do Estado do Paraná sejam tratados somente com o Fator Concentrado Liofilizado, conforme publicação no Diário Oficial do dia 22/08/2001, do Governo Federal, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS, Consulta Pública nº67/2001
 77. Criar núcleos de referência para garantir o atendimento fisioterápico, odontológico e psicológico aos hemofílicos nas cidades do interior do Estado do Paraná.
 78. Garantir que não falte os Complexos Pró trombínicos para o tratamento dos pacientes hemofílicos que tem inibidor.
 79. Garantir os medicamentos básicos para o tratamento dos hemofílicos como: antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, anti-hemorrágicos (Transamim e Ipsilon).
 80. Disponibilizar os equipamentos necessários no HEMEPAR, para fazer exames e saber se o paciente é portador da Doença de Von Willibrand.
 81. Que a Comissão de Assistência à Saúde e Acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS do Conselho Estadual de Saúde discutam os assuntos referentes à saúde dos hemofílicos do Estado do Paraná.
 82. Disponibilizar uma condução no HEMEPAR para a locomoção dos pacientes hemofílicos do Hemepar até **suprimido " a outros serviços, quando houver necessidade locomover os pacientes até"** o Hospital de Clínicas ou Hospital Pequeno Príncipe e outros hospitais conveniados, quando houver necessidade.
 83. Ampliar a parceria já existente entre a Secretaria do Estado da Saúde e a Associação Paranaense dos Hemofílicos, visando sempre melhorar o atendimento da comunidade hemofílica do Paraná e, conseqüentemente, propiciar melhoria das condições de vida destes pacientes, para que possam exercer sua cidadania plenamente.
 84. Oferecer treinamento para humanização do atendimento ao usuário hemofílico.
 85. Resgatar o conceito de seguridade social, integrando as políticas da área e destinando recursos de todas as contribuições sociais para área da saúde.
- Elaborar Planos de Saúde e Planos de Investimentos, em todos os níveis da administração, bem articulados e concebidos, que permitam uma melhor execução dos recursos. - Criar mecanismos legais para ampliar e garantir um maior controle social sobre o Fundo Municipal de Saúde por parte da comunidade, pelo Conselho municipal de saúde, incluindo a deliberação sobre os planos de aplicação de recursos financeiros, convênios e contratos de prestação de serviços.
- 86. Contemplado no anterior**
87. Propiciar capacitação para os conselheiros municipais de saúde a fim de garantir melhor controle social sobre o **F**undo **M**unicipal de **S**aúde.
 88. Como a Norma Operacional Básica – RH/SUS abrange todos os trabalhadores vinculados ao Sistema Único de Saúde - SUS, tanto no serviço público como no setor privado e nos órgãos de ensino e pesquisa. Assim, propomos para o serviço público uma única via de contratação: concurso público. E, para o setor privado, a seleção pública.

89. A elaboração do Plano de Cargo, Carreiras e Salários é condição para todos os serviços próprios.
90. A gestão do processo de implantação, acompanhamento e avaliação da Norma Operacional Básica – RH/SUS deverá ser pautada no princípio da participação dos segmentos interessados. Para tanto, deverá ser constituída a Mesa Permanente de Negociação.
91. ?Na questão da formação de Recursos Humanos, é preciso implantar programas institucionais de educação permanente, que abranjam todos os níveis de atuação do conjunto dos trabalhadores, contemplando a capacitação, o treinamento e a atualização, buscando prioritariamente a adequação técnica à necessidade do serviço e a gestão desse processo vinculando-se à carreira profissional. O princípio fundamental que deverá orientar os programas de educação diz respeito à sensibilização do trabalhador visando à sua atuação como função social para o exercício da cidadania nas instituições de saúde.
92. Implementar cada vez mais as atividades da Escola de Saúde Pública e do Centro Formador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde.
93. ?Garantir a atuação da Escola de Saúde Pública e do Centro Formador de Recursos humanos da Secretaria de Estado da Saúde.
94. A saúde do trabalhador também é alvo da atenção da Norma Operacional Básica– RH/Sistema Único de Saúde - SUS que estabelece como objetivos, entre outros, preservar, recuperar e reabilitar a capacidade profissional dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Para tanto, propomos a implementação dos **C**entros de **R**referência em **S**aúde do **T**rabalhador.
95. Realização de uma Conferência de Recursos Humanos no ano de 2002 para início do processo de implantação da Norma Operacional Básica- RH/Sistema Único de Saúde - SUS.
96. Viabilizar a reativação das Comissões paritárias de acompanhamento dos Consórcios, visando a normatização uniforme dos mesmos.
97. Remessa da prestação de contas dos Consórcios às Prefeituras e aos Conselhos Municipais de Saúde.
98. Viabilizar a sensibilização, educação e treinamento de profissionais de saúde, no que tange a necessidade de respeito e humanização do atendimento ao usuário.
99. Capacitação de profissionais e agentes comunitários de saúde na área de saúde mental.
100. Realizar o diagnóstico situacional da saúde do trabalhador em seus territórios de abrangência, traçando o perfil da morbi-mortalidade relacionada ao trabalho, mapeando os principais ramos de atividade e os riscos existentes. Estes diagnósticos deverão servir de base para a construção de Planos de Ação, definindo-se os recursos humanos e materiais necessários a sua execução. Estes Planos de Ação deverão ser apresentados, discutidos e aprovados nas CISTs-Municipais e nos Conselhos Municipais. Estimulando-se a criação de Comissão de Saúde do Trabalhador nesses Conselhos.

101. Ampliar o Controle Social para os CEMAST's conforme resolução **nº 13** do Conselho Estadual de Saúde/PR em reunião de novembro de 2001, respeitando o disposto na Lei 8.142/90 e Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST/SUS.
102. Estimular a criação Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhadores - CIST's nos municípios que sediarão a implantação de novos CEMAST's - Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel e Pato Branco.
103. A Secretaria de Estado da Saúde-PR e SMS deverão prever e prover recursos orçamentários (próprios) para o custeio das ações de Vigilância Sanitária, garantindo a ampla transparência na fiscalização de sua aplicação.
104. A Secretaria de Estado da Saúde-PR deverá viabilizar o repasse automático Fundo a Fundo de recursos financeiros para o custeio de ações de promoção e proteção à saúde, a partir do estabelecimento de critérios, como: os Municípios apresentarem a comprovação dos recursos próprios aplicados nas ações de vigilância sanitária e epidemiológica. a elaboração e implementação de Planos Municipais de Ação em Saúde do Trabalhador e outros.
105. Utilizar os instrumentos de notificação de acidentes para todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício, para fins epidemiológicos, instituindo a obrigatoriedade da notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, conforme dispõe os artigos 269 do Código Penal e artigo 169 da CLT.
106. Estabelecer cronograma de criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEMAST's) em todas as Macro-Regiões do Estado, criando Conselhos Deliberativos Paritários em cada um dos CEMAST's.
107. Criar Centrais para atendimento aos Usuários, vinculadas aos Conselhos Municipais de Saúde, com a atribuição de: receber denúncias. encaminhá-las às instâncias competentes. e produzir e divulgar Relatórios periódicos que sirvam como um dos instrumentos de planejamento.
108. As SMS deverão divulgar amplamente nos meios de comunicação, o resultado das intervenções da Vigilância Sanitária nos ambientes de trabalho, inclusive o resultado dos Processos Administrativos após a conclusão dos mesmos. (infrações sanitárias).
109. A Secretaria de Estado da Saúde-PR, conjuntamente com o Conselho Estadual de Saúde-PR, deverá estabelecer uma política estadual de formação e capacitação continuada das equipes municipais e regionais de vigilância epidemiológica e sanitária.
110. A Secretaria de Estado da Saúde-PR deverá encaminhar a realização de Concurso Público, para técnicos das vigilâncias, visando garantir o cumprimento das atribuições da Direção Estadual do Sistema Único de Saúde - SUS.
111. A Secretaria de Estado da Saúde-PR e SMS deverão reconhecer as ações da Vigilância Sanitária como integrante do processo de avaliação dos serviços públicos de saúde.

112. A Secretaria de Estado da Saúde-PR deverá estabelecer critérios e procedimentos que avaliem qualitativamente a atuação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.
113. Secretaria de Estado da Saúde-PR e os municípios em gestão plena deverão fiscalizar e avaliar qualitativamente a atuação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.
114. Que as entidades da sociedade civil, conjuntamente com o Conselho Estadual de Saúde-PR, exijam o cumprimento da moção aprovada na 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, contrária a entrada de alimentos transgênicos no Estado do Paraná e que exige o posicionamento do governo estadual pela definição do Estado como área livre de transgênicos.
115. O Conselho Estadual de Saúde-PR deverá apoiar e integrar a organização das Conferências Municipais de Saneamento, devendo repudiar o Projeto de Lei n.º 4147, apresentado pelo governo federal, que pretende retirar dos estados e municípios a titularidade dos serviços de saneamento, como tentativa de privatização do setor e da sua exclusão do controle público.
116. O Conselho Estadual de Saúde-PR deverá realizar no primeiro semestre de 2002, Seminário Estadual em Defesa da Seguridade Social, debatendo as danosas conseqüências da proposta de privatização do Seguro Acidente no Trabalho (SAT) no Brasil.
117. Diante do diagnóstico apresentado, que indica a precariedade do investimento alocado e a existência de graves problemas gerenciais, entendemos como necessária e urgente, a construção de um modelo de atenção e gestão para a Política de Saúde do Trabalhador. Considerando as inúmeras deliberações de Conselhos e Conferências de Saúde que ainda aguardam encaminhamento por parte dos gestores de saúde, torna-se premente estabelecer mecanismos que garantam aos trabalhadores e as suas entidades representativas o papel de protagonistas no processo de atenção à saúde, garantindo sua participação no planejamento, no controle da aplicação dos recursos, no acompanhamento das atividades de vigilância em saúde e na avaliação das ações realizadas.
118. Os Conselhos Deliberativos Paritários dos CEMAST's deverão ter, dentre outras, as seguintes atribuições: coordenar o processo de implementação da política de Saúde do Trabalhador para as suas áreas de abrangência. coordenar a elaboração e implementação dos Planos de Ação Anual dos CEMAST's. designar o Coordenador Técnico-Administrativo de cada CEMAST. elaborar o Regimento Interno para definição do funcionamento dos Centros de Referência. e fiscalizar o funcionamento dos CEMAST's, colocando em prática o controle social.
119. O Conselho Estadual de Saúde-PR, através da CIST-PR, deverá viabilizar ações voltadas ao estímulo e ao apoio na organização das CIST's em todos os Conselhos Municipais de Saúde do Paraná.
120. As SMS deverão realizar o diagnóstico situacional da Saúde do Trabalhador em seus territórios de abrangência, traçando o perfil da morbi-mortalidade relacionada ao trabalho, mapeando os principais ramos de atividade e os riscos existentes. Estes diagnósticos servirão de base para a construção de

Planos de Ação Distritais, devendo ser apresentados, discutidos e aprovados nas CISTs-Municipais e nos Conselhos Municipais de Saúde.

121. Implementar imediatamente no Estado do Paraná, a Resolução n.º14/00 do Conselho Estadual de Saúde-PR, que aprova a criação de um sistema de notificação de acidentes de trabalho, através da Rede Paraná – Urgência e da Rede de Especialidades do Sistema Único de Saúde - SUS, nas clínicas de ortopedia, hospitais gerais, pronto-socorros do Estado do Paraná.
122. Prever e prover recursos orçamentários (próprios) para o custeio dos Planos Estadual e Municipais de Saúde do Trabalhador, disponibilizando os recursos humanos necessários a sua implementação.
123. A Secretaria de Estado da Saúde-PR deverá providenciar imediatamente o estudo sobre a utilização e as repercussões à saúde, decorrentes da utilização do amianto, devendo estabelecer normatização sobre o banimento do uso do amianto no Estado do Paraná. O Conselho Estadual de Saúde/PR remeterá até 15/03/2002 à Assembléia Legislativa Projeto de Lei sobre o banimento do uso de amianto no Estado do Paraná.
124. Incorporar aos serviços de assistência aos trabalhadores os procedimentos de reabilitação, com a finalidade de evitar ou diminuir as seqüelas e promover a reintegração social ao trabalho, além de implantar programas de prevenção e promoção à saúde do trabalhador.
125. Que o governo do Estado do Paraná encaminhe Projeto de lei que autorize a regulamentação da criação do programa de Saúde do Trabalhador através da instalação das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador em todos os ambientes de trabalho das Administrações Diretas e Indiretas do Estado e dos Municípios. Estabelecendo a obrigatoriedade da elaboração de mapas de risco em todos os ambientes de trabalho, elaborando e implantando os PPRAs e Conselho Municipal de Saúde.
126. Analisar a viabilização da inclusão de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família implantada, para assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de Saúde da Família às ações de promoção de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo – restauradores de Saúde Bucal. Isto deve –se ao fato do Ministério da Saúde propor uma equipe de Saúde Bucal para cada 02 equipes de Saúde da Família, o que equivale a uma população de aproximadamente 2.000 famílias, ou mais ou menos 9.000 habitantes, numero esse considerado inviável para o desenvolvimento satisfatório das ações de Saúde Bucal, visto que a proporção que a Organização Mundial de Saúde preconiza não corresponde com a realidade proposta pelo Ministério da Saúde.
127. Promover discussões públicas sobre saúde mental objetivando desmistificar no imaginário a doença mental: realizadas junto ao Conselho Estadual e Municipal de Saúde, Governo Estadual e Municipal , Sindicatos, Conselhos Profissionais e várias Instituições além de eventos organizados para fins específico na Saúde Mental.

128. Implementação e investimento nos ambulatorios públicos de Saúde Mental, por parte da Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.
129. **Qual dos 3?** Implantação de protocolos de apoio diagnóstico (exames, RX, etc.), de tratamento (medicamentos, fisioterapia, etc.). para otimizar os recursos financeiros disponíveis, elaborando procedimentos operacionais e treinando equipes multiprofissionais para sua implantação.
130. **Qual dos 3?** Implantação de protocolos de pedidos de apoio diagnóstico (exames, RX, etc.), protocolos de tratamento (medicamentos, fisioterapia, etc.) Implantação de protocolos definidos cientificamente para pedidos de apoio diagnóstico (exames, RX, etc) e de tratamento, medicamentos, fisioterapias, etc. nos serviços de assistência da rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
131. Implantação de protocolos de pedidos de apoio diagnóstico (exames, RX, etc.), protocolos de tratamento (medicamentos, fisioterapia, etc.)de acordo com o perfil epidemiológico dos municípios.
132. Formação de gestores e técnicos do Sistema Único de Saúde - SUS para a gerência do Sistema com incentivo à permanência de técnicos qualificados e treinados para evitar a quebra na gestão do sistema municipal quando das eleições.
133. Informatização dos serviços com cadastramento dos usuários, permitindo manter informações de saúde dos pacientes (consultas, resultados de exames, medicamentos fornecidos, etc.), evitando pedidos duplicados de exames, controle no fornecimento de medicamentos, e um atendimento mais rápido e integral ao usuário.
134. Implantar e manter controle rígido de auditoria e fiscalização, para evitar fraudes contra o sistema. divulgando o resultado aos conselheiros .
135. Cadastramento e pré-qualificação de fornecedores de medicamentos, insumos, e serviços exigindo-se cumprimento de normas sanitárias como licença sanitária, registro de produtos no Ministério da Saúde/ANVISA, visitas técnicas, etc. respeitando a legislação pertinente.
136. Que a Secretaria de Estado da Saúde forneça aos municípios relação das empresas que tenham cadastro e pré qualificação de fornecedores de medicamentos, insumos, e serviços exigindo-se cumprimento de normas sanitárias como licença sanitária, registro de produtos no Ministério da Saúde/ANVISA, visitas técnicas, etc.
137. Planejamento e organização das ações, baseada em dados epidemiológicos, pontos críticos de controle e investimento em atividades preventivas, com maior alcance e, normalmente, menos onerosas que o tratamento curativo.
138. Qualificar e organizar as equipes responsáveis pela compra de insumos, principalmente medicamentos que possuem variação de até 500% entre o preço de venda em farmácias e dos fabricantes de genéricos, mantendo sempre a consulta do pessoal técnico que utiliza os insumos para evitar compras de material diferente do necessário.

139. Qualificar e organizar as equipes responsáveis pela compra de insumos, principalmente os genéricos, para evitar compras de material diferente do necessário.
140. Qualificar, organizar e incluir três membros do Conselho Municipal de Saúde, representantes do usuários, nas equipes responsáveis pelas compras de insumos principalmente medicamentos que possuem variação de até 500% entre o preço de venda em farmácias, e dos fabricantes de genéricos, mantendo sempre a consulta do pessoal técnico que utiliza os insumos para evitar compras de material diferente do necessário.
141. Organizar os serviços de armazenamento de medicamentos e insumos, para evitar a perda de produtos por mau armazenamento (implantação de boas práticas de armazenagem).
142. **Qual dos 2?** Racionalizar a prescrição médica através de trabalho de orientação aos prescritores feita por equipes multidisciplinares, preconizando-se a prescrição, dentro do Sistema Único de Saúde - SUS, dos medicamentos constantes nas listas padronizadas, de forma legível pelo nome genérico e maior orientação quanto ao uso e aquisição dos medicamentos (maior intercâmbio médico/ farmacêutico)
143. **Qual dos 2?** Racionalizar a prescrição médica dentro do Sistema Único de Saúde - SUS dos medicamentos constantes nas listas padronizadas, pelo nome genérico e maior orientação quanto ao uso e aquisição dos medicamentos (maior intercâmbio médico/ farmacêutico)
144. Formar grupos/consórcios **não constava no texto** regionais de compra de medicamentos e correlatos como forma de facilitar e diminuir custos com a aquisição destes insumos.
145. Realizar estudos aprofundados para a implantação de novos serviços, observando a relação custo benefício entre a compra de serviços e implantação de serviço próprio ou consorciado com outros municípios. e elaborar procedimentos operacionais e treinar equipes para a sua implantação.
146. Comprar medicamentos e insumos conforme demanda do serviço, evitando desperdício por vencimento de medicamentos e demais insumos, baseando-se nos dados epidemiológicos do município.
147. Promover o uso racional e adequado de medicamentos, insumos, exames, consultas, entre outros.
148. Promover a qualidade dos serviços como uma ferramenta para evitar desperdícios e uso pleno da capacidade dos serviços.
149. Descentralização de exames de rotina para os CRE's do Estado, permitindo ao LACEN tornar-se um laboratório de referência de fato e controle de qualidade dos demais laboratórios.
150. Descentralização de exames de 2ª linha ex. rubéola, toxoplasmose, HIV, etc, para os CRE's do Estado, permitindo ao LACEN tornar-se um laboratório de referência de fato e controle de qualidade dos demais laboratórios.
151. Ampliar a capacidade do LACEN com estrutura física, RH, e equipamentos para a realização de análises de controle de qualidade para medicamentos, domissanitários, alimentos, entre outros.

152. Implantar os exames citopatológicos nos CRE's, contratando-se farmacêuticos bioquímicos e/ou médicos patologistas especialistas nesta área, diminuindo-se o tempo de espera destes exames.
153. Ampliar a capacidade dos laboratórios dos CRE's para permitir análises básicas de controle de qualidade para medicamentos, domissanitários, alimentos, entre outros, exames específicos a saúde do trabalhador e em apoio às vigilâncias sanitárias das regionais de Saúde e dos municípios.
154. Permitir o credenciamento de laboratório de análises clínicas para a realização de exames citopatológicos para prevenção do câncer, para agilizar os resultados, ampliar a capacidade de realização de exames e se necessário descentralizar a realização destes.
155. Ampliar a oferta de exames anatomopatológicos nos CRE's, Consórcios, ou laboratórios credenciados, financiados por recursos federal ou estadual diminuindo o tempo de espera destes exames .
156. Gestionar junto ao INCA a descentralização dos exames citopatológicos nos CRE's contratando-se farmacêuticos bioquímicos ou médicos patologistas especializados nestas áreas, diminuindo-se o tempo de espera destes exames.
157. Realizar com urgência Seminários de Ética e Cidadania em cooperação com o GIOPS (Grupo de Integração das Organizações de Profissionais de Saúde) no âmbito das regionais de Saúde como já ocorrem na capital do estado.
158. Criar, ou se apoiar nos núcleos de qualidade em serviço público já existentes, para formar grupos de incentivo e assessoramento em qualidade em serviço público nas regionais de saúde e municípios.
159. Incentivar a criação de salas de espera com sistema de educação permanente (com vídeos educativos enquanto o paciente espera o atendimento); e/ou profissionais capacitados e adequar os locais de atividade (atendimento).
160. Elaborar, reproduzir e distribuir vídeos educativos para sala de espera.
161. Treinar e capacitar profissionais de saúde em técnicas de elaboração, execução de rotinas (procedimentos operacionais padrão - POP's), formuladas pelos próprios profissionais que irão executá-las, garantindo material didático, bem como espaço físico e horários dentro das instituições que padronizam atividades e procedimentos para que possam ser realizados sempre de uma mesma forma, evitando dois pesos e duas medidas.
162. Incentivar que os serviços de saúde adotem metas de trabalho, missões, valores amplamente divulgados aos seus usuários, e que estes participem na sua elaboração juntamente com todos os servidores.
163. O Estado e Municípios devem manter e/ou contratar profissionais qualificados, habilitados e treinados para as funções técnicas do serviço.
164. A Secretaria de Estado da Saúde/PR em conjunto com o (Conselho Estadual de Saúde-PR), deverá estabelecer uma política estadual de formação e capacitação continuada das equipes municipais e regionais de saúde, com ênfase nas equipes de Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador. Esta política voltada a qualificação e a valorização da força

de trabalho do Sistema Único de Saúde - SUS, deverá contemplar todos os profissionais de saúde.

165. *Criar comissões internas de Saúde do Trabalhador em todos os ambientes de trabalho das administrações diretas e indiretas do Estado e municípios, estabelecendo a obrigatoriedade da elaboração de mapas de risco em todos os ambientes de trabalho, elaborando e implantando programas de prevenção de Riscos Ambientais (PPRA's) e o **P**rograma de Controle Médico e Saúde Ocupacional (**PCMSO**).
166. Os técnicos da Vigilância Sanitária e auditores devem ser qualificados, contratados através de concurso ou teste seletivo, com gratificação específica pela função que exige por lei ser de dedicação exclusiva, que deve ser previsto no plano de cargo, carreira, e salários para a área de saúde de cada município e Estado, para que os mesmos não tenham relações ambíguas com os serviços que fiscalizam.
167. Que o Estado promova ações para uso racional de medicamentos incluindo capacitação de R.H. para a gestão da assistência farmacêutica, não restringindo-se a distribuição de medicamentos e haja maior sensibilização para que o gerenciamento da assistência farmacêutica seja exercido pelo farmacêutico dentro dos padrões técnicos de qualidade.
168. Que o governo federal garanta 100% dos medicamentos de programas divulgados e lançados na mídia.
169. Reabrir o Hospital Londrina, no município de Cambé, como hospital público regional, para funcionar com recurso necessário para atender a demanda do Sistema Único de Saúde - SUS.
170. Criar ambulatório de saúde mental com equipe especializada e/ou inserir um profissional de saúde mental nas equipes de saúde conforme Lei vigente.
171. Que no ano 2002 sejam realizados, através dos COSEMS e Conselho Estadual de Saúde, em nível estadual, e através do CNS, CONASS e CONASEMS debates com os candidatos a Governador e Presidente da República, respectivamente
172. Suprimir alta rotatividade de funcionários que trabalham em áreas estratégicas (ex. Vigilância Sanitária, e vigilância epidemiológica) na SMS.
173. Realização de Concurso público e implantação de Plano de Cargos, Carreira e Salário.
174. Mais investimentos para ações gerais da Escola de Saúde Pública.
175. Ter um incentivo da Secretaria de Estado da Saúde para que os municípios implantem farmácias fitoterápicas.
176. Integrar e articular as vigilâncias sanitárias com outras instituições públicas e privadas de ensino e pesquisa e as que contemplam programas e ações que tenham como objetivo proteger e promover a saúde (Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, Secretaria de Agricultura e Abastecimento, Secretaria de Educação, Ministério da Agricultura e entidades representativas.
177. Inserir vigilância sanitária como prioridade política, difundir o conceito de vigilância sanitária consolidando ações do Sistema Único de Saúde - SUS, pois as ações de promoção e proteção da saúde realizadas como educação

sanitária, saneamento básico, saúde do trabalhador, fiscalização de produtos e serviços de interesse à saúde, geram economia de recursos com a assistência.

178. Cumprir com as determinações sobre a vigilância sanitária e epidemiológica aprovadas em conferências anteriores.

EXPEDIENTE INTERNO

Mesa Diretora do CES/PR:

Presidente:

ARMANDO RAGGIO - Gestor

1º Vice-Presidente

MARILDE LUIZA FÁVERO Usuário - 1º SEMESTRE

ERNI BENJAMIM STEIN - Usuário - 2º SEMESTRE

2º Vice-Presidente

ROSITA MÁRCIA WILNER- - Prestador de Serviços de Saúde

1º Secretário:

SANTO SAVI - Usuário

2º Secretário:

MARI ELAINE RODELLA - Profissional de Saúde

Comissão Organizadora da 5ª Conferência Estadual de Saúde:

Jaime Ferreira - Central Única dos Trabalhadores

Marilde Favero - Pastoral da Criança

Marino de Oliveira - Fórum Popular de Saúde

Mari Elaine Rodella - SindSaúde

Rosa Guiomar Drabeski - União Nacional da APMI

Toni Reis - Grupo Dignidade

René José Moreira dos Santos-SESA

Maria Lúcia Rizzotto - ABEN

Comissão Executiva:

Solange Candal - ESPP

Marise Dalcuche - DSS

Oliva Vasconcellos - CES/PR

Valderez Hallú - SAPE

Valdirene Alves de Lima - Comunicação Social -SESA

Maria da Graça Lima - CIB/PR

Dirceu Grein - DTI

Secretaria Executiva do CES/PR:

Secretária Executiva:

Maria Das Dôres Tucunduva Santos E-Mail: Mdts@Pr.Gov.Br

Apoio Administrativo:

Marlene Gomes Da Costa Pacheco E-Mail: Mar@Pr.Gov.Br

Nosso Endereço:

Rua Piquiri, 170 - 1º Andar - Rebouças

80.230-140 - Curitiba - Paraná

*Fone: (0*41) 330-4313 E 330-4316 - Fax: (0*41) 330-4315*

Home-Page [Http://Www.Saude.Pr.Gov.Br](http://Www.Saude.Pr.Gov.Br)

E-Mail - Ces_Pr@Pr.Gov.Br