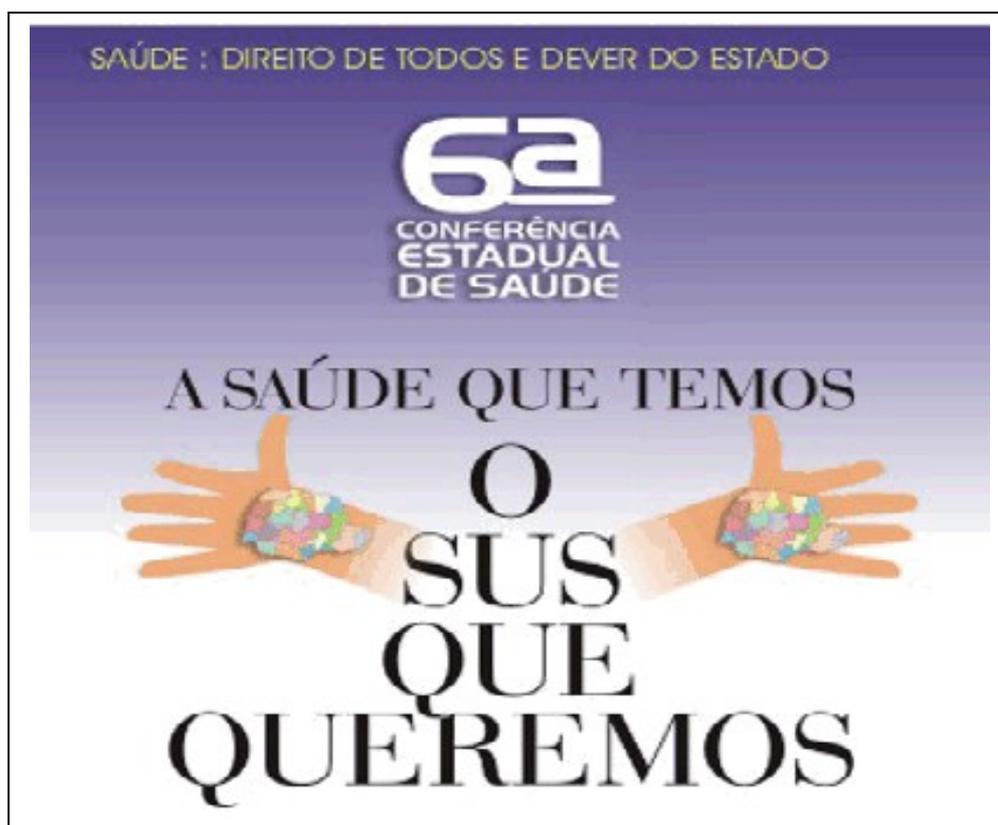


**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**  
**Relatório da 6ª Conferência Estadual de Saúde do**  
**Paraná**



**CURITIBA – PR**  
**2004**

## ÍNDICE

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>02</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>3. PROGRAMAÇÃO DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....</b>	<b>04</b>
<b>4. TESES APROVADAS.....</b>	<b>08</b>
<b>5. RELATÓRIO DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1 EIXO TEMÁTICO I - DIREITO À SAÚDE.....</b>	<b>51</b>
<b>5.2 EIXO TEMÁTICO II - A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE.....</b>	<b>53</b>
<b>5.3 EIXO TEMÁTICO III - A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE.....</b>	<b>54</b>
<b>5.4 EIXO TEMÁTICO IV - AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS.....</b>	<b>59</b>
<b>5.5 EIXO TEMÁTICO V - A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>62</b>
<b>5.6 EIXO TEMÁTICO VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL NO SUS.....</b>	<b>82</b>
<b>5.7 EIXO TEMÁTICO VII - O TRABALHO NA SAÚDE.....</b>	<b>89</b>
<b>5.8 EIXO TEMÁTICO VIII - CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE.....</b>	<b>95</b>
<b>5.9 EIXO TEMÁTICO IX - O FINANCIAMENTO DO SUS.....</b>	<b>97</b>
<b>5.10 EIXO TEMÁTICO X - INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO</b>	
<b>6. MOÇÕES.....</b>	<b>107</b>
<b>7. AS ENTIDADES ELEITAS PARA COMPOR O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ - CES/PR - GESTÃO 2004/2005.....</b>	<b>114</b>
<b>8. COMISSÕES APROVADAS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE.....</b>	<b>117</b>

## **1. APRESENTAÇÃO**

Mesmo depois de quinze anos de criação, o Sistema Único de Saúde ainda está em processo de consolidação e muito precisa ser feito para atingirmos plenamente as diretrizes do sistema como universalidade, integralidade, equidade e resolutividade. Se, por um lado, o Sistema Único de Saúde avançou na descentralização e na participação comunitária, por outro precisa desenvolver mecanismos que os efetivem como política de saúde e não apenas como vontade política.

A organização da sociedade civil na área da saúde tem um papel importante na construção desse projeto e as conferências possibilitam essa participação e avaliação dos serviços públicos em saúde e na definição da política de saúde do Estado.

Neste contexto, a 6ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná foi exemplo de trabalho coletivo, democrático e participativo, culminando com grande avanço da participação popular e consolidação do controle social, avançando assim na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Comissão Organizadora/Comissão Paritária

## 2. INTRODUÇÃO

A Conferência Estadual de Saúde do Paraná, fórum máximo de debates e decisões sobre mudanças efetivas na qualidade de vida do Estado do Paraná, incorporou propostas advindas de toda a sociedade, que, com seus conhecimentos dos problemas de saúde mais emergentes em seus locais de origem, trouxeram contribuição valiosa para um planejamento mais adequado às necessidades de suas regiões.

A sociedade organizada do Estado do Paraná participou da 6ª Conferência Estadual de Saúde, realizada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, que teve como tema central “A SAÚDE QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS”. Também foi fórum de debate de três subtemas: “As Estratégias de Controle Social para a Efetivação do SUS e a Gestão Participativa”; “Financiamento da Saúde - EC-29”; “Diagnóstico do Processo de Trabalho e a Reafirmação dos Princípios e Diretrizes para a Implantação da NOB/RH/SUS”. Também foram realizadas doze oficinas temáticas, sendo que as propostas delas resultantes encontram-se incorporadas neste relatório.

No ano de 2003, dos 399 municípios do Estado do Paraná, 391 realizaram suas conferências municipais de saúde no prazo estipulado pelo Regulamento da 6ª Conferência, tendo como resultado a participação de 96 delegados representantes do segmento da administração pública; 77 delegados representantes do segmento prestador de serviços; 224 delegados representantes do segmento de trabalhador em saúde e 409 delegados representantes do segmento de usuários, totalizando 806 delegados, com relevante contribuição para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Apresentamos a seguir o conjunto de propostas advindas da plenária final da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

Comissão Organizadora/Comissão Paritária

### 3. PROGRAMAÇÃO DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

**24 de outubro de 2003 - Sexta-feira**

08:30 horas      Oficinas Temáticas

**Oficina 1:            Financiamento em Saúde - EC-29**

**Gílson Carvalho**

Assessor Técnico do Conselho Nacional de Saúde

**Marco Antônio Teixeira**

Procurador de Justiça - Ministério Público do Paraná

**Coordenador: Erni Benjamim Stein**

**Oficina 2:            Organização da Atenção em Saúde**

**Sílvio Miranda**

Médico da Equipe do PSF da US Irmã Teresa Araújo - Secretaria Municipal de Curitiba

**Fernando Martins Jr**

Consultor Técnico do Ministério da Saúde

**Coordenadores: Mário Lobato da Costa - Marina Fonseca**

**Oficina 3:            Recuperação Biopsicossocial**

**Alan Cortes de Lucena**

Presidente da Comissão Especial de Direitos e Defesa dos Interesses Jurídicos dos Deficientes da OAB

**Flávio Arns**

Senador da República

**Coordenadores: Édison L. M. Camargo - José Apolinário Fº**

**Oficina 4:            O Trabalho na Saúde**

**Maria Eugênia Cury**

Diretora da CNTSS e Conselheira - Conselho Nacional de Saúde

**Coordenadora: Mari Elaine Rodella**

**Oficina 5:            Construindo a Política Estadual de Saúde Bucal**

**Coordenador: Christian Mendez Alcântara**

**Oficina 6:            Saúde da Mulher nas Políticas Públicas**

Comissão Estadual de Saúde da Mulher do Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal do Direito da Mulher de Londrina

**Coordenadoras: Wilma Araújo Kaiel - Sônia Aparecida Pinheiro Pereira**

- Oficina 7:**           **Efetivando a Política de Saúde do Trabalhador**  
**Coordenador: Jaime de Oliveira Ferreira - Comissão**  
**Intersetorial de Saúde do Trabalhador do CES/PR**
- Oficina 8:**           **Vigilância Sanitária e Meio Ambiente**  
**Coordenadores: Luiz Armando Erthal - Valdir Donizete de**  
**Moraes**
- Oficina 9:**           **Saúde Mental**  
**Pedro Godinho Delgado**  
 Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde  
**Coordenador: Marino de Oliveira**
- Oficina 10:**       **Controle Social e Gestão Participativa no SUS**  
**Paulo Roberto Venâncio de Carvalho**  
 Representante da Coordenação da Plenária de Conselhos e  
 Comissão de Mobilização e Articulação da 12ª Conferência  
 Nacional de Saúde.  
**Coordenadora: Wanderli Machado**
- Oficina 11:**       **Saúde do Idoso**  
**Neidil Espíndola da Costa**  
 Coordenadora do Programa de Saúde e Envelhecimento do  
 Ministério da Saúde  
**Aldacy do Carmo Capaverde**  
 Presidente do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso  
**Coordenador: Dalvo José Mercí**
- Oficina 12:**       **Oficina de DST/AIDS**  
**Coordenador: Antônio Luís Martins dos Reis**
- 14:00 horas       Início do credenciamento no Canal da Música
- 17:00 horas       Encerramento das Oficinas
- 19:00 horas       **Abertura Oficial da 6ª Conferência Estadual de Saúde**
- Secretário de Estado da Saúde - Cláudio Murilo Xavier  
 – Secretaria de Estado da Saúde
  - Conselheira Joelma Aparecida de Souza Carvalho –  
 Coordenadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde do  
 Paraná
  - Conselheiro Ruy Pedruzzi - Presidente do CES/PR
  - Deputado Natálio Stica - Representante da Presidência  
 da Assembléia Legislativa
  - Maria Tereza Uille Gomes - Procuradora Geral de  
 Justiça – Ministério Público do Paraná
  - Conselheira Alini Ivankio Hauer Ploszaj - Representante

dos trabalhadores no CES

- Conselheira Rosita Márcia Wilner - Representante dos prestadores de serviços de saúde
- Conselheira Sônia Aparecida Pinheiro Pereira – Representante das etnias
- Conselheiro José Apolinário Filho - Representante dos portadores de deficiência

20:00 horas Conferência Magna - **SAÚDE, UM DIREITO DE TODOS - O SUS QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS**  
**Palestrante: Gastão Wágner de Sousa Campos - Ministério da Saúde**

### **25 de outubro de 2003 – Sábado**

08:00 horas Credenciamento

08:30 horas **MESA REDONDA**  
 "As estratégias de controle social para a efetivação do SUS e a Gestão Participativa."  
 Paulo Roberto Venâncio de Carvalho - Representante da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos e Comissão de Mobilização e Articulação da 12ª Conferência Nacional de Saúde.  
  
 Fernando Martins Júnior - Consultor Técnico do Ministério da Saúde  
 Marco Antônio Teixeira - Procurador de Justiça - Ministério Público do Paraná  
 Sílvio Miranda - Médico da Equipe do PSF da Secretaria Municipal de Curitiba.

09:30 horas **DEBATE**

10:30 horas **MESA REDONDA**  
 "Financiamento da Saúde - EC 29" - "Diagnóstico do processo de trabalho e a reafirmação dos princípios e diretrizes para a implantação da NOB/RH/SUS"  
 Sílvio Fernandes da Silva - Secretário Municipal de Saúde de Londrina  
 Gílson Carvalho - Assessor Técnico do Conselho Nacional de Saúde  
 Ricardo Burg Ceccim - Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde

11:30 horas Leitura e Aprovação do Regimento Interno

12:00 horas Intervalo para almoço

14:00 horas	Trabalho em grupos
18:00 horas	Encerramento dos trabalhos em grupos
18:30 horas	Eleição do Conselho Estadual de Saúde
19:30 horas	Eleição da delegação do Paraná para a 12ª Conferência Nacional de Saúde

### **26 de outubro de 2003 – Domingo**

08:30 horas	Início da Plenária Final
12:00 horas	Almoço
13:30 horas	Retorno à Plenária Final
17:00 horas	Homologação do Conselho Estadual de Saúde e da Delegação do Paraná para a 12ª Conferência Nacional de Saúde
18:00 horas	Encerramento da 6ª Conferência Estadual de Saúde



## 4. TESES APROVADAS

### 4.1 EIXO TEMÁTICO - A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

#### 4.1.1 Saúde Mental

*TESE DAS ENTIDADES: APARTdq, SindSaúde/PR, FOPS/PR, Central de Movimentos Populares*

Nos últimos quinze anos, a população do Estado do Paraná aumentou. Com isso aumentou proporcionalmente a demanda na assistência à Saúde. Não tendo sido feito concurso público em todo este tempo, tem havido uma sobrecarga crescente de trabalho dos profissionais de saúde.

A sobrecarga aliada à ausência de uma política de recursos humanos que vise o crescimento profissional e a falta de reposição das perdas salariais há mais de oito anos gera a queda de qualidade no atendimento à população.

A falta de investimento na capacitação e atualização dos profissionais da Saúde é muito mais grave na saúde mental, pois, para promover realmente a saúde mental do Outro, deve-se trabalhar a própria saúde mental. Mas sem investimento isso não é possível. O não investimento em saúde mental ocorre provavelmente devido à intencional fuga dos gestores da necessidade de enfrentar uma situação dramática porém cômoda de insistência histórica na prática do modelo hospitalocêntrico, centrado no atendimento psiquiátrico.

O modelo hospitalocêntrico surgiu no final da década de 40/50 e se prolongou até a década de 60. Naquele tempo acreditava-se que o único meio de tratar o indivíduo em sofrimento psíquico era retirá-lo do convívio com a família, do trabalho e da sociedade, isolando-o em instituições distantes, de difícil acesso e com tratamentos longos, em geral de maneira autoritária, pois as decisões estavam centralizadas nas mãos do médico, “que sabe o que faz”.

O problema é que o mundo mudou, as ciências surgiram e evoluíram e a prática ainda está em sua maioria arraigada no contexto autoritário, preconceituoso e marginalizador de origem.

A reforma psiquiátrica é uma proposta de respeito, humanização e principalmente de mudança de atitude em relação ao usuário, portador de direitos e merecedor de cidadania, como qualquer um de nós. Dá-se preferência ao tratamento na

assistência primária, ou seja, na Unidade Básica de Saúde, próximo da casa do indivíduo, podendo-se fazer uso de um Ambulatório de Saúde Mental ou ainda usufruir da infra-estrutura de um CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial, dependendo de sua necessidade de tratamento continuado, também levando-se em conta a regionalização. Essa mudança de mentalidade reflete a necessária divisão do poder na prática da Assistência à Saúde Mental. Afinal, ninguém sabe tudo, principalmente sobre o Outro.

A proposta de reforma psiquiátrica vem sendo discutida há mais de dez anos, mas não tem se efetivado no Paraná. É o terceiro Estado com o maior número de internações psiquiátricas.

Mais de 95% dos recursos em saúde mental são gastos em leitos hospitalares. Um usuário internado em hospital psiquiátrico custa aproximadamente R\$ 800,00. São 4.776 leitos distribuídos nos 18 hospitais, o que dá R\$ 3.822.400,00 por mês, fazendo com que o interesse financeiro em mantê-lo hospitalizado seja maior do que o interesse humano em tratá-lo como cidadão, portador de direitos e valorização social. Isto faz com que não se avance nos serviços extra-hospitalares (o Paraná tem apenas 15 CAPS), fazendo com que a população, não tendo alternativas, seja manipulada no sentido da manutenção do modelo hospitalocêntrico.

Em termos de reforma psiquiátrica, salientamos que neste momento está havendo uma profusão de leis e portarias ministeriais no sentido de reverter este modelo e apoiar o usuário na reabilitação psicossocial (em nosso Estado temos a Lei "Rosinha", que não tem sido cumprida).

O que falta aos profissionais e à população em geral é entender que a saúde mental não é o vilão da história da saúde e que ações simples, porém bem planejadas, surtem efeitos resolutivos.

#### **4.1.2 Intersectorialidade na Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência - PPD**

*TESE DAS ENTIDADES: SindSaúde/Pr., CRESS, FOPS*

A legislação brasileira garante que as pessoas portadoras de deficiência têm direito a saúde, educação, trabalho, assistência social, lazer, cultura e esporte, e devem ser tratadas como cidadãs, sem discriminação.

Por outro lado, há a ausência de uma política pública das esferas do governo federal, estadual e municipal no enfrentamento da problemática vivenciada por esse grupo de pessoas.

Historicamente, as pessoas portadoras de necessidades especiais são cuidadas por entidades filantrópicas e privadas, que realizam campanhas junto à sociedade para conseguir recursos financeiros a fim de suprir suas necessidades básicas, substituindo o papel do Estado.

O governo do Estado do Paraná não tem investido na política de educação especial. Exemplo disso foi a passeata das escolas especiais em 2002 exigindo verbas públicas para garantir o funcionamento adequado dessas escolas. Sabemos que há uma enorme demanda reprimida em escolas especiais, principalmente para pessoas portadoras de paralisia cerebral e condutas típicas. Esse problema é constatado principalmente em Curitiba e na Região Metropolitana.

Se a família consegue vaga nas escolas especiais, não consegue transporte especial. Outro problema na área de educação é a falta de serviços de avaliação psicopedagógica que analisem o grau de dificuldade da pessoa portadora de necessidades especiais e indiquem a escola adequada para a deficiência.

Na área da saúde há somente um Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente - CRAID localizado no município de Curitiba. Esse Centro conta com uma equipe médica (pediatras, neurologistas, oftalmologistas, otorrinolaringologista, cardiologista, psiquiatra, clínico geral), terapêutica (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, reeducação visual), serviço social e setor pedagógico.

A clientela atendida nesse Centro reside em Curitiba, na Região Metropolitana e em municípios do interior do Estado.

O CRAID atende crianças que residem a até 400 quilômetros de Curitiba, o que ocasiona um transtorno à família, pois têm que viajar em veículo na maioria das vezes sem conforto, provocando ainda mais problemas de saúde.

Há uma demanda reprimida de terapias em crianças a partir de 5 anos nas clínicas conveniadas com o SUS, clientela não atendida mais nas terapias do CRAID, por não fazer parte do programa Bebê de Risco e também por falta de profissionais para atendê-la.

A verba destinada a esse Centro é insuficiente para custear suas despesas. O recurso financeiro disponibilizado ao CRAID tem suprido atualmente apenas 10% da medicação necessária.

Entendemos que há necessidade de implementar uma política pública intersetorial, envolvendo educação, saúde, trabalho, cultura e assistência social, visando a integralidade da atenção à saúde dos portadores de deficiência.

## **4.2 EIXO TEMÁTICO - AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS**

### **4.2.1 Gestão e Organização dos Serviços no SUS**

*TESE DAS ENTIDADES: SindSaúde/PR, FOPS/PR, Sindipetro*

Este texto baseia-se numa retrospectiva dos textos e deliberações que compõem o relatório final das 4ª e 5ª Conferências Estaduais de Saúde.

É indispensável marcar os atores políticos e a ideologia do grupo que comandava o Paraná na época da realização das duas últimas conferências. Jaime Lerner implementava uma forte política de desresponsabilização do Estado frente às ações e serviços prioritários que deveriam estar sob o comando, diretrizes e controle governamental. Na saúde foi um período de total abandono. De 1994 a 2002, a Secretaria do Estado da Saúde (SESA) não planejava suas ações e, por consequência, não definia prioridades e não fazia avaliação do Sistema de Saúde. Tudo isso foi proposital: a política pública precisava tornar-se cada dia mais degradada e insuficiente, para justificar a política de terceirização. As entidades populares desenvolveram diversas ações para resistir e denunciar as perversidades dessa linha de pensamento, mas grande parte da sociedade estava deslumbrada com as propagandas e palavras sedutoras do governo passado e, no nosso caso, dos gestores da SESA/ISEP.

Um exemplo concreto da ruptura entre teoria e prática é a afirmação contida na tese apresentada pela SESA/ISEP para as 4ª e 5ª Conferências Estaduais de Saúde. Vejamos: “É dever do Estado organizar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, organizado com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade.” Sobre a rede de ações e serviços é preciso desenhar o quadro de debilidade atual: desde a publicação da Norma Operacional Básica 01/91, os municípios ficaram responsáveis pela organização da

rede de atenção básica. Na maioria dos municípios houve uma expansão do número de unidades de saúde, ofertando consultas para pediatria, ginecologia e clínica geral. Os municípios também deveriam investir, com apoio do Estado e da União, nas campanhas de vacinação, na oferta de medicamentos e executar serviços de vigilância à saúde (sanitária, epidemiológica, saneamento básico, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador). Olhando de perto, vemos que grande parte não cumpre o que é de sua responsabilidade. Contudo, na última década, o gestor estadual do SUS desenvolveu política que desresponsabilizava o Estado do seu papel (acompanhar, controlar e avaliar as redes no âmbito do SUS, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios). Como resultado temos uma rede de serviços fragmentada e que não atende às necessidades dos usuários. Podemos citar como exemplo de nós críticos: a falta de serviços que atendam as demandas de grupos populacionais mais vulneráveis, a atenção aos portadores de doenças crônicas, a saúde do índio e dos portadores de deficiência, a acentuada insuficiência de serviços em saúde mental, em saúde do trabalhador, para a gestante e recém-nascido de alto risco, para os que necessitam de transplantes, entre outros. Ou seja, após quinze anos de SUS, a população paranaense não conta com uma rede integrada, hierarquizada e que promova a atenção integral à saúde e que garanta a equidade.

Por tudo isso, é preciso que a SESA redirecione o modo de fazer saúde no Paraná. É preciso resgatar as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, orientando e definindo como organizar as ações e serviços visando ter uma rede hierarquizada e regionalizada em todo o Estado.

É preciso dar um basta ao modelo de fazer saúde com base na lógica da realização de procedimentos centrado nos hospitais e que valoriza a tecnologia.

O desafio é enorme, mas não impossível. Há exemplos de outros Estados que estabeleceram uma nova relação com os municípios por meio de pactos entre as esferas de governo, quanto às prioridades, metas, repasses financeiros e definição de responsabilidades.

É urgente retomar o caminho das atribuições de cada esfera de governo para ofertar uma rede integrada (município, Estado e União), regionalizada (organizar em todo o Estado) e hierarquizada (rede de serviços que atenda desde a atenção primária até a alta complexidade, satisfazendo as necessidades da população). Toda essa

estrutura deve passar por avaliações permanentes, sendo readequada e reorientando as ações a partir dos dados sociais e epidemiológicos.

#### **4.2.2 O papel do Estado no Sistema de Controle, Regulação e Avaliação**

*TESE DAS ENTIDADES: Relatório de Sergipe/SESA*

Os problemas enfrentados pelos gestores estaduais para operar o sistema de controle, regulação e avaliação são:

- A falta de clareza no entendimento conceitual destas funções, que devem ser vistas não como um único sistema mas como dimensões complementares de gestão.
- A inexistência de um sistema de regulação, controle e avaliação eficiente.
- A insuficiência de recursos financeiros para a implantação do Sistema Regulador, para a compra e manutenção de equipamentos de informática e para a contratação de recursos humanos especializados, tais como teledigitadores e médicos reguladores.
- A insuficiência de recursos para o financiamento da média complexidade.
- A dificuldade na negociação com os gestores municipais e prestadores da rede privada, principalmente nas capitais.
- O excesso de normatização por parte do Ministério da Saúde e o perfil inadequado da auditoria. Para a superação desses problemas, os gestores estaduais propõem:
- A implantação e implementação do Sistema de Regulação.
- A definição e implementação de política de capacitação de recursos humanos.
- A negociação e a pactuação entre os gestores.
- A negociação com os prestadores, utilizando instrumento de contratação.
- A articulação da regulação com o controle e a avaliação.
- A criação de sistemas regionais, facilitando o processo de referência e contra-referência.
- A definição de uma política de financiamento para a operacionalização dos Sistemas Reguladores na assistência hospitalar e ambulatorial que garanta recursos das três esferas do governo para a aquisição de equipamentos e

insumos e contratação de recursos humanos, para o funcionamento das Centrais de Regulação nas regiões e microrregiões.

Quanto à execução das ações de regulação, os gestores estaduais têm o seguinte entendimento sobre a divisão de responsabilidades.

#### Responsabilidade da esfera estadual

- A Secretaria Estadual de Saúde regula o acesso das populações referenciadas para municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em articulação com o gestor municipal.
- É responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde a regulação das referências intermunicipais e dos prestadores de serviços nos municípios não habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

#### Responsabilidade da esfera municipal

- O município em Gestão Plena do Sistema regula o acesso da sua população aos serviços localizados no seu território e a Secretaria Estadual de Saúde regula o acesso das populações referenciadas de outros municípios independente de onde os serviços estejam localizados.
- A regulação da rede de serviços, inclusive os de urgência e emergência de abrangência municipal, deve ser de responsabilidade do gestor municipal que contrata os serviços e controla os recursos.

#### Responsabilidade da esfera federal

- O Ministério da Saúde deve realizar a regulação das referências interestaduais.
- O MS deve regular (definir e coordenar) os sistemas de alta complexidade, conforme definido no artigo 16 da Lei 8080.

Para os gestores estaduais, a relação entre as Centrais de Regulação Nacional, Estaduais e Municipais deve dar-se respeitando as responsabilidades e competências nas abrangências hierárquicas de cada esfera de gestão, com intercâmbios periódicos, assessoria e direção técnica quando necessário. Deve considerar um sistema regulatório único, compatibilizado entre si, partindo de um marco regulatório construído de forma pactuada, visando um Modelo Regulatório Nacional.

Deve, ainda, contar com um sistema adequado de comunicação e transparente de informação, de modo que gestores e usuários obtenham rapidamente o atendimento de suas demandas. Deve procurar dar garantia de eficiência e

eficácia para a obtenção de bons resultados e para a utilização racional dos recursos disponíveis.

As Secretarias Estaduais de Saúde devem recomendar ao Ministério da Saúde a agilização e a simplificação da implantação do cartão SUS como condição facilitadora para o relacionamento adequado entre as centrais de regulação, com a criação de um site na Internet contendo as informações sobre regulação e os relatórios resultantes das atividades reguladoras.

#### Nova Norma Operacional (Relatório de Sergipe)

Os Secretários Estaduais de Saúde propõem a elaboração de uma nova Norma Operacional. Essa nova norma deve estar voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01702).

Para os Secretários Estaduais de Saúde, a nova NOB/SUS deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do País e integrar ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental.

Os Secretários propõem, ainda, o estabelecimento de uma nova modalidade de relações intergestores com base em um tipo de contrato de gestão, cujo eixo será o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual.

### **4.2.3 Recursos Humanos**

#### *TESE DAS ENTIDADES: Relatório de Sergipe/SESA*

Os gestores estaduais propõem:

- Que a atividade do profissional de saúde seja considerada como carreira típica de Estado.
- Atrelar a expansão de serviços à garantia antecipada de contratação dos recursos humanos necessários ao seu funcionamento.
- Desenvolver capacitação interna e permanente para todos os seus servidores sobre os princípios do SUS.
- Incorporar os processos de capacitação e dimensão ética como uma das formas de melhorar a relação da equipe de saúde como a população usuária.

- Defender o concurso público como forma de provimento das vagas ofertadas pelos gestores do SUS.
- Apoiar a constituição das mesas de negociação como fórum privilegiado de discussão das questões relativas a RH em todos os níveis da gestão do SUS.

#### Recursos Humanos na Promoção da Saúde (Relatório de Sergipe)

Os Secretários Estaduais de Saúde propõem:

- Trabalhar institucionalmente a promoção da Saúde com usuários e servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informação e comunicação.

#### Recursos Humanos / Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica (Relatório de Sergipe)

Os Secretários Estaduais de Saúde devem:

- Fortalecer a política de desenvolvimento de recursos humanos na área das Vigilâncias.

#### Recursos Humanos e a Atenção Básica (Relatório de Sergipe)

As Secretarias Estaduais de Saúde devem:

- Conduzir a política de recursos humanos no âmbito dos Estados, coordenando a instalação e implementação dos Pólos de Capacitação.
- Recomendar aos Ministérios da Saúde e da Educação que sejam estabelecidas normas para a formação dos profissionais de saúde, observando as prioridades do setor público.
- Recomendar ao Ministério da Saúde que proceda à reavaliação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS no sentido de superar conflitos na organização dos serviços de Atenção Básica para atuar efetivamente na interiorização de profissionais de saúde.
- Recomendar aos Ministérios da Saúde e da Educação o estudo de novas alternativas para a interiorização de profissionais a exemplo do serviço civil obrigatório ou voluntário.
- Recomendar aos Ministérios da Saúde e da Educação o estudo da possibilidade de contratação de residentes para atuarem na Atenção Básica.
- Recomendar ao Ministério da Saúde que efetue estudo sobre a situação de exercício de profissionais estrangeiros no país.

- Apoiar os municípios na identificação de alternativas de contratação que sejam compatíveis com as realidades distintas e com a Lei da Responsabilidade Fiscal.

#### **4.2.4 Pela Efetivação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador**

*TESE DAS ENTIDADES: FÓRUM POPULAR DE SAÚDE/CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES - CUT/SINDSAÚDE/SISMUC*

O **Fórum Popular de Saúde - FOPS**, integrado por entidades dos movimentos sindical e popular, tem denunciado a ausência de vontade política dos sucessivos governos em enfrentar as repercussões da relação capital-trabalho na saúde da população.

As ações e os serviços de saúde do trabalhador permanecem com uma inserção periférica no SUS-Paraná, apresentando reduzida participação na definição dos rumos da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). Os investimentos realizados em recursos humanos e materiais são inexpressivos.

À fragmentação e desarticulação das ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS soma-se a atuação pontual e desarticulada das outras Secretarias de Estado (Educação, Trabalho, Meio Ambiente, etc.) e demais instituições envolvidas com a atenção à saúde do trabalhador.

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST-PR), ligada ao Conselho Estadual de Saúde (CES-PR), tem cobrado dos gestores do SUS a efetivação imediata da Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

A CIST-PR elaborou, em março de 2003, o documento ***Cenário da Política de Saúde do Trabalhador no SUS-Paraná***, apresentando a análise crítica dos eixos que deveriam nortear a organização das ações de saúde do trabalhador no Paraná. O documento indica, entre outros problemas:

- O precário diagnóstico, com a conseqüente ausência de planejamento das ações saúde do trabalhador.
- Os limites das ações de vigilância da saúde do trabalhador nos ambientes e condições de trabalho, que tem se restringido ao atendimento das demandas do Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho, **atuando somente após a ocorrência desses agravos**. A precária sistematização e

análise das informações sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho não orienta as ações de promoção e proteção à saúde do trabalhador nos diversos ramos produtivos.

- A inexistência de uma atuação efetiva frente a problemas já identificados, tais como: as lesões de esforços repetitivos (LER), a perda auditiva induzida por ruído (PAIR), as pneumoconioses, as intoxicações por agrotóxicos, o trabalho infantil e outros.

- A precária organização das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis da rede de serviços do SUS (básica, especializada e hospitalar), inexistindo um sistema de referência e contra-referência (local e regional), comprometendo decisivamente a atenção à saúde do trabalhador. Este quadro adquire maior dramaticidade nos municípios do interior do Estado, mas está presente em Curitiba e na Região Metropolitana.

- A dificuldade e morosidade de acesso às consultas com especialistas, aos exames para o estabelecimento do nexo das doenças com o trabalho e para o tratamento e a reabilitação da saúde dos trabalhadores são impressionantes. Inexistem Centros de Referência no interior do Estado, sendo que no Centro de Referência da Região Metropolitana de Curitiba (CEMAST) existem pelo menos 800 casos de doenças aguardando a confirmação de sua relação com o trabalho. O Hospital do Trabalhador (HT), localizado em Curitiba, atende parcial e exclusivamente a demanda do CEMAST, não disponibilizando nenhum atendimento na Central de Marcação de Consultas.

As resoluções da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná (2000) já denunciavam a fragilidade da atenção à saúde do trabalhador no Estado, não tendo havido a reversão desse quadro. As políticas de sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde, implementadas por Lerner e aliados, desfinanciaram e não encaminharam a realização de concursos públicos no setor saúde, bloqueando a estruturação das ações saúde do trabalhador no SUS.

A proposta de Plano Plurianual (PPA), apresentada pela SESA-PR (2003), causa indignação por não prever recursos orçamentários para a saúde do trabalhador, o que comprometerá o financiamento destas ações nos próximos anos. A postura da SESA-PR desconsidera resoluções de Conferências e do Conselho Estadual de Saúde, que determinam a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) em todas as macrorregiões do Estado.

A criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e de seus Conselhos Gestores

O debate sobre a criação de sete Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Macrorregionais (CRST-Macrorregionais) no Paraná antecede a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1679/02, que cria a Rede Nacional de Atenção Integral de Saúde do Trabalhador (RENAST).

As deliberações sobre a criação dos CRST Macrorregionais aparecem nos relatórios da 3ª, 4ª e 5ª Conferências Estaduais de Saúde e da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador (2000). O Conselho Estadual de Saúde aprovou a Resolução nº 09/02, determinando a criação desses CRST Macrorregionais até o final do ano de 2002. Essas resoluções não foram cumpridas até o momento.

A atribuição central destes CRSTs será atuar estrategicamente na disseminação e articulação da rede de atenção integral à saúde do trabalhador (básica, especializada e hospitalar), servindo de retaguarda técnica e complementar dos demais níveis de atenção.

Os relatórios de reunião da CIST-PR identificam como principais entraves para a estruturação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador a ausência de mecanismos de financiamento permanente e a insuficiência de recursos humanos para a implementação das ações e serviços no SUS.

A inexistência ou insuficiência de recursos orçamentários (próprios) faz os gestores do SUS-Paraná pretenderem utilizar as transferências financeiras previstas pela RENASt como os únicos recursos disponíveis para a estruturação dos CRST. É inadmissível que os recursos financeiros da RENASt sejam encarados como a “tábua de salvação”. Os repasses da RENASt têm de custear de forma suplementar (algo a mais) a criação dos CRST-Macrorregionais. Pergunta-se: Qual será a contrapartida da SESA-PR neste processo? Qual a participação dos municípios no custeio dos CRST? Os recursos humanos serão disponibilizados pelo Estado e/ou pelos municípios? Qual o destino dos recursos a serem repassados pela RENASt (Ministério da Saúde)?

A não realização de concursos públicos no setor saúde traz a preocupação do surgimento de propostas “provisórias”, que em nome de uma maior “agilidade” agravam a rotatividade e a precarização da contratação de profissionais de saúde, comprometendo a qualidade e perenidade das ações e serviços de saúde do

trabalhador no SUS. A CIST-PR definiu posição contrária à contratação de trabalhadores de saúde através de consórcios intermunicipais de saúde, cooperativas de mão-de-obra, contratos de prestação de serviço e outros.

A definição das diretrizes para a constituição da Rede Estadual de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador tem de passar pelas instâncias de controle social do SUS, devendo ser repudiada qualquer tentativa de transferência desse debate para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Todas as decisões da CIB deverão ser apreciadas e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES-PR).

Torna-se urgente que o CES-PR discuta e delibere sobre a estruturação do CRST-Estadual e o cronograma para a implantação dos demais CRST-Macrorregionais e respectivos Conselhos Gestores, definindo a concepção de trabalho dos CRSTs e a realização de concurso público para a contratação das equipes de saúde, etc.

O CES-PR aprovou, no primeiro semestre de 2003, resolução que cria os Conselhos Gestores dos CRST, estabelecendo atribuições, composição e funcionamento desses Conselhos. Faz-se necessária a ampla mobilização para a imediata garantia do controle social nestes centros de referência.

### **Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador - CEMAST**

O CEMAST, criado em 1996 através da cooperação informal entre os gestores estadual e municipal de Curitiba, até hoje não teve formalizado seu convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A maioria dos problemas gerenciais do CEMAST, apontados no Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde (2001), permanecem sem solução. A CIST-Curitiba tem cobrado, reiteradamente, a apresentação do Relatório de Atividades do CEMAST. A Resolução nº 01/02, do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, estabelece que o CEMAST deve apresentar bimestralmente o seu Relatório de Atividades à CIST-Curitiba, o que ainda não ocorreu em 2003.

## **Hospital do Trabalhador - HT**

O HT teve seu convênio renovado em 2003 por um período de mais dois anos. O convênio foi firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e a Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR), não tendo sido debatido nem aprovado pelo Conselho Deliberativo do Hospital do Trabalhador, composto por entidades da sociedade civil. A postura antidemocrática dos gestores do SUS não se limitou ao fato de não submeter o convênio à discussão do controle social. O convênio, além disso, extinguiu o próprio Conselho Deliberativo do Hospital do Trabalhador.

Permanece no convênio do HT a contratação de trabalhadores de saúde através da FUNPAR, não estando prevista data para a realização de concurso público.

### **4.2.5 DST/AIDS**

*TESE DA ENTIDADE: Comissão Estadual de DST/AIDS*

A Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS), que se reuniu em 2001, vê “com profunda preocupação que todas as pessoas ricas ou pobres, sem distinção de idade, sexo ou raça, são afetadas pela epidemia HIV/AIDS e também vê que os habitantes dos países em desenvolvimento são os mais afetados e que as mulheres, os jovens e as crianças, sobretudo as do sexo feminino, são os grupos mais vulneráveis...”.

Diante disso pode-se afirmar que no Brasil, e em especial no Estado do Paraná, alguns segmentos sociais são discriminados quando há necessidade de assistência nos serviços públicos de saúde: profissionais do sexo (prostitutas, garotos e garotas de programa, travestis), gay’s, hsh (homens que fazem sexo com homens), transgêneros, usuários de drogas e sobretudo pessoas que vivem com HIV e/ou aids.

Estes são grupos que apresentam culturas e necessidades diferentes, que as ações de prevenção deverão reconhecer, considerar e contemplar. Além disso, o estigma e a discriminação conferem uma certa invisibilidade a essa população para os serviços de saúde e as estatísticas.

É importante lembrar, ainda, que além desses segmentos sociais há um aumento considerável da incidência do vírus HIV e aids entre a população heterossexual em

geral, sobretudo entre mulheres e adolescentes. É também na faixa etária dos 20 aos 49 anos, considerada de maior vulnerabilidade, que a epidemia avança e tem gerado muito sofrimento, e às vezes conseqüências na vida sexual e reprodutiva dos doentes, bem como reflexos na vida produtiva do país.

Mediante a exposição desta problemática, a Comissão Estadual de DST/HIV/AIDS propõe na 6ª Conferência Estadual de Saúde as seguintes medidas para melhor promover a saúde, em todos os seus níveis:

Implementar mecanismos de monitoramento e avaliação dos indicadores relacionados à soropositividade do HIV e buscar parcerias com o Ministério da Saúde para viabilizar o exame de genotipagem no Estado do Paraná, com capacidade de atender a demanda, que faça a análise do material coletado, agilizando a resposta ao paciente.

Estimular as parcerias com sociedades científicas, entidades formadoras e de classe, empresas e organizações não governamentais, para desenvolver novas estratégias, visando a intensificação das ações de educação em saúde, voltada para o controle da epidemia pelo HIV e o desenvolvimento de estudos que visem conhecer o comportamento das populações mais vulneráveis;

Implementar os mecanismos de informação e comunicação, com o objetivo de intensificar as ações de promoção à saúde, controle da infecção pelo HIV e redução da transmissão vertical;

Consolidar os programas de prevenção às DST e AIDS através de incentivos financeiros, humanos, insumos e apoio institucional.

Divulgar campanhas publicitárias destinadas a toda a população, nos vários tipos de mídia, inclusive em horário nobre (20:00 às 21:30), enfocando a importância dos programas e projetos de redução de danos e prevenção às DST/Aids, no combate à infecção do HIV/Aids, DST, hepatite e demais doenças infecto-contagiosas.

Ampliar a divulgação em todas as categorias sociais dos serviços de atendimento e prevenção de HIV/Aids (através de campanhas publicitárias) e grupos de adesão existentes e disponibilizados no Estado.

Articular os serviços do SUS para atendimento de qualidade à população geral visando cumprir o princípio de universalidade exposto no art. 7º da Lei n.º 8080/90 (Normas gerais do SUS).

Implantar política social mediante a realização de treinamento e capacitação, com orientações e recomendações sobre o tratamento da Hepatite C, DST e AIDS, para

cuidadores em casa de apoio e cuidadores familiares de pessoas que vivem com esses agravos à saúde. Incluindo a elaboração de um manual de rotina para as casas de apoio, funcionários e demais pessoas capacitadas;

Recomendamos ao Programa Nacional de DST/HIV/AIDS que pactue nas esferas federal, estadual e municipal a questão de medicamentos complementares relativos aos efeitos colaterais dos medicamentos retrovirais.

Sensibilizar, capacitar e instrumentalizar diferentes profissionais de saúde dentro da ótica de redução de danos, garantindo a compra e a disponibilização de insumos de prevenção em redução de danos.

Recomendar aos municípios que tenham agentes de saúde em redução de danos para desenvolver os trabalhos de campo dentro das US - SUS em parceria com as ONG's/OSCIP's.

Articular com a esfera federal a disponibilização da vacinação contra a hepatite B e exames para hepatite C para a população em geral, acompanhada de um informativo sobre os meios de contágio e agravos pelo vírus.

#### **4.2.6 Redução de Danos**

*TESE DAS ENTIDADES: Rede Paranaense de Redução de Danos, Fórum Paranaense de ONG's AIDS e Grupo Rede Solidariedade*

A epidemia de HIV/AIDS atinge todas as pessoas, sem distinção de raça, cor, orientação sexual e condição sócio-econômica, mas são sem dúvida as camadas mais empobrecidas da população as mais atingidas, principalmente jovens, mulheres e crianças, bem como grupos que têm um risco acrescido e vulnerabilidade como profissionais do sexo, população gay, HSH, transgêneros e usuários de drogas injetáveis .

O uso de drogas injetáveis é uma das principais formas de transmissão do vírus da AIDS. Dados que são facilmente comprováveis, se constatarmos as altas soroprevalências de HIV (média nacional de 52%) e hepatite C (média nacional de 60%) entre os UDI. Em torno de 25% dos casos de AIDS estão direta ou indiretamente relacionados com o compartilhamento de seringas entre os UDI. Na Região Sul, os dados associados ao compartilhamento de agulhas e seringas ligados à epidemia com maior relevância para o uso compartilhado de equipamentos utilizados na auto-administração de drogas injetáveis - com o predomínio absoluto da cocaína injetável - é, direta ou indiretamente, responsável por cerca de 25% dos

casos de aids notificados até o momento. Porcentagem de casos de aids pertencentes a esta categoria = 36.218 (dados preliminares até 02/09/2000), equivalentes a 18,5% do total.

Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sangüínea são bastante prevalentes entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais.

Esse fato representa risco acrescido para infecções transmissíveis através do ato sexual desprotegido e, eventualmente, transmissíveis também verticalmente durante a gravidez/parto em que atingem mais as mulheres e a população heterossexual. Estudos empíricos vêm demonstrando que a maioria desses UDI é sexualmente ativa e que a freqüência de uso sistemático de preservativos nessa população é extremamente baixa. Essas questões incidem no perfil epidemiológico, quando constatamos que 38,2% das mulheres com aids contraíram o vírus compartilhando seringas ou por parceria sexual com UDI; e 36% dos casos de aids pediátrica apontam um dos progenitores como UDI.

A disseminação do HIV entre os usuários de drogas, seus parceiros sexuais e filhos constitui, sem dúvida, um dos danos mais sérios decorrentes do consumo de determinadas substâncias psicoativas. Portanto, as ações preventivas devem compreender as seguintes iniciativas: desestimular o consumo de drogas; desestimular a transição para vias mais graves e danosas de consumo; oferecer tratamento aos usuários de drogas (e, eventualmente, a seus familiares); evitar, por meio da disponibilização de equipamentos descartáveis de injeção, a infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea entre aqueles que não querem, não podem ou não conseguem parar de injetar drogas.

A redução de danos é uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em conseqüência de práticas de risco. No caso específico do Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), objetiva reduzir os danos dos usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral. Desta forma, as ações de redução de danos contribuem para a inclusão dos usuários de drogas na equidade do sistema (SUS), quando disponibilizam não só os equipamentos necessários à prática de sexo e droga seguros, mas os aproxima do acesso a bens e serviços.

Devemos procurar incluir outros esforços para a incorporação das ações de redução de danos no âmbito de outras ações abrangentes de saúde, como nos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família (PACS/PSF), Saúde Mental e Saúde da Mulher, bem como desenvolver projetos de tratamento da dependência química segundo normatização já estabelecida pelo SUS para a área de transtornos mentais, fomentando serviços que preferencialmente oferecem tratamento ambulatorial ou de centro-dia, promovendo, portanto, ações de redução de danos vinculados ao SUS .

Assim propomos:

- Maior disponibilidade de recursos para as ações de redução de danos;
- Capacitar diferentes profissionais de saúde para o desenvolvimento de trabalho na ótica de Redução de Danos - dentro dos diferentes programas: Saúde Mental, DST/AIDS, Saúde da Mulher;
- Capacitar pessoal para o trabalho de campo em Agentes de Saúde em Redução de Danos, bem como viabilizar a contratação de agentes de saúde em redução de danos no SUS;
- Subsidiar e fundamentar trabalhos de Redução de Danos nos municípios que apresentam soroprevalência para HIV alta entre UDI, contribuindo para a descentralização e municipalização dos serviços dos Programas de Redução de Danos bem como apoiando os municípios que já têm PRD's implantados;
- Ampliar a disponibilização de vacinação contra Hepatite B para usuários de drogas;
- Fortalecer as ONG no sentido de serem reconhecidas como agentes de prevenção;
- Incorporar metodologias de ONG/OG que atuam em outros segmentos populacionais, com uma história de iniciativas bem sucedidas;
- Incluir seringas e agulhas, gel lubrificante, aumento da disponibilização supervisionada de preservativos femininos, como insumos de prevenção, ao lado de insumos mais tradicionais, como os preservativos masculinos dentro do SUS disponibilizando a população de usuários de drogas acessada.

#### **4.2.7 Recursos Humanos**

*TESE DA ENTIDADE: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO PARANÁ*

Quando se fala em recursos humanos para a Assistência Farmacêutica logo se observa que este ponto é um dos grandes entraves para garantir uma assistência de qualidade. Dos 399 municípios do Estado do Paraná, menos de 180 possuem farmácia com farmacêutico. Não raro os funcionários que atendem as farmácias municipais são adaptados à função, ou seja, nunca tiveram formação para dispensar um bem de saúde tão complexo e que pode provocar tantos danos às pessoas que o utilizam.

Estima-se que no Brasil 5% das internações hospitalares estejam relacionadas aos medicamentos, seja pelo uso correto, incorreto ou abuso destes, sendo os principais motivos para isso:

- Deficiências de formação dos profissionais de saúde que atuam no ciclo da assistência farmacêutica, principalmente direcionada às necessidades do SUS.
- Falta de capacitação e qualificação de profissionais que atuam na dispensação de medicamentos.
- Adaptação de funcionários ou pessoas para a dispensação de medicamentos (serventes, administrativos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, balconistas de farmácia leigos, esposas de prefeitos, etc.).
- Profissionais desatualizados e não comprometidos, desmotivados por remuneração insuficiente.

#### **4.2.8 Pela Implementação Imediata da Política de Recursos Humanos no SUS**

*TESE DA ENTIDADE: FÓRUM POPULAR DE SAÚDE - FOPS*

O Fórum Popular de Saúde - FOPS tem sustentado historicamente que a efetivação de uma Política Nacional de Recursos Humanos constitui-se em elemento estratégico para a construção do SUS, pois são justamente os trabalhadores do Sistema que viabilizam a implementação dos projetos, ações e serviços de saúde. Mesmo com os crescentes avanços tecnológicos, não veremos substituída a importância do envolvimento e cuidado dos servidores na atenção à saúde.

Os princípios e diretrizes para a construção da Política Nacional de RH do SUS constam na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUS), aprovada pela 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) e pelo Conselho Nacional de Saúde (2002).

A criação da NOB-RH/SUS constitui-se em um avanço no reconhecimento da importância de estabelecer regras para as relações de trabalho, apontando a necessidade de políticas voltadas à profissionalização e valorização da força de trabalho do SUS, a serem implementadas nas três esferas de governo.

A abrangência da NOB-RH/SUS contempla os trabalhadores do setor público, do setor privado - filantrópico e lucrativo -, contratado ou conveniado ao SUS e das instituições de ensino e pesquisa relacionadas à área da saúde.

A 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (2001) aprovou em suas resoluções muitos princípios e diretrizes da NOB-RH/SUS, que tiveram sua implementação bloqueada pela maioria dos gestores do SUS. Torna-se necessária uma ampla mobilização para a reversão desse quadro.

### **PELA DESPRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS**

A discussão da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS requer a análise dos programas de ajuste fiscal e das “Reformas do Estado” implementadas no Brasil, durante a década de 90, sob os ditames do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial. Destacam-se as políticas de redução e reorientação dos gastos públicos em prejuízo das demandas sociais; a redução do Estado, com a privatização das empresas e serviços públicos potencialmente lucrativos, e a diminuição da proteção social por meio da precarização das relações de trabalho (perda de direitos trabalhistas e previdenciários).

A conquista constitucional do SUS, que significou avanços em relação ao reconhecimento do direito à saúde, confrontou-se violentamente, nesse período, com a contra-reforma promovida pelo projeto neoliberal.

A herança das políticas de desmonte e privatização dos serviços públicos de saúde, implementadas por Lerner e seus aliados, configuram as enormes dificuldades por que atravessa o SUS-Paraná: definhamento das ações e serviços de saúde; precária valorização e aperfeiçoamento da força de trabalho do SUS; déficit no teto

financeiro, com conseqüente ausência de recursos para novos investimentos, e outros.

O Relatório Final da 5ª Conferência Estadual de Saúde (2001) denuncia a irresponsável Política de Recursos Humanos no SUS-PR, evidenciada:

A- pela não realização de concurso público para a área da saúde há mais de quinze anos;

B- pela falta de investimento no Centro Formador e na Escola de Saúde Pública, que eram referência na formação e atualização dos trabalhadores;

C- pelo descompromisso em estabelecer uma política salarial, resultando hoje em oito anos sem reposição das perdas salariais.

As diferentes modalidades de contrato de trabalho realizadas por grande parte dos gestores do SUS (terceirizações, contratação por cooperativas, contrato de prestação de serviço e outros), utilizadas em substituição à realização de concursos públicos, tem levado à desqualificação e descontinuidade da atenção à saúde, além de provocar a precarização das relações de trabalho no âmbito do SUS, que se expressam na perda de direitos trabalhistas e previdenciários, na rotatividade da força de trabalho, etc.

Cabe refletir o quanto a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) determinou este processo de precarização das relações de trabalho no setor público, estabelecendo limitações do percentual de gastos com a folha de pagamento, com a tolerância da existência de folhas suplementares dos serviços terceirizados.

Os Conselhos de Saúde devem contribuir com reflexão sobre a mudança da organização e gestão da atenção à saúde. Pois ainda predomina nos serviços de saúde a lógica tradicional de gerência: poder centralizado em chefes, ausência de enfoque epidemiológico, controle meramente quantitativo dos procedimentos técnicos realizados (sem análise qualitativa do impacto das ações), elaboração centralizada de programas e normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos.

A maioria dos gestores tem buscado impedir a instalação das Mesas Permanentes de Negociação de RH do SUS e a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho.

A 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (2001) deliberou pela realização da Conferência Estadual de Recursos Humanos do SUS no ano de 2002, visando dar início à implantação da NOB-RH/SUS no Paraná. Esta, como a maioria das deliberações tomadas naquela ocasião, não se efetivou.

Os caminhos para a desprecarização das relações de trabalho no SUS passam impreterivelmente pelo controle social e pela participação dos trabalhadores de saúde na Gestão do Trabalho no SUS; pela contratação somente por concurso público; pelos PCCS e pela formação e capacitação permanente da força de trabalho do SUS.

Em esfera federal verificamos alguns avanços em relação ao estabelecimento de uma política de gestão de trabalho no SUS: a instalação da Mesa Permanente de Negociação, a adoção de um Plano de Carreira para os trabalhadores do SUS, o Seminário de Desprecarização das Relações de Trabalho, a realização de concurso público, a criação de pólos de capacitação. As demais esferas de governo também devem se orientar à semelhança do Ministério da Saúde para uma política de RH no SUS, pautada pelos princípios e diretrizes da NOB-RH/SUS.

#### A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR PÚBLICO

O SUS representou um avanço nas formas de pensar e agir em relação à saúde dos trabalhadores. Contudo, verifica-se uma contradição entre a conduta das instituições públicas na fiscalização das empresas e enquanto contratante (empregador) de força de trabalho.

Pode-se afirmar que o descaso com a promoção e proteção da saúde do trabalhador no setor público é escandaloso, existindo muitos ambientes, processos e condições de trabalho nocivos à saúde. Inexistem instrumentos de organização dos trabalhadores nos ambientes de trabalho (OLT), sendo insignificante a participação dos servidores e suas entidades representativas na formulação de ações de promoção, proteção, recuperação, reabilitação da saúde dos trabalhadores. Raramente são realizados exames periódicos, sendo inúmeros os relatos das posturas autoritárias das perícias existentes nos órgãos públicos. As informações existentes sobre acidentes e doenças relacionados ao trabalho são extremamente precárias, não estando disponíveis, na maioria dos casos, nos bancos de dados do SUS.

Existem no quadro dos servidores públicos do Estado do Paraná aproximadamente 140 mil trabalhadores, distribuídos nas mais diversas atividades. Os números de acidentes de trabalho ocorridos (e registrados) com servidores estaduais foram em torno de 509 ocorrências em 2000, 439 em 2001 e 277 em 2002. Considerando o total de servidores públicos estaduais, esses números evidenciam a existência de uma subnotificação dos acidentes de trabalho. Observando os dados referentes às licenças para tratamento de saúde (LTS), por grupos de doenças, identifica-se em primeiro lugar a ocorrência de sofrimento psíquico, cujo índice tem aumentado a cada ano, crescendo de 13% em 1998 para 20% dos afastamentos de 2002. Outra importante causa de afastamento se refere às doenças do sistema osteomuscular (que podem estar relacionadas às lesões de esforços repetitivos - LER). Elas apresentaram um aumento de afastamentos de 15% em 1998 para 18% em 2002. O absurdo é que, no mesmo período, não ocorreu a notificação de nenhuma doença relacionada ao trabalho. Os abusos e as posturas autoritárias de muitos ocupantes de cargo de chefia têm caracterizado a prática do assédio moral nos ambientes de trabalho, podendo ser uma das causas de sofrimento psíquico.

#### 4.3 EIXO TEMÁTICO - A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

##### **4.3.1 Comando Único/ Responsabilidades dos Estados/Nova Norma Operacional**

*TESE DAS ENTIDADES: Relatório de Sergipe/SESA*

##### **Redefinindo o comando único**

É urgente e necessária uma ampla rediscussão quanto ao entendimento "comando único" nos termos da NOAS/SUS 01/02 e do conceito de direção única em cada esfera de governo nos termos do artigo 7º da Lei 8080/90. O comando deve ser uma diretriz organizativa do SUS voltada para a garantia do direito à saúde do cidadão independente do município onde reside. É fundamental a redefinição de comando único, não só em relação aos prestadores de serviço, mas também em relação às macrofunções de cada gestor.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) deve manter a defesa intransigente do fortalecimento e desenvolvimento da capacidade de autoridade

sanitária estadual e regional das Secretarias Estaduais de Saúde no exercício de suas macrofunções, bem como dos demais gestores em suas respectivas esferas de governo.

Com relação ao Comando Único, os Secretários Estaduais de Saúde consideram que:

- A gestão das referências intermunicipais e das unidades de referência regionais/estaduais deve ser de responsabilidade do nível estadual, ou conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite e homologado no Conselho Estadual de Saúde.
- Na esfera da gestão municipal, a responsabilidade pela saúde deve ser municipal de serviços de abrangência intramunicipal (hospitais que atendem a população local).
- O comando único na esfera da gestão federal deve ser relativo aos serviços de referência nacional, com garantia da referência da população supraestadual.
- Um mesmo prestador de serviço (público ou privado) deve estar sob o comando de um único gestor (municipal ou estadual), bem como um gestor municipal só pode contratar serviços nos limites do seu território. Da mesma forma, um gestor estadual não pode contratar serviços em outro Estado.

#### Responsabilidades dos Estados.

##### 1. Responsabilidade da Atenção Básica. (Relatório de Sergipe)

Os gestores estaduais concordam que a gestão e a execução das ações e serviços de Atenção Básica são responsabilidades inerentes ao gestor municipal.

Para os gestores estaduais, o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Básica é:

- Co-financiar a Atenção Básica, a partir de critérios e de plano de investimento definido pela gestão estadual.
- Garantir a equidade na oferta de serviços de Atenção Básica.
- Promover cooperação técnica com os municípios com orientação para a organização dos serviços de Atenção Básica que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos.
- Promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na Atenção Básica, com ênfase em:
  - Educação permanente

- Assessoramento aos municípios nas redes locais de contratação de pessoal (discutir normas, salários regionais, execução de concursos)
- Realizar o acompanhamento, a avaliação e a regulação dos serviços de atenção básica, visando sua qualificação.
- Executar ações da Atenção Básica, de forma suplementar ou transitória, nos municípios que não desempenham sua responsabilidade na área.

Para exercer este papel, as Secretarias Estaduais de Saúde devem:

- Definir e implantar, no âmbito de cada Estado, propostas de co-financiamento para a Atenção Básica, de acordo com critérios definidos pela gestão estadual.
- Aperfeiçoar o processo de cooperação técnica e financeira com os municípios, no sentido de garantir o acesso com equidade, a resolutividade e a integralidade na atenção à saúde.
- Adotar medidas de indução para que os municípios assumam efetivamente suas responsabilidades na Atenção Básica.
- Adotar medidas para sensibilizar os gestores das instituições de formação de recursos humanos em saúde, os profissionais, a população usuária e os formadores de opinião para a importância da organização dos serviços de Atenção Básica.
- Conduzir a política de recursos humanos no âmbito dos Estados, coordenando a instalação e implementação dos Pólos de Capacitação.
- Recomendar ao Ministério da Saúde que a discussão sobre a política de Assistência Farmacêutica Básica seja inserida no contexto da Atenção Básica, como uma das condições necessárias para atingir níveis adequados de resolutividade.

#### **4.3.2 O Papel das Secretarias Estaduais na Organização das Redes de Urgência e Emergência**

*TESE DAS ENTIDADES: Relatório de Sergipe/SESA*

Para os gestores estaduais, as Secretarias Estaduais de Saúde devem exercer o papel de coordenar e arbitrar o Sistema de Urgência e Emergência de forma a garantir o acesso da população aos serviços. A Secretaria Estadual de Saúde deve ser o principal agente de regulação nesta área.

A Central de Regulação deve ser estadual, porque esta é uma área de abrangência estadual e regional. A Secretaria Estadual de Saúde deve identificar as

necessidades da população para garantir o acesso aos serviços de urgência e emergência no âmbito regional e estadual, propondo o Plano Estadual de Urgência e Emergência que deve ser construído de forma participativa e com base no Plano Diretor de Regionalização. Deve apoiar sua operacionalização, inclusive no que diz respeito ao seu financiamento (investimento e/ou custeio). A forma de organização da Central de Regulação deve ser flexível para melhor se adequar à realidade de cada Estado.

### **4.3.3 Atenção Primária e Promoção da Saúde**

#### TESE DAS ENTIDADES: Relatório de Sergipe/SESA

##### Atenção Básica/Atenção Primária como Estratégia Organizativa dos sistemas de saúde

Os gestores estaduais propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como sendo da esfera estadual as macrofunções de formulação da política de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais.

Os gestores estaduais concordam que a efetiva organização dos sistemas de saúde pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção (Atenção Básica). Os Secretários Estaduais de Saúde têm posição unânime e firme com relação ao entendimento de que a atenção básica é a principal porta de entrada do serviço de saúde, ressalvadas as situações de atendimento de urgência e emergência. Para fortalecer essa posição, as Secretarias Estaduais de Saúde devem

- Buscar a adequação do financiamento para a atenção básica, sem prejuízo para o financiamento dos serviços de média e alta complexidade.
- Adotar medidas técnicas e políticas para fortalecer e divulgar a atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde.

## Promoção da Saúde.(Relatório de Sergipe).

### Prioridade para a Promoção da Saúde

Os gestores estaduais defendem a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, com ênfase na articulação intersetorial, através de parcerias intra e extragovernamentais, devendo constar das políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde.

#### **4.3.4 Assistência Farmacêutica**

*TESE DA ENTIDADE: (PROPOSTAS CONSTANTES DO RELATÓRIO PRELIMINAR DA REUNIÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA A SER SUBMETIDO À ASSEMBLÉIA DO CONASS)*

- Definição do papel e das competências por níveis de gestão para atenção básica, média e alta complexidade.
- Rever os valores referentes ao incentivo da Assistência Farmacêutica Básica
- Medicamentos de dispensação em caráter excepcional — revisão da Portaria GM/MS 1318/2002, revisão dos valores da tabela SIA/SUS; aumento de recursos federais para o financiamento adequado da aquisição destes medicamentos; utilização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde de medicamentos importados (por exemplo: imiglucerase); proposta de reorganização do Programa de Medicamentos de Dispensação em caráter excepcional.
- Estruturação da área de Assistência Farmacêutica nos Estados e Municípios com alocação de recursos para investimento.
- Revisão dos programas verticalizados e fragmentados do Ministério da Saúde (ex. Kit PSF HIPERDIA) com nova sistemática de repasse, com um elenco único para a atenção básica.

#### **4.3.5 Organização da Assistência Farmacêutica**

*TESE DA ENTIDADE: Conselho Regional de Farmácia do Paraná*

A categoria farmacêutica há muitos anos vem criticando as diversas políticas de medicamentos e assistência farmacêutica pelo fato de reduzirem o papel desta apenas ao aspecto fornecimento de medicamentos, desconsiderando diversos aspectos importantes como a promoção do uso racional dos medicamentos, a estruturação das farmácias públicas, a exigência de profissionais habilitados e qualificados para o atendimento à população.

Para nós é muito difícil resumir em tão poucas linhas os graves problemas relacionados à Assistência Farmacêutica. Eles começam com a falta de uma política que proteja o Brasil da prática da biopirataria, que nos obriga a pagar royalties por substâncias extraídas da nossa flora e fauna em consequência de uma lei de patentes equivocada e contrária aos interesses nacionais. Não temos pesquisa científica suficiente e faltam incentivos para ela. O sistema de vigilância sanitária é deficitário desde a produção até os estabelecimentos farmacêuticos, principalmente nos municípios. Há problemas de distribuição, armazenamento, comercialização e propaganda sobre os médicos e consumidores. O acesso aos medicamentos pela população brasileira é limitado, principalmente à parcela mais carente. A questão do preço dos medicamentos está diretamente relacionada com nossa brutal dependência externa de sais e insumos básicos. Os estabelecimentos farmacêuticos e os medicamentos são caracterizados como meros itens de comércio, e não como bem essencial à nossa saúde, como gostaríamos que fosse. Prolifera em nosso país a prática da empurroterapia, a falsificação de medicamentos, o roubo de cargas, a ausência ou o impedimento da atuação do farmacêutico, fruto muitas vezes do excesso de estabelecimentos devido à facilidade com que são abertos sem as condições mínimas necessárias, inclusive nos serviços públicos. Gostaríamos de expor aqui as graves denúncias e as soluções propostas na CPI dos medicamentos. Mas o espaço é pequeno e o grande prejudicado é o cidadão!

Não podemos negar que houve melhorias no acesso aos medicamentos dentro do SUS nos últimos anos com o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Porém, isso tem agravado um outro lado importante relacionado à falta de acesso à informação correta sobre o uso de medicamentos, minando os recursos do sistema com internações desnecessárias e caras, face às intoxicações e ao uso incorreto, além da piora da saúde e vidas perdidas ou prejudicadas. Grande parte dos municípios não têm estrutura adequada de farmácia para atender sua população.

#### **4.3.6 Promoção do Uso Racional de Medicamentos**

*TESE DA ENTIDADE: Conselho Regional de Farmácia do Paraná*

No Brasil, 28% das internações por intoxicação são por medicamentos, que ocorrem devido ao seu mau uso, ocasionando um elevado custo na manutenção do sistema de saúde.

Da mesma forma, são muitos os tratamentos de saúde agravados ou ineficazes devido ao uso incorreto, excessivo ou inadequado dos medicamentos, à não compreensão da forma de usá-los, à não conclusão do tratamento, etc.

Os pacientes crônicos, com problemas respiratórios (asmáticos, etc.), hipertensos, diabéticos, etc. geram grandes custos nas internações pelo agravamento de sua situação. São milhares os pacientes hipertensos que terminam com problemas cardíacos ou hemodializados, as crianças que nascem com defeitos congênitos devido ao uso de medicamentos na gravidez, os leitos ocupados por pacientes com intoxicações, agravamento de doenças, 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, o mal de Hansen, infecções por bactérias multiresistentes, etc.

Os gastos com assistência farmacêutica têm se tornado cada vez maiores, sem conseguir melhoria significativa na resolutividade dos tratamentos, enquanto os municípios padecem com a falta crônica de recursos.

Infelizmente, a maioria dos municípios ainda não dispõe de profissionais habilitados nessa área, o que dificulta esse trabalho e contribui para o desperdício de recursos financeiros e vidas humanas.

A experiência dos municípios que têm trabalhado com uma política de assistência farmacêutica voltada para o uso racional dos medicamentos comprova que é possível oferecer mais medicamentos para quem mais necessita e de forma correta, com qualidade e reduzindo-se os custos em outras áreas de saúde.

Em tempos de poucos recursos financeiros, temos promovido o melhor uso das ferramentas terapêuticas de que dispomos.

Convivemos com uma forte cultura de medicalização da sociedade, onde parece haver remédio para tudo e a população exige cada vez mais medicamentos sem ter noção dos problemas que eles geram, pois não há remédio sem efeito colateral.

Além disso, há forte pressão da indústria sobre os profissionais médicos, farmácias, balconistas e diretamente sobre a população para aumentar cada vez mais a venda de medicamentos, não raro de forma totalmente desnecessária e contrariando os interesses sanitários.

Está na hora de o SUS promover o uso racional dos medicamentos. Não basta apenas fornecer medicamento sem a devida orientação. O medicamento usado de forma errada passa a ser considerado sem qualidade, e deforma o sistema, o médico que o receitou e a Secretaria que o forneceu.

#### 4.4 EIXO TEMÁTICO - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL NO SUS

##### 4.4.1 Acesso e Controle Social

*TESE DA ENTIDADE: Conselho Regional de Farmácia do Paraná*

Quando se fala em controle social na área da assistência farmacêutica, ainda são poucos os conselhos, conselheiros e mesmo profissionais e gestores de saúde com conhecimento pleno do que é Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o que dificulta o controle dos programas. Nem todos os municípios elaboram seus Planos Municipais de Assistência Farmacêutica e os relatórios apresentados aos conselhos são muitas vezes precários e omissos.

Infelizmente, o acesso aos medicamentos ainda é utilizado politicamente, como forma de barganha e sem o compromisso social ou com a qualidade dos serviços prestados à população. Isso gera desvios graves e é clara a falta de interesse de alguns municípios em organizar sua farmácia municipal.

Quanto ao acesso aos medicamentos, no documento da Política Nacional de Medicamentos, o perfil do consumidor brasileiro e seu acesso aos medicamentos são extremamente desiguais. Um primeiro grupo de consumidores é formado por pessoas com renda acima de 10 salários mínimos, correspondente a 15% da população, que consome 48% dos medicamentos comercializados, com despesa anual média de 193,4 dólares per capita; o segundo grupo, com renda entre 4 a 10 salários mínimos (correspondente a 34% da população), consome 36% do mercado e gasta em média 64,15 dólares per capita; já a parcela mais pobre da população, com nenhuma renda até 4 salários (representando 51% da população), consome em

média 16% do mercado e gasta anualmente 18,95 dólares per capita (BRASIL, 1998). Isto gera dois problemas: o excesso de consumo de medicamentos por alguns e, em outro extremo, a falta de acesso aos medicamentos necessários para a manutenção da saúde de uma grande parcela da população, com comprometimento elevado de sua renda.

Raramente há farmácias de serviço público abertas 24 horas e muitos municípios não têm legislação municipal que regulamente o plantão.

### **Fortalecer a Participação e o Controle Social no SUS**

*TESE DA ENTIDADE: SindSaúde/Pr; Fórum Popular de Saúde do Paraná (FOPS), Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná (APUFPR), Central Única dos Trabalhadores (PR), Central de Movimentos Populares (CMP).*

Os Conselhos de Saúde, conforme a Lei 8142/90, são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, constituindo-se em instâncias que congregam diferentes segmentos da sociedade e expressam diferentes formas de conceber e construir o SUS. As Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos e demais fóruns nacionais de controle social do SUS têm manifestado reiteradamente a defesa da garantia e ampliação dos mecanismos de participação e controle social no SUS. Neste período, acumularam por exemplo o entendimento de que os secretários e o ministro da Saúde não venham a ser presidentes dos conselhos por força de lei. Entretanto, é necessário avançar na reflexão sobre a garantia da autonomia e independência dos conselhos de saúde, bem como sobre o aprofundamento de sua democracia interna. A organização do processo do trabalho nos conselhos deve explicitar a concepção da transparência, do acesso amplo às informações e da democratização da tomada de decisões. Estruturas hierárquicas e verticalizadas tendem a facilitar a concentração das informações e a criação de espaços de concentração de poder.

O **Fórum Popular de Saúde - FOPS** tem defendido historicamente que os conselhos de saúde venham a se fortalecer enquanto estruturas autônomas e independentes em relação às Secretarias e ao Ministério da Saúde.

## **GARANTIA DA INDEPENDÊNCIA, LEGITIMIDADE E REPRESENTATIVIDADE**

**DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE** - Os Conselhos têm a importante atribuição de ampliar o espaço público de participação da sociedade na formulação, execução e avaliação das políticas de saúde, para garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Porém, a efetivação dessas prerrogativas está condicionada à criação de condições que permitam o pleno funcionamento dos conselhos. Persistem as práticas autoritárias de muitos gestores do SUS, que, utilizando mecanismos de cooptação ou truculência explícita, buscam segregar os posicionamentos divergentes dos ditames oficiais. Esses abusos visam camuflar as contradições e os diferentes interesses presentes na sociedade. Existem ainda muitos conselhos de saúde, criados por lei municipal, que não respeitam a paridade entre os diversos segmentos. Contudo, os problemas com a composição dos conselhos de saúde não se restringem à paridade das entidades. O que se verifica, com frequência, é a participação de ocupantes de cargos de chefia (cargos de confiança ou comissionados) representando o segmento de trabalhadores de saúde. Da mesma forma, algumas entidades recebem recursos do SUS como prestadores de serviço representando o segmento de usuários. Fatos como estes comprometem a legitimidade e a autonomia dos Conselhos, denunciando a tentativa de subordiná-los às Secretarias de Saúde. Outra constatação grave tem sido a ingerência dos gestores do SUS na escolha dos delegados dos segmentos de usuários e de trabalhadores de saúde para as conferências e conselhos de saúde, especialmente em nível municipal. As práticas do assédio moral, da perseguição e de intimidações de conselheiros de saúde ainda persistem na maioria dos municípios. O reflexo dessa prática pode ser sentido no funcionamento de grande parte dos Conselhos: questões de extrema relevância para a definição das políticas de saúde não são pautadas ou recebem um tratamento superficial. Torna-se necessário reafirmar a defesa inegociável da autonomia e da independência dos representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de Saúde.

## **DEMOCRATIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS INSTÂNCIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

Por se tratar de instância colegiada, a coordenação dos Conselhos de Saúde deve dar-se de forma colegiada, compatibilizando a organização e os métodos de trabalho com os objetivos previstos pelos Conselhos. Neste sentido, a criação de estruturas

internas, tais como a mesa diretora, a secretaria executiva, as comissões, os grupos de trabalho e outras, deve estar pautada pela finalidade de ampliar a participação e facilitar os trabalhos dos Conselhos. Neste sentido, os Conselhos devem constituir coordenações que superem a adoção de estruturas hierárquicas e verticalizadas, garantindo que a mesa diretora, assim como as demais comissões, tenham a atribuição de assessorar o plenário e não se sobrepor a ele. Para romper com a herança centralizadora e autoritária na condução das políticas públicas deve-se buscar, além da descentralização das atribuições, da transparência das informações e da democratização da tomada de decisões, estabelecer mecanismos de eleição dos integrantes da mesa diretora que coíbam o culto ao personalismo e incentivem o trabalho colegiado.

### **GARANTIA DA INFRA-ESTRUTURA PARA O FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

A garantia das condições físicas e técnicas constitui-se em condição básica para a atuação dos Conselhos. Estes, em sua maioria, carecem de estrutura: recursos humanos, físicos e materiais. Os Conselhos necessitam contar com dotação orçamentária específica que assegure sua autonomia e que, entre outras, também garanta as condições financeiras para custear a participação de delegações de conselheiros em conferências, plenárias, cursos de capacitação e outros eventos do SUS. A secretaria executiva deve pertencer à estrutura do Conselho de Saúde, evitando qualquer subordinação ao gestor. A secretaria executiva é órgão de apoio administrativo, não devendo compor a mesa diretora nem a coordenação das reuniões plenárias, servindo apenas de apoio administrativo ao funcionamento do Conselho. A estrutura necessária para o funcionamento da secretaria executiva está condicionada às suas atribuições, devendo, portanto, estar prevista no regimento interno do Conselho. Mecanismos de avaliação e acompanhamento do desempenho da secretaria executiva também deverão estar previstos no regimento interno.

**CAPACITAÇÃO E INFORMAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE** - Efetivar o controle social das políticas públicas pressupõe o envolvimento de expressivas parcelas da população no seu exercício. Isso exige a transparência das informações, a democratização da tomada de decisões e a construção intensiva e massiva de instrumentos de formação política. Tal formação é entendida como ferramenta para a compreensão do SUS enquanto projeto em disputa pelos diferentes grupos e

classes sociais. Os Conselhos necessitam estabelecer uma política de comunicação com a sociedade (imprensa, eletrônica e outros meios), coibindo a utilização dos instrumentos de comunicação dos Conselhos como veículos de propaganda pessoal ou oficial. A ampliação da participação e a renovação de lideranças e entidades comprometidas com o controle social do SUS implicam instituir políticas de capacitação permanente. Considerando que o exercício de conselheiro é uma função pública, esta capacitação deve ser financiada com recursos públicos, contemplando conteúdos relativos a financiamento, planejamento, avaliação e controle em saúde.

**O PAPEL DOS CONSELHOS E DAS COMISSÕES BIPARTITE (CIB) E TRIPARTITE (CIT)** - As Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) cumprem o papel de pactuar a regionalização e a organização da atenção à saúde, mas não podem desviar ou esvaziar a atuação dos Conselhos como instâncias de deliberação. As decisões das Comissões Intergestoras têm de ser aprovadas, necessariamente, pelos Conselhos de Saúde.

**ESTABELECIMENTO DAS AGENDAS DE TEMAS BÁSICOS NOS CONSELHOS DE SAÚDE** - As atribuições legais dos Conselhos exigem o planejamento de suas ações, devendo estar previstas a priorização e a organização de suas discussões e deliberações. A atuação dos Conselhos normalmente não prevê a definição de uma Agenda de Temas Básicos, o que dificulta a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde. Podem ser adotados os seguintes critérios para a criação de uma Agenda de Temas Básicos pelo Conselho de Saúde: a) Pertinência: indica temas que são atribuições do Conselho; b) Relevância: indica temas prioritários e importantes para o Conselho; c) Tempestividade: indica o momento oportuno para discutir os temas; d) Precedência: indica a ordem de discussão de cada tema. Pontos de pauta que devem integrar a Agenda de Temas Básicos: Plano Municipal ou Estadual de Saúde; Processo Orçamentário e Financiamento do SUS (especialmente aqui, observar os prazos); Orçamento para o Conselho; Política de Recursos Humanos; Capacitação de Conselheiros; fortalecimento e efetivação do exercício do controle social; Relatório de Gestão e Audiências públicas de prestação de contas (trimestral); Organização e Gestão do sistema de atenção integral à saúde; Avaliação permanente do SUS, e outras PROPOSTAS - 1) Que os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde instituem em seus regimentos internos: a elaboração de uma Agenda Anual de Temas Básicos e estabeleçam prazos para

que o Executivo homologue, publique e execute as deliberações dos Conselhos de Saúde, 2) Que as entidades que recebem recursos do SUS - através de convênios, subvenções ou outras formas de financiamento - não representem o segmento dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde. Essas entidades deverão integrar o segmento dos prestadores de serviço do SUS, 3) Que os ocupantes de cargos de chefia (cargos de livre provimento, em comissão, confiança ou outros) não representem o segmento dos trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de Saúde. Estes deverão integrar o segmento dos prestadores de serviço do SUS, 4) Que os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde exijam que os Planos de Saúde, os Orçamentos Anuais, os Planos Plurianuais, os Planos de Investimento, a Política de Recursos Humanos, as Prestações de Contas e os Contratos/Convênios assumidos pelos gestores do SUS sejam discutidos e submetidos à apreciação dos Conselhos de Saúde, garantindo-se o seu caráter deliberativo e a participação no processo de planejamento e execução orçamentária do setor saúde, 5) Que os Conselhos Municipais e Estadual exijam que as decisões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) sejam submetidas à aprovação dos Conselhos de Saúde, 6) Que os Conselhos Municipais e Estadual exijam o direito de solicitar a realização de auditorias relacionadas ao funcionamento das diversas instâncias do SUS, bem como o direito de receber os relatórios das auditorias realizadas em consórcios intermunicipais de saúde e/ou de demais serviços privados contratados ou conveniados ao SUS, 7) Que os Conselhos Municipais e Estadual exijam o cumprimento das diversas resoluções de Conferências que determinam a criação de Conselhos Gestores em todas as unidades de saúde, ambulatoriais ou hospitais, públicos ou conveniados (incluindo os HU e consórcios ), garantindo o seu caráter deliberativo e a representação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

#### 4.5 EIXO TEMÁTICO - O FINANCIAMENTO DO SUS

##### **4.5.1 Financiamento**

*TESE DA ENTIDADE: Relatório de Sergipe/SESA*

Regulamentação da EC 29.

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS/322, definiu os itens que não devem ser considerados como despesas para efeito de aplicação da EC. Os Secretários Estaduais de Saúde defendem a ampliação dos recursos para o setor saúde e, assim, defendem o cumprimento da EC 29. Consideram urgente a necessidade de regulamentação da EC 29 através de lei complementar. Defendem a demonstração, com transparência, dos gastos estaduais, municipais e federal em saúde. Defendem, ainda, o incremento da participação dos Estados no financiamento do SUS.

#### Financiamento na Promoção da Saúde (saneamento)

##### Relatório de Sergipe/SESA

Entre as principais dificuldades encontradas pelos gestores estaduais para a real priorização das ações de promoção da saúde estão:

- A ausência de políticas de financiamento para saneamento básico - água, lixo e esgoto -, fundamentais para o fortalecimento das ações de promoção da saúde.

Para superar as dificuldades identificadas, os Secretários Estaduais de Saúde propõem:

- Valorizar os cenários epidemiológicos na definição de prioridades de investimentos na área da saúde.
- Adotar atitude propositiva em projetos de promoção, oferecendo aos municípios propostas que possam ser reproduzidas, não se limitando ao cumprimento da agenda federal.
- Convencer os governantes a priorizarem recursos para ações de Promoção da Saúde.

#### Financiamento da VISA.

##### Relatório de Sergipe/SESA

Dificuldade identificada pelos gestores estaduais para a utilização dos recursos federais da Vigilância Sanitária:

- O mecanismo vigente de transferência de recursos federais aos municípios, via Estado. Devido à inexistência de mecanismos de transferência fundo a fundo, os recursos são repassados por meio de convênios. Dado o baixo valor do repasse, alguns municípios não prestam contas, ficam inadimplentes e não podem receber novos recursos, o que gera a baixa execução estadual.

Para superar esta dificuldade identificada na utilização dos recursos federais da Vigilância Sanitária, os Secretários Estaduais de Saúde devem:

- Solicitar ao Ministério da Saúde que proceda à alteração na forma de transferência de recursos federais aos municípios, implantando a modalidade fundo a fundo, mediante programação estadual.

#### Financiamento da Vigilância Epidemiológica

Relatório de Sergipe/SESA

Para os gestores estaduais, mais importante que as dificuldades para a utilização dos recursos é a própria insuficiência dos recursos do TFECD. A recente atualização dos valores do teto, a partir da base populacional, foi defasada e é insuficiente para abranger as ações de Vigilância Epidemiológica e o controle de doenças.

As dificuldades apontadas pelos gestores estaduais para a utilização dos recursos federais do TFECD foram:

- Ausência de instrumento normativo que oriente Estados e municípios na utilização dos recursos.
- Dificuldades relacionadas ao processo licitatório.
- A interpretação dada, pela gestão anterior do Ministério da Saúde, de que os recursos do TFECD estariam destinados somente para o combate à Dengue.

Para superar as dificuldades identificadas na utilização dos recursos federais do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), as Secretarias Estaduais de Saúde devem:

- Propor ao Ministério da Saúde a construção de uma nova pactuação, que amplie as ações de Vigilância Epidemiológica e contemple novos cenários epidemiológicos.
- .Propor a revisão da lógica de elaboração de estratos e dos critérios de inserção dos Estados no TFECD, considerando as diferenças e especificidades regionais.
- Solicitar ao Ministério da Saúde que conclua, com a participação da representação dos Estados e municípios, a publicação que orienta a aplicação dos recursos do TFECD.

#### Financiamento do PSF.

Relatório de Sergipe/SESA

Os Secretários Estaduais de Saúde consideram que o Estado deve participar do financiamento da Atenção Básica. No entanto, a alocação de recursos do tesouro do Estado na saúde é prerrogativa do Governo Estadual e as políticas e prioridades devem ser definidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Para os gestores estaduais, as possibilidades e alternativas mais relevantes para a participação do Estado no financiamento da Atenção Básica são:

- A implantação de incentivo financeiro para o PSF com acompanhamento e avaliação das ações e utilização de critérios de discriminação positiva com consideração, por exemplo, de IDH, IDI e localização geográfica, entre outros.
- A utilização de critérios de distribuição do bolo tributário.
- A capacitação de recursos humanos.
- A contratação e/ou municipalização dos recursos humanos.
- A manutenção das unidades básicas.
- A cooperação técnica com os municípios.

#### Financiamento da Urgência e Emergência

##### Relatório de Sergipe/SESA

Os Secretários Estaduais de Saúde consideram que o Estado deve participar do financiamento dos serviços de urgência e emergência. No entanto, a alocação de recursos do Tesouro do Estado à saúde é prerrogativa do governo estadual e as políticas e prioridades devem ser definidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

As SES reconhecem sua responsabilidade no financiamento dos serviços de urgência e emergência e entendem que sua participação deve atender às especialidades de cada Estado e deve estar inserida na definição global da questão do financiamento com o Ministério da Saúde.

O financiamento deverá ocorrer sempre dentro de um modelo que trabalhe os serviços de urgência e emergência em forma de rede no âmbito do SUS, regulados pelo Estado e implantados de acordo com as prioridades definidas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

#### Financiamento da Média e Alta Complexidade

##### Relatório de Sergipe/SESA

Os secretários de Saúde propõem a revisão urgente dos limites Financeiros Federais da Assistência de Média e Alta Complexidade contemplando as reais

necessidades de cada unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde, que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais. É necessário construir uma nova política de alocação de recursos visando a redução das desigualdades macrorregionais, interestaduais e intermunicipais. Demandam a revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH - SUS), de modo a corrigir a defasagem enorme entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.

#### **4.5.2 Financiamento da Assistência Farmacêutica**

##### *TESE DA ENTIDADE: Conselho Regional de Farmácia*

O papel da assistência farmacêutica está reduzido no Brasil apenas ao aspecto fornecimento de medicamentos, isolando dela as demais atividades de uma assistência e atenção farmacêutica completa que em muito podem beneficiar a população, e principalmente o erário público.

Não há codificação para pagamento e/ou informação de orientação farmacêutica quanto ao uso correto dos medicamentos e que legal e tecnicamente deve ser feita pelo profissional farmacêutico (Lei 5991/73), e muito menos incentivo financeiro para que os municípios contratem esses profissionais, estruturem e organizem suas farmácias, como acontece nos moldes dos incentivos para a Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Programa Saúde da Família, entre outros.

Por isso muitas prefeituras alegam dificuldades para contratar e manter o profissional farmacêutico, bem como estruturar adequadamente suas farmácias municipais para as atividades de dispensação de medicamentos.

A ausência de farmacêuticos na dispensação de medicamentos é sinônimo de desperdício de recursos com medicamentos mal comprados, armazenados, distribuídos e principalmente dispensados. A esse desperdício devem ser acrescidos os gastos aumentados devido ao tratamento incompleto em razão da falta de fornecimento de medicamentos e/ou a não adesão terapêutica (o não seguimento do tratamento prescrito) pelo paciente, e pelo uso incorreto do medicamento. Estes representam um grande custo devido aos internamentos hospitalares desnecessários e alongados, às infecções hospitalares multiresistentes, com tratamentos de maior custo, que se seguem devido ao agravamento do estado de saúde dos pacientes. Em média, um mês de sessão de hemodiálise paga um mês

de salário de um bom profissional farmacêutico, que, com sua orientação adequada, pode evitar novos casos.

Algumas experiências de farmácias municipais demonstram que uma assistência farmacêutica planejada com critérios farmacoepidemiológicos e assistência atuante de profissional farmacêutico dentro das equipes multiprofissionais de saúde pode gerar uma economia de até 40% no item medicamentos e com melhoria de atendimento à população.

Considerando que os recursos do sistema são escassos, há a necessidade de tomar medidas voltadas para o seu uso racional, pois muitas vezes eles se resumem a fazer investimentos em determinadas áreas visando a redução de gastos em outras.

#### **4.5.3 Pelo Cumprimento Imediato da EC-29 no Estado do Paraná**

*TESE DAS ENTIDADES: SINDSAÚDE/PR, CUT/PR, FOPS/PR, SINDIPETRO*

A mobilização de diferentes segmentos sociais em defesa do SUS conquistou a aprovação, no Congresso Nacional, em setembro de 2000, da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), que determina o **percentual mínimo** dos orçamentos da União, Estados e Municípios a ser aplicado nas ações e serviços públicos de saúde.

A EC-29 estabeleceu uma elevação progressiva dos percentuais orçamentários investidos em saúde pública, partindo, em 2000, do percentual mínimo de 7% para Estados e Municípios e estabelecendo, para os orçamentos de 2004, percentuais de 12% para os Estados e 15% para os Municípios.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/2003 definem com clareza o que se considera ações e serviços de saúde, estabelecendo assim parâmetros para a vinculação dos orçamentos à EC-29.

#### **REAFIRMAR OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Três anos após a vigência da EC-29 ainda perseguimos a garantia da efetividade do financiamento, permanecendo urgente a ampla mobilização em defesa do cumprimento dos princípios do SUS, o que não ocorrerá sem recursos suficientes.

Várias tentativas e manobras recentes demonstram que a consolidação do SUS requer uma luta diária para superar os ataques desferidos contra o financiamento da saúde pública no Brasil. Por um lado, os coletivos dos gestores - CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e CONASSEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) - se insurgem, com razão, contra as desvinculações de receitas (chamadas de “DRU, DRE e DRM”) e, por outro, contraditoriamente, não querem acatar as definições de lei quanto à definição do que são “Ações e Serviços Públicos de Saúde”, bloqueando desta forma o efetivo cumprimento da emenda constitucional.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) apontou as diretrizes para a viabilização de um financiamento suficiente e definitivo para o SUS. O atual ministro da Saúde, Humberto Costa, também defende fontes de financiamento permanentes. Até agora, a maioria dos gestores estaduais do SUS não informou os dados de seu Estado ao Sistema de Informação em Orçamentos Públicos (SIOPS), não dando transparência da aplicação dos recursos públicos. A luta pelo cumprimento da EC-29 tem sido assumida pelos movimentos e entidades de usuários e trabalhadores do SUS, seja no debate travado nos fóruns de controle social, seja na pressão aos legislativos e na apresentação de denúncias ao Ministério Público.

### **A LUTA PELO CUMPRIMENTO DA EC-29 NO PARANÁ**

O **Fórum Popular de Saúde - FOPS**, constituído há mais de uma década por entidades sindicais e populares do Paraná, tem denunciado insistentemente o flagrante **desfinanciamento** do SUS no Estado. O descumprimento da EC-29 pelo governo Lerner retirou mais de R\$ 700 milhões do SUS estadual. O resultado direto desses desvios implicou no definhamento das ações de promoção e prevenção, certamente redundando em aumento da morbi-mortalidade. Usando artifícios, o governo estadual tem buscado maquiagem o orçamento da Saúde, incluindo no percentual recursos de transferências da União, recursos destinados ao IPE (Instituto de Previdência do Estado), ao Hospital da Polícia Militar, a obras de saneamento e custos na distribuição de cestas básicas, entre outros. Esta herança, fruto das políticas de desmonte e privatização dos serviços públicos de saúde, implementadas por Lerner e seus aliados, configuram a dimensão das enormes dificuldades que o SUS-Paraná atravessa: definhamento das ações e serviços de saúde; precarização das relações de trabalho; déficit no teto financeiro com conseqüente ausência de recursos para novos investimentos; e outros. As entidades

que compõem o Fórum Popular de Saúde - FOPS protocolaram em agosto de 2002 uma representação de denúncia junto ao Ministério Público Estadual (MP), visando a responsabilização do governo frente à inconstitucionalidade no descumprimento da EC-29. Essa iniciativa redundou no ingresso, pelo MP, de uma Ação Civil Pública.

### **QUALIFICAR A FISCALIZAÇÃO E O CONTROLE DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

Torna-se fundamental para a garantia do financiamento do SUS ampliar a capacidade de intervenção da sociedade civil organizada (conselheiros/as de saúde, militantes dos movimentos popular e sindical e outros) para que desempenhe seu papel na consolidação e defesa do SUS. Para isso, é preciso investir na formação permanente dos conselheiros. Muitos governantes apostam no desconhecimento e na desmobilização para que o controle social efetivo não seja implementado no financiamento do SUS. Assim, criam dificuldades e entraves burocráticos para justificar sua desresponsabilização com as políticas públicas, entre outras justificativas.

Para fortalecer o papel de fiscalização dos Conselhos de Saúde, torna-se necessário que todos os recursos financeiros da saúde (próprios e de transferências) estejam alocados nos fundos de saúde.

### **DEMONSTRATIVO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO PARANÁ**

O gestor estadual do SUS não tem repassado as informações sobre a execução orçamentária da Saúde ao Sistema de Informação em Orçamentos Públicos (SIOPS) do Estado. Esta omissão resulta na impossibilidade de a sociedade conhecer os valores efetivamente empregados no setor, comprometendo os resultados do controle social.

Além disso, os aportes destinados ao financiamento da Saúde, conforme o quadro abaixo, demonstram o cruel desfinanciamento do SUS-PR:

#### **Demonstração do Orçamento - Estado do Paraná (em bilhões de reais)**

<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>RECEITAS DO PARANÁ</b>	<b>5,021</b>	<b>5,408</b>	<b>6,117</b>
<b>MÍNIMO DEVIDO PELA EC-29</b>	<b>0,477</b>	<b>0,581</b>	<b>0,734</b>

<b>RECEITAS SAÚDE-SESA</b>	<b>0,176</b>	<b>0,246</b>	<b>0,385</b>
<b>DIFERENÇA A MENOS</b>	<b>0,301</b>	<b>0,336</b>	<b>0,349</b>

## **5. RELATÓRIO DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

### **5.1 EIXO TEMÁTICO I - DIREITO À SAÚDE**

1. Garantir atenção à saúde em integração ao Sistema de Seguridade Social, entendido como uma rede de proteção social às pessoas em todas as fases da vida.
2. Fortalecer o papel regulador do Ministério da Saúde em todos os âmbitos nos quais são estabelecidas relações com o setor privado como os planos de saúde, a indústria farmacêutica, a ciência e tecnologia e outros, visando a garantia do direito universal à saúde.
3. Assegurar políticas sociais amplas que assegurem emprego, moradia, segurança, cultura e vida saudável, articulando-as com o SUS por meio de projetos e programas intersetoriais.
4. Fazer cumprir a legislação (Resolução 044/02 do CES/PR e a Lei Estadual nº 14254/03) sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, amplamente discutida com o intuito de mobilizar a sociedade, garantindo a disseminação de seu conteúdo, de forma massiva e permanente em todos os meios de comunicação.
5. Fazer cumprir as leis 5991/73 e 9787/98, com o auxílio do Ministério Público, que exige dos profissionais médicos receitas legíveis, manuscritas ou datilografadas, e que sejam prescritos medicamentos da farmácia básica, pelos nomes genéricos (princípio ativo) e/ou alternativos.
6. Garantir a construção de uma política de medicamentos e de assistência farmacêutica em todas as esferas de governo, de acordo com as deliberações da 1ª Conferência Estadual de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, e da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, visando o uso racional de medicamentos para suprir a demanda existente, devendo os usuários encontrarem todos os medicamentos e insumos adequados e necessários para o seu tratamento nas farmácias do SUS, de acordo com o perfil epidemiológico local e a avaliação dos setores competentes, tendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como norteadora, porém não como limitadora dos itens elencados.
7. Atendimento igualitário para os usuários do SUS no que diz respeito aos exames, cirurgias e demais procedimentos de tratamento, quando realizado fora do estabelecimento do SUS, mas encaminhado por este.
8. Divulgar maciçamente o direito a acompanhante para os pacientes acima de 60 anos, internados em hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS/Nº 280, de 07/04/1999), nas três esferas de governo.
9. Promover a cidadania dos portadores de deficiências e necessidades especiais.

10. Estimular e viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiências nas instâncias do SUS.
11. Facilitar, em todos os sentidos, o acesso de pessoas portadoras de deficiências a postos de saúde, clínicas e hospitais conveniados com o SUS.
12. Articular e qualificar o serviço do SUS, para o atendimento à população em geral, visando cumprir o princípio da universalidade, garantindo o caráter público e evitando as terceirizações conforme o artigo 7º da Lei 8080/90.
13. Adaptar os meios de locomoção para pessoas portadoras de deficiências.
14. Garantir junto ao governo do Estado a implantação e o fornecimento de medicamento ao portador do Mal de Alzheimer, segundo as instruções do SUS, conforme lei federal.
15. Inserir as ações de Vigilância Sanitária e Ambiental como prioridade política de governo, difundindo o conceito de Vigilância como ação de promoção, prevenção e proteção da saúde.
16. Efetivar a inserção da atenção odontológica de média complexidade, priorizando o atendimento a pacientes especiais, diagnósticos de lesões da boca, endodontia, entre outros, nos consórcios intermunicipais.
17. Garantir o acesso ao atendimento odontológico no Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID), sem limite de idade.
18. Estender os Benefícios de Prestação Continuada previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (BPC-LOAS) aos pacientes com transtornos mentais usuários da assistência social.
19. Proporcionar aos usuários da saúde mental o atendimento integral à saúde, incluindo a saúde bucal.
20. Que as Secretarias Municipais de Saúde garantam aos usuários do SUS o acesso aos medicamentos do Programa de Saúde Mental.
21. Promover a isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para os portadores de transtornos mentais.
22. Incentivar em nível local a organização de associações de usuários/familiares em parceria com os serviços de saúde mental.
23. Garantir ao idoso facilidade e segurança no acesso aos serviços de saúde, eliminando barreiras urbanas e arquitetônicas (por ex.: faixas de segurança, rampas, pisos antiderrapantes etc.).
24. Criar centros-dia para o atendimento aos idosos dependentes, com repasse regular de recursos necessários à sua manutenção, através das três esferas de governo (municípios, Estado e Federação).
25. Implementar com urgência todos os itens do Estatuto do Idoso.
26. Criar centro de excelência em atendimento à criança, ao adolescente e à família em álcool e outras drogas nas Regionais.

27. Criar cartilha sobre os direitos dos usuários do SUS, de fácil compreensão e entendimento, com ampla divulgação e distribuição massiva, garantindo o acesso aos serviços.
28. Estabelecer critérios técnico-reguladores que garantam direitos de acompanhante ao paciente internado do SUS que ainda não esteja amparado por lei.
29. Reproduzir o capítulo IV (do direito à saúde) da Lei 10741/03 (Estatuto do Idoso) nos anais desta Conferência, como forma de ampliar a sua divulgação.

## **5.2 EIXO TEMÁTICO II - A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE**

1. Fortalecer o Sistema de Seguridade Social como responsabilidade do Estado e da sociedade.
2. Consolidar o SUS como integrante do Sistema de Seguridade Social.
3. Fortalecer a rede de proteção social com a promoção da equidade e da inclusão social.
4. Mobilizar para a manutenção da vinculação da receita da União, dos Estados e municípios como base de cálculo do percentual a ser repassado à Saúde.
5. Cumprir os dispositivos constitucionais na área da Seguridade Social, executando o Orçamento Geral da União dentro da legalidade, pautada pelos princípios da equidade social e regional, da justiça social, dos direitos da cidadania e da indução do desenvolvimento econômico com Inclusão.
6. Recompôr o Conselho Nacional de Seguridade Social como estratégia para implantar o conceito e o orçamento de Seguridade Social da Constituição federal.
7. Garantir que o processo de reforma tributária contemple a manutenção e o fortalecimento da Seguridade Social nas três esferas de governo.
8. Fortalecer a Rede de Proteção Social e a redistribuição de recursos para a consolidação de políticas de inclusão.
9. Estabelecer maior integração entre as políticas setoriais de saúde, assistência e previdência, no sentido de acompanhar e monitorar o acesso aos benefícios.
10. Manter o seguro acidente do trabalho público para todos os trabalhadores.
11. Equiparar a idade de concessão do benefício assistencial ao idoso à idade de concessão da aposentadoria por idade de acordo com o Estatuto do Idoso.
12. Humanizar os critérios de perícia para a concessão de benefícios a todos os trabalhadores, incluindo portadores de deficiência e portadores de patologias especiais.
13. Que o INSS retome o encaminhamento das CATs - Comunicação de Acidentes de Trabalho - às instâncias do SUS Paraná.
14. Aumentar os valores mínimos per capita para a concessão de benefícios de um quarto do salário mínimo para um salário mínimo aos portadores de deficiências e patologias especiais.
15. Assegurar o direito de ir e vir aos cadeirantes, através de leis municipais.

### **5.3 EIXO TEMÁTICO III - A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE**

1. Recuperar e fortalecer os princípios da reforma sanitária particularmente no que diz respeito à ampliação do conceito de saúde como quantidade e qualidade de vida.
2. Garantir a produção e a ampla divulgação de informações científicas por universidades, serviços e ONG's que fortaleçam as evidências sobre os determinantes e condicionantes intersetoriais na produção de problemas de saúde.
3. Criar e implementar uma agenda intersetorial de governo para a saúde da população brasileira, articulando Ministério do Meio Ambiente, Educação, Trabalho, Cidades, Assistência Social, etc.
4. Fortalecer a gestão democrática do SUS com co-responsabilização dos distintos setores sociais e econômicos do governo com a saúde da população e a qualidade de vida.
5. Criar, ampliar e reavaliar as ações relacionadas à Saúde Ambiental com o objetivo de controlar os riscos para a saúde, resultantes da relação homem e meio ambiente.
6. Estimular, agilizar e garantir a realização de Programas de Preservação e Recuperação de mananciais, por meio de ações integradas entre os diversos órgãos municipais, estaduais e a população, principalmente através da ampliação da rede coletora e do tratamento do esgoto, da recuperação da mata ciliar e da educação ambiental.
7. Estimular a população a reduzir a emissão de gases poluentes, adotando com freqüência "a prática do dia sem carro" e evitando o uso de produtos com Cloro Flúor Carbono - CFC.
8. Incentivar a prática da agricultura orgânica, assim como estimular o consumo desses alimentos.
9. Desenvolver ações intersetoriais intensas de saneamento ambiental através de um projeto de cidade sustentável objetivando, principalmente, o tratamento do esgoto, a recuperação de fundos de vales e cursos d'água, o monitoramento permanente da qualidade do ar.
10. Acompanhar o processo de abastecimento com a extração de água do Karst, na Região Norte Metropolitana, de forma que se proteja o aquífero no que se refere às dolinas, à potabilidade da água e a todas as peculiaridades geoídricas que ele envolve (recarga hídrica, acomodação do solo, zoneamento de ocupação do solo, etc.).
11. Participar da construção do Fórum da Agenda 21 local, de forma a aglutinar todas as deliberações aprovadas nas conferências específicas realizadas recentemente.
12. Aplicar a Lei ambiental e de Zoneamento urbano em loteamentos clandestinos ou não, e Estações de Tratamento de Esgotos - ETE's, e apontar áreas que potencialmente oferecem riscos à saúde no sentido de fornecer subsídios para coibir a construção de moradias próximas a essas áreas.
13. Exigir dos proprietários que contratam trabalhadores volantes a construção de sanitários, conforme legislação vigente;
14. Estimular a posse responsável de animais visando coibir animais soltos nas ruas e intensificar seu recolhimento, buscando a efetivação de uma política de controle de vetores e zoonoses pelo poder público nas três esferas de governo.

15. Estimular a criação de planos sociais com relação à cobrança dos serviços e à rede de esgoto, assim como exigir a substituição da cobrança da taxa mínima pela cobrança do consumo real.
16. Desenvolver ou implementar o trabalho de prevenção e promoção integral da Saúde com a efetiva participação das Secretarias da Saúde, Educação, Agricultura, Ação Social e outros setores afins.
17. Estimular a construção de áreas de lazer de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida.
18. Implementar por equipes capacitadas, em parceria com a Secretaria da Educação, um amplo programa de prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas nas escolas.
19. Ampliar as ações relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças/agravos, estimulando empresas, universidades e escolas a participar do Programa "Ambientes Saudáveis".
20. Estimular, apoiar e participar de projetos que integrem os setores governamentais, não-governamentais e a sociedade civil, com o intuito de impactar na melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde, buscando a auto-sustentabilidade social, econômica e ambiental da população.
21. Estimular a rede de Cidades Saudáveis, desenvolvendo políticas voltadas para o desenvolvimento sustentável, fortalecendo parcerias e estabelecendo estratégias para a operacionalização de práticas saudáveis de vida.
22. Intensificar e apoiar projetos e parcerias intersetoriais com o objetivo de fortalecer ações na área de segurança alimentar para a melhoria das condições de saúde da população.
23. Realizar ações mediante parcerias entre Secretaria da Agricultura/Emater e outros órgãos afins junto a produtores e trabalhadores rurais, estimulando a mudança de atitudes e a conscientização sobre o uso correto de agrotóxicos, o destino final de suas respectivas embalagens e a utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI.
24. Destinar recursos para o tratamento das águas servidas e dos dejetos, e a proteção de fontes e poços artesianos.
25. Recomendar à Sanepar providências em relação ao Ralf - Reator Anaeróbico de Lodo Fluidizado nos municípios onde há problemas e o cumprimento integral da legislação ambiental pela Sanepar e a execução efetiva pelos órgãos públicos de fiscalização dos problemas operacionais e de disposição final em mananciais superficiais de água.
26. Recomendar à Sanepar que viabilize a possibilidade de ação continuada com os coletores de materiais recicláveis.
27. Recomendar ações para a ampliação e a melhoria da rede de água tratada, esgoto sanitário e tratamento do lixo conforme a legislação vigente.
28. Ampliar a rede telefônica como suporte para as ações de saúde incluindo os pequenos municípios.
29. Buscar incentivos para a construção de microssistemas de abastecimentos de água para as comunidades rurais.
30. Maior rigor na fiscalização do trânsito para cumprir a lei e evitar o risco de acidentes.

31. Formar e manter parcerias com entidades públicas, privadas, filantrópicas e ONG's que possibilitem a realização de projetos que venham ao encontro da proposta de proteção à saúde, com definição de metas e acompanhamento de resultados.
32. Apoiar a implantação de novas "casas abrigos" para mulheres e pessoas em situação de vulnerabilidade, por meio de ações intersetoriais, com a participação do governo e da sociedade.
33. Implementar em parceria com as instâncias federal, estadual e municipal da Educação e Saúde atividades programáticas de prevenção e promoção em saúde nas escolas, abordando temas como drogas lícitas e ilícitas, educação sexual, prevenção da gravidez precoce, prevenção de DST e outras doenças de interesse da saúde pública, capacitando professores, pais e alunos como agentes multiplicadores, disponibilizando recursos para sua operacionalização e envolvendo também o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.
34. Incentivar os órgãos competentes e as organizações comunitárias a promover ações educativas direcionadas para as famílias e os adolescentes, com ênfase na divulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente.
35. Aprimorar equipe multidisciplinar já existente no PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente, com profissionais qualificados para a orientação e o comprometimento da família, ONG's e instituições educacionais quanto à prevenção e recuperação de problemas na adolescência.
36. Desenvolver intercâmbio/parceria com outras secretarias estaduais para incentivar a promoção ambiental.
37. Fiscalizar e punir os infratores pelo mau uso de agrotóxicos próximo às fontes.
38. Divulgar e implantar o Programa Estadual de Saneamento Básico com tarifas sociais.
39. Repassar dados da defesa sanitária municipal com relação aos resultados dos exames de tuberculose e brucelose em bovinos leiteiros.
40. Usar integradamente na formulação de políticas públicas as informações produzidas pelas diversas áreas de gestão, como por exemplo os resultados dos exames de tuberculose e brucelose em bovinos leiteiros.
41. Participar juntamente com o Instituto Ambiental do Paraná da realização de palestras e atividades para a conscientização/sensibilização sobre os malefícios das esterqueiras dos chiqueiros que contaminam o meio ambiente e outras atividades de prevenção em âmbito geral, incluindo a notificação e o cumprimento da legislação quanto às irregularidades.
42. Intensificar a divulgação do programa preventivo para exames de próstata nos meios de comunicação, como rádio comunitária e outras, escolas, programa saúde da família e outros, com garantia de atendimento na especialidade.
43. Criar nos Conselhos Municipais de Saúde uma comissão intersetorial sobre as questões do meio ambiente, discutindo políticas e ações municipais, e envolvendo os órgãos municipais, estaduais e federais responsáveis pela área ambiental.
44. Buscar a integração e a interação entre centros de pesquisa e os municípios no que diz respeito à saúde, estimulando intercâmbios e estágios com estudantes de universidades, inclusive para o desenvolvimento e a implementação de programas interdisciplinares nas UBS's.

45. Manter parcerias com as Instituições formadoras para instalar atividades interdisciplinares nas UBS's, através dos Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde.
46. Cooperar com a implantação de programas de educação ambiental nas escolas municipais e estaduais numa perspectiva intersetorial.
47. Criar programas de apoio à recuperação da estrutura familiar, que pode ser através do Conselho Tutelar, do Serviço Social, Psicológico e apoio religioso.
48. Requisitar a implantação do Instituto Médico Legal na sede de Regionais de Saúde onde ainda não existe, bem como Serviços de Verificação de Óbitos - SVO.
49. Estabelecer maior integração entre as políticas setoriais de saúde, visando reverter as condutas de dependência química e manipulação por parte dos usuários, buscando efetivar a promoção da saúde e a cidadania.
50. Intensificar a Intersetorialidade das ações das Vigilâncias com outras secretarias e órgãos afins (ex.: Ministério Público, setores reguladores, usuários e categorias profissionais).
51. Exigir o cumprimento do direito estabelecido no Estatuto do Idoso sobre o transporte intermunicipal e interestadual, cobrando rapidez na regulamentação deste artigo e a adequação dos municípios para o seu cumprimento, e lutando ainda para que essa conquista alcance também os maiores de 60 anos.
52. Defender espaço de atividade para que o idoso permaneça produtivo depois de sua aposentadoria.
53. Estimular a atividade de preparo para a aposentadoria já nos últimos cinco anos que a antecederem.
54. Criar ações de inclusão do idoso que lhe permitam atividade física, resposta afetiva e ação cognitiva em atividades de trabalho formal e/ou em cooperativas de trabalho para essa faixa etária.
55. Garantir ao idoso o direito à assistência religiosa e espiritual.
56. Garantir acesso aos caixas dos bancos e cobrar ações do Ministério Público quando esse direito não for assegurado.
57. Fazer parcerias entre a Educação e a Saúde para que haja discussão da questão do idoso.
58. Incluir a disciplina de geriatria/gerontologia nos currículos dos cursos de nível universitário na área da saúde.
59. Valorizar a atividade do cuidador de idosos com cursos de capacitação e regulamentação dessa atividade.
60. Estimular a ação de voluntariado, com capacitação adequada, interdisciplinar e multiprofissional nas intervenções de cuidado ao idoso, como ocorre por exemplo na Pastoral da Criança, que também assumiu os cuidados ao idoso nos domicílios.
61. Desenvolver uma política estadual intersetorial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, visando a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, sob coordenação da SESA.

62. Promover ações de intersectorialização na promoção de saúde mental, entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias de Ação Social, Educação, Esporte e Lazer, Justiça, entre outras.
63. Proporcionar moradia para pessoas de baixa renda sem pagar prestação e taxa de água.
64. Estimular a construção de barracões adequados para armazenar e selecionar materiais coletados pelos carrinheiros até a sua destinação final.
65. Promover encontros entre os diversos Conselhos a fim de promover ações intersectoriais, que impactem nos problemas existentes na comunidade.
66. Sugerir ao Estado que proíba o uso indiscriminado de agrotóxicos, com regulamentação em lei.
67. Implementar ações integradas voltadas para o saneamento básico ambiental, a proteção de mananciais hídricos, o destino correto de resíduos sólidos e o uso racional dos bens naturais.

#### **5.4 - EIXO TEMÁTICO IV - AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS**

1. Superar o processo burocrático-normativo que tem pautado a ordenação de atribuições e responsabilidades no processo de habilitação à gestão de municípios e Estados, com vistas à formalização de contratos em que se explicitem responsabilidades, objetivos e metas sanitárias socialmente construídas e passíveis de avaliação.
2. Aprimorar e integrar processos permanentes de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde nas três esferas de governo.
3. Dinamizar e ampliar o processo de negociação e pactuação vigente nas comissões intergestores, propiciando o avanço da regionalização da saúde, atendendo aos requisitos de racionalidade econômica e de efetividade na atenção, respeitadas as diversidades regionais.
4. Revisar os mecanismos de alocação, repasse e pagamento de recursos para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes.
5. Regulamentar o dispositivo constitucional que trata da destinação de recursos para o setor, para precisar responsabilidades relativas ao financiamento do sistema e definir as modalidades do gasto sanitário.
6. Incentivar a participação cidadã e intersectorial na utilização dos instrumentos legais disponíveis para o controle social e a efetivação de compromissos e responsabilidades entre os gestores, em sintonia com as mudanças desejadas para a construção do "SUS que queremos".
7. A gestão das referências intermunicipais e das unidades de referência regionais/estaduais deve ser de responsabilidade do nível estadual ou conforme foi pactuado na Comissão Intergestores Bipartite e homologado no Conselho Estadual de Saúde.
8. A gestão da saúde nos municípios em gestão plena tem como responsabilidade assumir os serviços de abrangência intramunicipal, pactuado com as demais esferas de governo.

9. O comando único na esfera da gestão federal deve ser relativo aos serviços de referência nacional, com garantia de referência da população supra estadual.
10. Um mesmo prestador de serviço (público ou privado) deve estar sob o comando de um único gestor (municipal ou estadual). O gestor municipal só pode contratar serviços nos limites do seu território. Da mesma forma o gestor estadual não pode contratar serviços em outro Estado. Para isso é preciso definir e implantar no âmbito de cada gestor (municipal ou estadual) propostas de co-financiamento para a atenção básica de acordo com critérios definidos pelas três esferas de governo, após homologação nos CMS's e CES.
11. Aperfeiçoar o processo de cooperação técnica e financeira com os municípios, no sentido de garantir o acesso com equidade, a resolutividade e a integralidade na atenção à saúde.
12. Exigir que a SESA/ISEP (Secretaria de Estado da Saúde/ Instituto de Saúde do Estado do Paraná), o CES/PR e os municípios assumam efetivamente suas responsabilidades na Atenção Básica.
13. Adotar medidas para sensibilizar os gestores das instituições de formação de recursos humanos em saúde, os profissionais, a população usuária e os formadores de opinião para a importância da organização dos serviços de Atenção Básica.
14. Conduzir a política de recursos humanos no âmbito dos Estados, coordenando a instalação e implementação dos pólos de capacitação organizados por um colegiado consultivo aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.
15. Exigir do Ministério da Saúde que a discussão sobre a política de Assistência Farmacêutica Básica seja inserida no contexto da Atenção Básica, como uma das condições necessárias para atingir níveis adequados de resolutividade.
16. A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) regula o acesso das populações referenciadas para municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em articulação com o gestor municipal após homologação dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde.
17. É responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde regular as referências intermunicipais e os prestadores de serviços nos municípios não habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.
18. O Município em Gestão Plena do Sistema regula o acesso de sua população aos serviços localizados no seu território e a Secretaria Estadual de Saúde regula o acesso das populações referenciadas de outros municípios independente de onde estejam localizados os serviços.
19. A regulação da rede de serviços, inclusive os de urgência e emergência de abrangência municipal, deve ser de responsabilidade do gestor municipal que contrata os serviços e controla os recursos.
20. O Ministério da Saúde deve realizar a regulação das referências interestaduais.
21. O Ministério da Saúde deve regular, definir e coordenar os sistemas de alta complexidade, conforme definido no artigo 16 da Lei 8080/90.
22. Para os gestores estaduais, a relação entre as Centrais de Regulação Nacional, Estaduais e Municipais deve se dar respeitando as responsabilidades e competências nas abrangências hierárquicas de cada esfera de gestão, com intercâmbios periódicos,

assessoria e cooperação técnica quando necessário, considerando um sistema regulatório único, compatibilizado entre si, partindo de um marco regulatório construído de forma pactuada, visando um modelo regulatório nacional. Deve, ainda, contar com um sistema adequado de comunicação e com transparência de informação, de modo que gestores e usuários obtenham com facilidade o rápido atendimento de suas demandas, com o objetivo de garantir eficiência e eficácia para o alcance de bons resultados e para a utilização racional dos recursos disponíveis.

23. O Ministério da Saúde deve agilizar e simplificar a implantação do cartão SUS, como condição facilitadora para o relacionamento adequado entre as centrais de regulação, criando um site na Internet com as informações sobre a regulação e os relatórios resultantes das atividades reguladoras.
24. A nova NOB/SUS deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país e integrar ações de promoção da saúde, atenção básica, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental.
25. Os secretários de Saúde propõem ainda estabelecer uma nova modalidade das relações intergestores com base em um tipo de contrato de gestão, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual.
26. Ampliar a cobertura de acordo com os dados epidemiológicos para procedimentos especializados (consultas, exames, cirurgias), e que o Ministério viabilize recursos financeiros e capacitação ao gestores municipais e estaduais para atuarem na regulação e avaliação das tecnologias aplicadas à saúde.
27. Reajustar os valores da tabela do SUS de procedimentos ambulatoriais, de internação e de órteses e próteses.
28. Garantir equipamentos para os municípios a partir de estudos de necessidades no processo de regionalização, pelas esferas federal e estaduais (ultra-som, endoscópio, odontomóvel para áreas rurais e equipamentos hospitalares, entre outros).
29. Adquirir ambulância para os municípios a partir de estudos de necessidades por parte dos gestores estaduais ou federal.
30. Disponibilizar recursos para reformas, ampliações de unidades básicas e outras, e construção de postos de saúde em áreas rurais.
31. Maior integração entre os Serviços de Saúde dos Municípios e SMS.
32. Aportar recursos financeiros para o aumento das consultas de especialidades e das cirurgias eletivas pelo Estado.
33. Viabilizar a aquisição de veículos e infra-estrutura pelo Estado do Paraná e/ou governo federal para os municípios, conforme levantamento regional e aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde e Bipartite Estadual.
34. Aumentar o número de AIH's e o teto SIA/FAE.
35. Aumentar o número de vagas e consultas para os municípios nas especialidades médicas mais necessárias.
36. Estruturar transporte de urgência - UTI Móvel - nas Regionais de Saúde.
37. Que as três esferas de governo cumpram os termos de compromisso assumidos.

38. Prestar maior assistência aos municípios na implantação e gestão de programas.
39. Reestruturar o sistema de encaminhamento de doentes de outros municípios para os municípios sede de Regional.
40. Cobrar a responsabilidade financeira por parte do Estado no atendimento de média e alta complexidade.
41. Cobrar dos órgãos competentes a agilização na distribuição do cartão SUS.
42. Formar consórcios com os municípios vizinhos.
43. Implantar o Programa Internação Domiciliar conforme portaria e lei específica e com controle social.
44. Viabilizar transporte e construção de Unidades de Saúde para a implantação de PSF com recursos estaduais voltado para a zona rural, adequando recursos humanos e físicos para que o PSF funcione de acordo com as normas do Ministério da Saúde.
45. Que o gestor estadual garanta recursos aos gestores municipais para a capacitação de equipes técnicas e administrativas que atuam em programas e projetos.
46. Buscar parcerias com universidades no sentido de atendimento das especialidades (estagiários e residentes) e parcerias no atendimento de exames especializados como cardiologia, neurologia e ostomoterapia.
47. Garantir assessoria jurídica nas três esferas de gestão, capacitada em direito sanitário, para o suporte às ações das vigilâncias.
48. Padronizar e normatizar, de forma participativa que garanta o princípio da precaução, as ações das vigilâncias nas três esferas de governo, principalmente em relação a assuntos não regulamentados (ex.; transgênicos, resíduos químicos, terapias alternativas).
49. Que as ações de Vigilância Sanitária sejam garantidas com base na Lei 8080/90 nas três esferas de gestão.
50. Reconhecer dentro do SUS as ações de Vigilância como integrantes do processo de avaliação dos serviços públicos, reconhecendo a identidade sanitária dos recursos humanos que atuam no setor da VISA, conforme previsto na Constituição Federal.
51. Exigir a elaboração de uma política de Estado voltada para a saúde do trabalhador, articulada nas três esferas de governo.
52. Criar mecanismos de compensação financeira aos prestadores pelo atendimento de outras regionais e Estados da Federação.
53. Que o Estado mantenha o Sistema de Transporte em urgência e emergência em períodos ininterruptos.
54. Destinar mais recursos aos programas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, para que possam obter melhor controle da glicemia e da pressão arterial sistêmica.
55. Participação do Estado do Paraná nos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

56. Implantar a política estadual de assistência à saúde do homem, incluindo o Programa de Prevenção do Câncer de Próstata, com exame de PSA para homens acima de 40 anos.

## **5.5 - EIXO TEMÁTICO V - A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

1. Ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, com fortalecimento da rede pública possibilitando, ao mesmo tempo, mudanças essenciais no modelo de atenção; de acordo com o perfil epidemiológico.
2. Implantar a atenção básica, tendo o Programa de Saúde da Família como estratégia estruturante da rede de serviços, baseada nos pressupostos citados acima e que contemple os aspectos da promoção e da resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com o planejamento local e regional.
3. Desenvolver políticas específicas direcionadas para grupos vulneráveis buscando o princípio da equidade.
4. Estruturar serviços de média complexidade que sejam complementares à atenção básica, garantindo a sua resolutividade e qualidade.
5. Estruturar uma rede de urgência e emergência, da pequena à grande urgência, passando pelos serviços pré-hospitalares, articulada à rede geral de serviços de saúde.
6. Estruturar um setor de alta complexidade que rompa com o princípio da oferta e se oriente pela demanda gerada pela necessidade.
7. Estruturar a atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando sua forma de financiamento.
8. Desenvolver a gestão dos riscos relativos aos produtos e processos de interesse para a saúde e garantia da qualidade e segurança das tecnologias de saúde e uso racional.
9. Intensificação pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) das ações de vigilância em saúde, com a articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.
10. Implementar mecanismos de monitoramento e avaliação dos indicadores relacionados à soropositividade do HIV e buscar parcerias com o Ministério da Saúde para a viabilização do exame de genotipagem no Estado do Paraná, com capacidade de atender a demanda, que faça a análise do material coletado, agilizando a resposta ao paciente.
11. Estimular as parcerias com as sociedades científicas, entidades formadoras e de classe, empresas e organizações não governamentais, para desenvolver novas estratégias, visando a intensificação das ações de educação em saúde, voltada ao controle da epidemia pelo HIV e o desenvolvimento de estudos que visem o conhecimento do comportamento das populações mais vulneráveis.

12. Implementar os mecanismos de informação e comunicação, com o objetivo de intensificar as ações de promoção à saúde, controle da infecção pelo HIV e redução da transmissão vertical.
13. Consolidar os programas de prevenção às DST e à AIDS através de incentivos financeiros, humanos, insumos e apoio institucional.
14. Divulgar campanhas publicitárias destinadas a toda a população, nos vários tipos de mídia, inclusive em horário nobre, enfocando a importância dos programas e projetos de redução de danos e prevenção às DST/AIDS, no combate à infecção do HIV/AIDS, DST, hepatite e demais doenças infecto-contagiosas.
15. Ampliar a divulgação em todas as categorias sociais sobre os serviços de atendimento e prevenção de HIV/AIDS (através de campanhas publicitárias) e os grupos de adesão existentes e disponíveis no Estado.
16. Integrar os serviços do SUS para atendimento de qualidade à população em geral visando cumprir o princípio de universalidade exposto no art. 7º da Lei n.º 8080/90 (Normas gerais do SUS).
17. Implantar política social através da realização de treinamento e capacitação, com orientações e recomendações sobre o tratamento da hepatite C, DST e AIDS, para cuidadores em casa de apoio e cuidadores familiares de pessoas que vivem com estes agravos à saúde. Incluir a elaboração de um manual de rotina para as casas de apoio, funcionários e demais pessoas capacitadas.
18. Que o Programa Nacional de DST/HIV/AIDS pactue junto às esferas federal, estadual e municipal a questão de medicamentos complementares relativos aos efeitos colaterais dos medicamentos anti-retrovirais.
19. Sensibilizar, capacitar e instrumentalizar diferentes profissionais de saúde dentro da ótica de redução de danos, garantindo a compra e a disponibilização de insumos de prevenção em redução de danos.
20. Recomendar aos municípios a capacitação de agentes de saúde com conhecimentos e práticas de redução de danos para o desenvolvimento dos trabalhos de campo dentro das US - SUS em parceria com as ONG's/OSCIP's.
21. Ampliar a vacinação contra a hepatite B e os exames para a hepatite C, de acordo com critérios epidemiológicos.
22. Subsidiar e fundamentar trabalhos de redução de danos nos municípios que apresentam soroprevalência para HIV alta entre UDI, contribuindo para descentralizar e municipalizar os serviços dos Programas de Redução de Danos bem como apoiar os municípios que já têm PRD's implantados.
23. O gestor estadual deve transferir recursos financeiros, fundo a fundo, para os municípios; retomando o assessoramento técnico e financeiro e assumindo de fato o papel de articulador da regionalização e organizador da assistência por nível de complexidade e resolutividade.
24. O Plano Estadual de Saúde deve ser discutido e aprovado anualmente pelo Conselho Estadual de Saúde, e ter como diretriz o fortalecimento da rede pública possibilitando mudanças essenciais no modelo de atenção.
25. Implantar políticas específicas direcionadas a grupos vulneráveis, buscando o princípio da equidade.

26. Reorganizar os serviços de média complexidade, garantindo que sejam complementares à atenção básica, para atingir maior resolutividade dos serviços.
27. Estruturar uma rede de urgência e emergência, articulada com a rede geral de serviços de saúde.
28. Reorganizar o setor de alta complexidade, visando romper com o princípio da oferta, que se oriente pela demanda gerada pela necessidade.
29. Que o gestor estadual apresente relatórios das auditorias feitas nos consórcios Intermunicipais de saúde, em audiência pública e no Conselho Estadual de Saúde (CES).
30. Promover ações de intersetorialidade, visando a promoção da saúde mental, entre a Secretaria de Saúde e as Secretarias de Ação Social, Educação, Esportes e Lazer, Justiça e demais instituições afins.
31. Inserir equipe multiprofissional para atendimento em saúde mental, prestando assessoramento aos programas de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários, com capacitação adequada e continuada.
32. Que o Programa de Saúde Mental seja elaborado por um coletivo, composto por movimentos sociais, usuários, profissionais de saúde e entidades afins, respeitando a política atual de saúde mental.
33. Que a Secretaria de Saúde do Estado garanta incentivo técnico e financeiro para a implantação dos serviços extra-hospitalares nos municípios.
34. Garantir que o Programa de Saúde Mental atenda aos princípios do SUS: integralidade, equidade e universalidade.
35. Efetivar a criação de Comissões de Saúde Mental, prevista na Lei 11189, em todos os Conselhos Municipais de Saúde para discutirem propostas, avaliarem ações e exercerem o controle social.
36. Cumprir as deliberações das Conferências de Saúde Mental (municipais, estadual e nacional).
37. Que a Secretaria de Estado da Saúde realize auditoria e regularize a situação dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) no Paraná.
38. Promover debates com entidades interessadas, mediante a coordenação de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde, para a elaboração de um projeto de readequação dos hospitais psiquiátricos, atendendo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.
39. Buscar a adequação do financiamento para a atenção básica, sem prejuízo para o financiamento dos serviços de média e alta complexidade.
40. Adotar medidas técnicas e políticas para fortalecer e divulgar a atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde.
41. Definir o papel e as competências por níveis de gestão para atenção básica, média e alta complexidade.
42. Rever os valores referentes ao incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e cumprir os valores pactuados nas três esferas de governo.

43. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional — revisão da Portaria GM/MS 1318/2002, revisão dos valores da tabela SIA/SUS; aumento de recursos federais para o financiamento adequado da aquisição desses medicamentos; utilização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde de medicamentos importados (por exemplo: imiglucerase); proposta de reorganização do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.
44. Estruturar a área de assistência farmacêutica no Estado e nos municípios com alocação de recursos para investimento.
45. Rever os programas verticalizados e fragmentados do Ministério da Saúde (ex. Kit PSF, HIPERDIA) e adotar nova sistemática de repasse, com um elenco único para a atenção básica.
46. Estabelecer os princípios e diretrizes da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, garantindo a ampla discussão e aprovação pelas instâncias de controle social do SUS.
47. Elaborar Planos de Ação em Saúde do Trabalhador de abrangência estadual, macrorregional e metropolitana, a serem discutidos e aprovados pelas instâncias de controle social do SUS.
48. Estimular a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios que sediarão os CRST's.
49. Implementar imediatamente a Resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES-PR) que determina a criação dos Conselhos Gestores nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).
50. Reinstalar imediatamente a instância de controle social no Hospital do Trabalhador (HT), garantindo a ampla discussão e aprovação de suas atribuições, composição e funcionamento, nos termos da Resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES-PR) que cria os Conselhos Gestores nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).
51. Estabelecer mecanismos de financiamento contínuo e permanente para as ações e serviços de saúde do trabalhador, prevendo dotações orçamentárias próprias e a existência de repasses fundo a fundo do Estado para os municípios.
52. Realizar imediatamente concurso público para a contratação das equipes de saúde do trabalhador dos CRST.
53. Que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná convoque a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador para o primeiro semestre de 2004, conforme deliberação da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (2001).
54. Rever o Programa e o Piso de Assistência Farmacêutica Básica, prevendo valores específicos destinados à estruturação da Assistência Farmacêutica, tendo como exemplo os incentivos à Vigilância Epidemiológica e Sanitária e ao PSF, entre outros, colocando o farmacêutico como gerente da assistência farmacêutica nos municípios, prevendo investimentos em treinamento, a implantação de farmácia comunitária e a construção de toda a infra-estrutura necessária e permitindo uma Assistência Farmacêutica ao usuário do SUS com eficiência e eficácia.
55. Para cumprir a recomendação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Medicamentos, que o Poder Executivo realize estudos sobre a transformação dos serviços das farmácias (farmácias e drogarias) em “concessões do Estado”, como forma de buscar uma reversão na situação caótica desses estabelecimentos e reduzir os

danos e abusos cometidos contra a população brasileira pelos estabelecimentos farmacêuticos.

56. Definir uma política nacional para a abertura de estabelecimentos farmacêuticos comerciais, de acordo com os parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com controle social, e ao mesmo tempo incentivá-los a se transformarem em estabelecimentos de promoção à saúde.
57. Fortalecer a rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente os de atenção básica, por intermédio do PSF e da saúde bucal.
58. Dar maior incentivo aos programas criados pelo governo federal (ex. Programa Saúde da Família (PSF) com aperfeiçoamento das equipes e aumento do número de profissionais).
59. Ampliar as equipes multiprofissionais de saúde com a inclusão de fisioterapeutas, psicólogos, pediatras, assistente social, farmacêutico e obstetras no PSF e na Atenção Básica, incentivando a manutenção do PSF onde estiver implantado, bem como ampliar as equipes e regulamentar o funcionamento de acordo com as normas do Ministério da Saúde.
60. Adquirir veículos para a equipe PSF da Zona Rural.
61. Adquirir veículos para a Vigilância Sanitária e o atendimento do PSF.
62. Que os programas de atenção básica, PSF e outros, e também os estratégicos (hipertensão, diabéticos, renal crônico, saúde mental, oncologia, AIDS, etc.), tenham farmacêuticos responsáveis na distribuição e orientação do uso de medicamentos.
63. Ampliar a cobertura da odontologia no Programa Saúde da Família, através da expansão e conversão das equipes de saúde bucal.
64. Instituir grupo de estudo com o objetivo de avaliar a coleta, o transporte e o destino final dos resíduos de serviços de saúde a fim de implementar uma política adequada.
65. Estabelecer centros de referência e implantar protocolos com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos estratégicos, da saúde mental, dos excepcionais, do alto custo, etc., visando também o melhor gerenciamento e a aplicação dos recursos públicos destinados para este fim.
66. Que as esferas estadual e federal aumentem a cota de medicamentos fornecidos aos municípios e também aumentem a cota de medicamentos de saúde mental, fornecidos aos Consórcios Intermunicipais de Saúde e/ou aos Regionais de Saúde.
67. Criar programa de atendimento à saúde mental do trabalhador.
68. Estimular junto às Secretarias Municipais ações de promoção e proteção humana, diminuindo as desigualdades sociais e as doenças mentais.
69. Melhorar o atendimento materno/infantil e saúde mental estabelecendo parcerias com entidades institucionais e órgãos afins.
70. Implantar e estruturar programa regionalizado com ações preventivas e de atendimento em saúde mental e aos dependentes químicos.

71. Que os programas de Saúde Mental (NAPS) sejam estendidos a atendimentos regionais financiados com recursos federal e estadual no que se refere a recursos humanos (equipe técnica profissional).
72. Descentralizar o atendimento de saúde mental e alcoolismo, formando Unidades de Apoio para os municípios de pequeno porte.
73. Implementar as atividades dos programas referentes à Saúde da Mulher, capacitando os profissionais e disponibilizando os recursos para a sua operacionalização.
74. Intensificar as atividades de monitoramento das gestantes de alto risco, com o objetivo de reduzir as complicações, os danos e a mortalidade materna.
75. Intensificar as atividades de monitoramento dos grupos de risco alimentar e nutricional, mantendo o Programa de Suplementação Alimentar para crianças desnutridas, igual e/ou abaixo do percentil 3, e inscrevendo-as na Bolsa Alimentação e demais programas sociais, com o objetivo de reduzir a desnutrição na infância e democratizar a informação e o entendimento sobre o significado do estado nutricional aos responsáveis dos sujeitos diagnosticados para qualificar o seu cuidado e prevenir doenças.
76. Implementar ações para o recém-nascido de risco, viabilizando o atendimento multiprofissional para pacientes egressos das UTIs neonatais.
77. Implementar as referências especializadas para o atendimento de crianças que nasceram com alto risco e deficiência.
78. Dar continuidade ao programa de Planejamento Familiar com o fornecimento de métodos contraceptivos.
79. Criar programa para a prevenção da gravidez na adolescência.
80. Dar apoio técnico operacional e financeiro para a implementação do programa de Planejamento Familiar.
81. Implementar ações voltadas para a prevenção do câncer de colo do útero, de mama, de tireóide e de próstata.
82. Implementar o programa para combate à desnutrição infantil e da gestante.
83. Assegurar o repasse ao município de material destinado à Saúde da Mulher, no que tange à realização de exames preventivos, principalmente no que se refere ao câncer do colo do útero.
84. Aproveitar o momento da consulta médica e da enfermagem para ofertar ao usuário o teste HIV.
85. Implantar na atenção básica o Programa de Atenção à Sexualidade.
86. Estimular o desenvolvimento de programas que valorizem a auto-estima e o potencial dos adolescentes, através de equipes multidisciplinares de profissionais de saúde - psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros -, com o objetivo de promover a saúde dos adolescentes na sua globalidade.
87. Implementar o programa de planejamento familiar, de gravidez precoce e de prevenção de DST/AIDS com a garantia de fornecimento de métodos contraceptivos.
88. Acompanhar a gestante do pré-natal ao parto preferencialmente com o mesmo médico.

89. Dar continuidade à campanha de vacinação contra a rubéola obrigatoriamente para adolescentes e mulheres em idade fértil.
90. Que todas as cidades com mais de 70 mil habitantes tenham uma maternidade pública, junto ao Centro de Excelência de Atendimento à Mulher e à Criança.
91. Implementar programas de atendimento, assistência e atenção aos idosos.
92. Que as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - cumpram o Estatuto do Idoso.
93. Abordar a menopausa de forma holística, ou seja, cuidando do ser humano como um todo, nos aspectos físico, emocional, energético e mental, buscando equilibrar o organismo para restabelecer a saúde, utilizando também terapias não convencionais, por exemplo a fitoterapia.
94. Manter a estruturação do novo modelo de atenção à saúde, através de preceitos e programas de interesse coletivo e direitos de cidadania, possibilitando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
95. Viabilizar o atendimento por médico geriatra e ginecologista, usando o Consórcio como opção e capacitando as Equipes de Saúde da Família para trabalhar com a terceira idade.
96. Firmar convênios com laboratórios de produção de medicamentos vinculados às universidades para a aquisição de medicamentos básicos e o tratamento de doenças raras e especiais.
97. Que o governo estadual assuma a prerrogativa de atender as especialidades médicas, os exames de laboratório, o radiodiagnóstico e outros procedimentos de média e alta complexidade de acordo com os parâmetros da portaria 1101/GM, havendo contrapartida do município, que deverá fortalecer os Consórcios Intermunicipais de Saúde.
98. Que o Estado garanta a oferta à população de consultas com especialistas através da Central de Agendamento, dotando a central de um número de profissionais e equipamentos necessários para a operacionalização dos trabalhos.
99. Garantir o elenco de medicamentos da Farmácia Básica e da Saúde Mental, segundo as necessidades da população em nível federal, estadual e municipal de acordo com a portaria 344/98, bem como garantir ao usuário o acesso a todas as informações necessárias sobre o uso correto e racional dos medicamentos.
100. Implantar centros de tratamentos para queimados nas macro-regionais.
101. Investir em novas metodologias para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à Saúde.
102. Credenciar os hospitais do SUS para realizarem laqueaduras, de acordo com a legislação.
103. Disponibilizar e criar mecanismo para o uso de exames de alto custo nos casos emergenciais.
104. Implementar e organizar o sistema de referência e contra-referência com o estabelecimento de normas ou rotinas claras tanto para pacientes referendados do próprio município como fora dele, garantindo a resolutividade.

105. Disponibilizar veículos adequados com elevador para o transporte de pessoas deficientes para o acesso ao serviço de saúde; eliminar barreiras arquitetônicas para facilitar o acesso de pessoas deficientes ao Serviço de Saúde.
106. Implementar e agilizar programas para a realização de cirurgias eletivas de média e alta complexidade em todos os usuários do SUS, devendo o governo estadual viabilizar recursos extra-teto ou a PCS onde houver demanda reprimida (ex.: adenóide, amígdalas, cardiovasculares, etc.).
107. Implantar e efetivar o programa de prevenção do glaucoma conforme preconiza portaria.
108. Ampliar UTIs neonatais e para adultos em todo o Estado do Paraná.
109. Manter programas estratégicos como campanha de varizes, próteses auditivas, reabilitação e outras necessárias.
110. Implantar farmácias de manipulação, fitoterapia e homeopatia no SUS.
111. Incentivar o uso de ervas medicinais comprovadas cientificamente e garantir acompanhamento por profissionais habilitados.
112. Facilitar o acesso aos medicamentos excepcionais, de custo mais elevado.
113. Estimular o aumento do número de vagas para pacientes do SUS em hospitais conveniados.
114. Criar um protocolo de notificação de violência e negligência ao portador de deficiências, acionando o Ministério Público quando necessário.
115. Ampliar a rede de serviços do SUS e as unidades de cuidados diurnos - centros-dia, de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para a pessoa portadora de deficiências conforme protocolo.
116. Buscar parcerias com o Ministério da Saúde para viabilizar o exame de genotipagem no Laboratório Municipal de Curitiba, com capacidade para atender a demanda, que faça a análise do material coletado, agilizando a resposta ao paciente.
117. Normatizar os processos e fluxos de acesso a consultas, exames e terapias, de modo a viabilizar a integralidade da assistência, a eficácia, a efetividade e o controle financeiro do sistema.
118. Implantar o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência/Emergência Clínica - SAMU, viabilizando o acesso e a atenção oportuna às situações de emergência clínica.
119. Implementar as tecnologias do serviço de saúde no processo de trabalho da auditoria, tais como elaboração de protocolos, revisão por pares, com segundo parecer, revisão de uso prospectivo, concomitante e retrospectivo, perfilização clínica com aval do Conselho Municipal de Saúde, entre outras.
120. Implementar um sistema de comunicação institucional, integrando profissionais, serviços e usuários, para intensificar o compromisso com a qualidade e confiabilidade dos registros, e possibilitar o compartilhamento das informações em saúde.
121. Garantir a equidade e o acesso universal aos medicamentos e insumos de diversos programas, tendo como porta de entrada o Sistema Único de Saúde.

122. Criar um fórum qualificado de debates para deliberar sobre projetos de medicina alternativa a ser utilizado no sistema de saúde (fitoterapia, acupuntura, homeopatia, etc.).
123. As farmácias públicas municipais devem atender aos critérios de qualidade previstos na legislação vigente, com área mínima compatível, instalações adequadas, local organizado, registro de atividades, local apropriado para possibilitar a realização da Atenção Farmacêutica com fichas de acompanhamento farmaterapêutico, pessoal capacitado e responsável(eis) técnico(s) (farmacêutico(s)) devidamente registrado(s) no CRF-PR.
124. Implementar o serviço de auditoria nos hospitais que atendem pelo SUS para garantir que todos os leitos ofertados ao SUS estejam disponibilizados na Central.
125. Que o Estado aumente o número de leitos em todas as áreas hospitalares, principalmente o atendimento em oncologia e neonatal, respaldando os municípios, para que eles não tenham que recorrer às instâncias superiores a fim de conseguir o atendimento.
126. Aumentar o número de exames complementares, adequados aos programas, tais como: mamografia, anátomo patologia de câncer uterino e outros.
127. Rever a questão dos exames laboratoriais, para diagnósticos de patologias de interesse do Estado (que no momento estão por conta dos municípios).
128. Revisar e fiscalizar de maneira mais efetiva a Vigilância Sanitária nos municípios.
129. Maior rigor na fiscalização da gestão de Atenção Básica, bem como o apoio, o aconselhamento e acompanhamento na gestão dos Programas de Atenção Básica, com maior cooperação técnica entre o Estado e os municípios.
130. Que o Ministério da Saúde realize auditorias freqüentes nos municípios.
131. Redefinir o papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
132. Firmar contratos/convênios entre o Estado e a União, para o repasse da verba fundo a fundo ou o repasse de ambulâncias para os municípios.
133. Recolher os carros deteriorados, para evitar acidentes e complicações com os pacientes transportados.
134. Que as Secretarias de Saúde mantenham um setor de serviço social para triagem, visando a equidade no atendimento.
135. Na implantação de programas, considerar o planejamento contido no Plano de Saúde Municipal.
136. Viabilizar o tratamento odontológico de nível secundário, inclusive o tratamento endodôntico, com estabelecimento de referência e contra-referência.
137. Criar e implementar CAPS conforme portaria vigente, obedecendo à regionalização de acordo com a NOAS.
138. Criar centros regionais de atendimento ao usuário de álcool e drogas para desintoxicação ambulatorial, e/ou capacitar equipes em Unidades Básicas de Saúde, evitando internamentos onerosos e desnecessários.

139. Implantar/efetivar imediatamente o cartão SUS.
140. Gestionar junto ao governo federal que promova a efetiva implementação da produção de genéricos no país, com real controle de preços e conscientização sobre seus efeitos.
141. A concessão de órtese e prótese, realizada por licitação, deverá levar sempre em conta em primeiro lugar a qualidade do produto, bem como o atendimento, que deverá obrigatoriamente contemplar na íntegra a Portaria GB818SAS185, SAS432.
142. Informatizar todas as Unidades Básicas de Saúde no sentido de beneficiar o usuário e facilitar o trabalho dos profissionais, agilizando todo o atendimento.
143. Desvincular o atendimento da equipe do PSF do atendimento realizado nas UBS, inclusive vinculado à sua área de abrangência.
144. Realizar campanha de recolhimento de medicamentos não utilizados pelas famílias para serem doados e inutilizar os vencidos.
145. Implementar programa de aquisição de prótese dentária para pessoas de baixa renda.
146. Aumentar a faixa etária dos exames citopatológicos (15 a 59 anos), tornando maior a cobertura.
147. Agilizar a implantação da NOAS.
148. Que a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde repassem recursos às SMS ou distribuam equipamentos para os postos de saúde e hospitais municipais.
149. Que a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e o Ministério da Saúde repassem recursos que possibilitem a ampliação, a reforma ou a construção de Unidades de Saúde conforme projetos apresentados e aprovados pelos CMS.
150. Agendamentos, pelos consórcios, de retornos até a conclusão do tratamento.
151. Fornecer às unidades de saúde material destinado à educação de saúde, com abordagem preventiva, a fim de otimizar a realização de atividades de prevenção.
152. Proibir a visita de representantes de laboratórios nas unidades de saúde e hospitais.
153. Medicamentos do Consórcio Paraná Saúde e da contrapartida estadual para os municípios não consorciados devem ser entregues nos prazos certos.
154. Elaborar, através de políticas específicas, um programa de coleta de resíduos sólidos, urbanos e de serviços de saúde, aumentando a coleta urbana e priorizando a coleta seletiva de lixo, e incluindo a conscientização sobre o uso correto de agrotóxicos e a coleta desses resíduos e a notificação e a investigação de intoxicações por agrotóxicos.
155. Elaborar um programa de saneamento básico que inclua campanha de proteção às fontes e poços, bem como a análise e o tratamento das águas, incluindo a capacitação para tratamento.
156. Exigir dos estabelecimentos prestadores de saúde, especialmente dos laboratórios de análises clínicas, que participem de programas de controle de qualidade externo de reconhecimento nacional que garantam e respaldem o serviço prestado.
157. Criar mecanismo de fiscalização do Estado dos consórcios intermunicipais de saúde e ao mesmo tempo normas operacionais para que se reestrutrem no sentido de: agilizar

o agendamento de consultas e exames e seus resultados, contratar especialidades respeitando a prioridade da demanda, agilizar o Tratamento Fora do Domicílio, praticar a contra-referência, e melhorar a qualidade das consultas médicas e dos exames.

158. Encaminhar e solicitar ao Ministério da Saúde a padronização e fiscalização em relação aos preços dos medicamentos comercializados no país.
159. Apoiar a implantação urgente do Hospital Regional do Sudoeste, levando a discussão ao CMS e ao CES, e que estes criem mecanismo de envolvimento da sociedade no acompanhamento das discussões referentes ao modelo ou à melhor forma de implantação do hospital, assim como de sua forma de atendimento e organização.
160. Implementar uma quantidade maior de medicamentos no kit do PSF, já que houve aumento da demanda.
161. Que a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) estude a viabilidade legal de projetos apresentados pelas APAEs para a compra de equipamentos.
162. Agilizar o processo de cadastramento e implantação do cartão SUS para todos os usuários.
163. Criar protocolo de atendimento nas UBS.
164. Adquirir equipamentos para o laboratório municipal, para maior diversificação de exames.
165. Reativar a maternidade no Hospital São Camilo.
166. Aumentar o número de leitos nas centrais de vagas e na UTI nos hospitais municipais e regionais.
167. Ampliar e reavaliar as ações de Vigilância Sanitária com o objetivo de controlar os riscos à saúde resultantes da produção, distribuição e consumo de bens e serviços.
168. Divulgar o Programa de Coleta de Amostras para os estabelecimentos de interesse para a saúde e os protocolos utilizados pela Vigilância Ambiental para o manejo, transporte e armazenamento de amostras coletadas e encaminhadas aos laboratórios de saúde pública (ex.: coleta de material para pesquisa de vibrião colérico, antraz, material tóxico, qualidade da água, entre outros).
169. Implantar Protocolo Integrado de Infecção Hospitalar com o objetivo de ampliar a atuação das comissões de controle de infecção dos hospitais.
170. Manter o Programa de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano.
171. Ampliar a implantação de residências terapêuticas para os usuários asilares de hospital psiquiátrico.
172. Possibilitar melhores condições de trabalho e promover atividades que visem à qualidade de vida do trabalhador da área de saúde.
173. Que as Secretarias Municipais da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) gestione junto aos hospitais gerais no sentido de exigir o cumprimento da lei que destina 10% dos leitos dos hospitais gerais para pacientes psiquiátricos, com profissionais sensibilizados e capacitados.

174. Estabelecer fluxo de comunicação de alta e transferência de pacientes egressos de hospital psiquiátrico com as Unidades de Saúde e outros serviços credenciados.
175. Que as Secretarias Municipais de Saúde façam uma revisão do processo de trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde visando a otimização de tempo e recursos.
176. Buscar recursos junto ao governo federal e/ou à FUNASA para financiar projetos de construção de módulos sanitários para as famílias que apresentam situação de vulnerabilidade e carência, e ampliação das equipes de fiscais da Vigilância Sanitária e Ambiental.
177. Viabilizar junto ao Ministério da Saúde a disponibilização permanente de medicamentos específicos para a realização da desverminação em massa, com um trabalho paralelo de educação e saúde.
178. Cabe ao município organizar e padronizar o sistema de saúde junto com a sociedade representada pelas entidades organizadas.
179. Adequar o número de pessoas acompanhadas por equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) ao perfil epidemiológico local.
180. Garantir a descentralização de ações da tuberculose e hanseníase, realizando diagnóstico o mais precoce possível e acompanhamento dos casos confirmados.
181. Integrar a assistência do Pronto Socorro Odontológico do Centro Odontológico Universitário do Norte do Paraná - COUNP/UJEL, como referência de assistência odontológica prestada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).
182. Expandir as equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.
183. Implantar uma política de produção de medicamentos em parceria com o Laboratório de Produção de Medicamentos para tratar de doenças raras e especiais (medicamentos órfãos) devido ao desinteresse da indústria face aos baixos preços e à pequena procura.
184. Descentralizar a entrega de insulina humana e regular para as unidades de saúde, com a melhoria das mesmas em infra-estrutura e recursos humanos.
185. Assegurar por meio dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde a distribuição gratuita e contínua das insulinas de ação lenta, rápida e ultra-rápida e de outros tipos disponíveis, dependendo da prescrição e avaliação médica, seringas apropriadas para a aplicação de insulina, e acesso às fitas para o controle da glicemia.
186. Assegurar aos portadores de doenças crônico-degenerativas e gestantes de alto risco o fornecimento ininterrupto dos medicamentos e insumos necessários (diabetes, lúpus, doenças reumatológicas, etc.).
187. Que o Estado do Paraná inclua na lista de medicamentos para infecções oportunistas das pessoas com HIV/AIDS medicamentos para tratamento de agravos decorrentes do uso de terapia anti-retroviral, como por exemplo a lipodistrofia, aumento de colesterol e triglicérides, etc.
188. Que o Estado do Paraná assuma e mantenha estoque regulador de medicamentos para as infecções oportunistas das pessoas com HIV/AIDS.
189. Realizar campanhas junto aos médicos para maior esclarecimento sobre os genéricos e incentivá-los a prescrever tais medicamentos, que deverão integrar as farmácias do SUS.

190. Revisão geral, pelo Ministério da Saúde, dos registros de todos os medicamentos, com a conseqüente eliminação daqueles que não têm efeito terapêutico e/ou cujo risco/benefício de utilização não é justificado.
191. Adequar as apresentações dos medicamentos industrializados, bem como dos medicamentos nas farmácias, uma vez que estas não permitem o seu fracionamento em quantidades necessárias ao tratamento dos pacientes, como ocorre em outros países, o que permitiria evitar o desperdício, a insuficiência das quantidades utilizadas e a redução do custo dos tratamentos.
192. Garantir a regulamentação da propaganda de medicamentos estabelecida pela Lei 9294/96 e regulamentada pelo Decreto 2018/96.
193. Criar legislação nacional que regule a Lei de Zoneamento Municipal para a abertura de farmácias com o que preconiza a Organização Mundial da Saúde – OMS, visando, assim, a qualidade do atendimento ao paciente.
194. Que o Ministério da Saúde tome medidas contra a biopirataria do patrimônio nacional, que obriga o país a pagar royalties sobre medicamentos cujos princípios ativos têm origem na flora e na fauna nacionais.
195. Não permitir a venda de medicamentos via Internet, correios, supermercados ou qualquer outro estabelecimento não previsto na legislação sanitária, com o objetivo de reduzir a banalização da automedicação, do uso indiscriminado e/ou abusivo de medicamentos.
196. Firmar convênios com órgãos que prestem serviços de informação sobre medicamentos - CIM (Centro de Informação sobre Medicamentos/SESA) para os profissionais de saúde que atuam na rede.
197. Criar um projeto de extensão que garanta desde o cultivo até a produção dos medicamentos fitoterápicos estabelecendo convênios com a Universidade Estadual de Londrina e a Embrapa.
198. Incentivar os estabelecimentos de serviços de saúde a manter programas de segregação do lixo incentivando a reciclagem, bem como a adequar os serviços de saúde para a implantação da Resolução nº 33 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
199. Incentivar as instituições a manter seus índices de infecção hospitalar dentro de níveis aceitáveis.
200. Priorizar e incentivar a reestruturação da Vigilância Sanitária nacional, estadual e municipal para que estas instâncias passem realmente a cumprir o que a legislação nacional determina.
201. Implementar uma política de farmacovigilância que estabeleça os deveres de cada esfera de governo no Sistema Único de Saúde.
202. Regulamentação pelo Ministério da Saúde para a implementação de unidade de cuidados intermediários pediátricos e para adultos.
203. Garantir a compatibilização da implantação de serviços de alta complexidade (UTI, etc.) pelos outros níveis de governo com recursos suficientes e compatíveis com a necessidade da população.
204. Ampliar leitos de UTI e de “intermediário” (UCI) para atendimento de neonatologia.

205. Estimular os hospitais que mais captam e transplantam órgãos.
206. Implantar o Serviço de Queimados em Londrina e região, dentro do HURNP, com a garantia de recursos financeiros das três esferas de governo para a sua manutenção.
207. Municipalizar o Centro Integrado de Doenças Infecciosas - CIDI e os diversos programas ali existentes.
208. Municipalizar o Hospital da Zona Norte e o Hospital da Zona Sul de Londrina condicionado a: 1. elaboração, pelo Conselho Municipal de Saúde, de diagnóstico das necessidades da população e da oferta de serviços; 2. definição, pelo Conselho Municipal de Saúde, do papel desses hospitais nos sistemas local e regional de saúde.
209. 3. Ampliar a absorção pela Rede Básica de Saúde dos casos de atendimento primário que acontecem atualmente na porta de entrada desses hospitais.
210. 4. O financiamento para investimento e custeio que resultou da municipalização será buscado nas três esferas de governo.
211. Garantir apoio à conclusão da readequação e ampliação do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná junto ao governo do Estado e ao Ministério da Saúde.
212. Garantir a segurança, inclusive com policiamento, dos trabalhadores profissionais e de outros usuários durante o atendimento em serviços de saúde dos detentos e que ele seja realizado em ambiente adequado nas UBS e nos hospitais.
213. Incluir todos os hospitais prestadores de serviços do SUS no município no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde.
214. Descentralizar o atendimento de média complexidade aos municípios dentro do processo de regionalização.
215. Que o Estado do Paraná aumente a cota de exames de CD4, CD8 e carga viral para os indivíduos soropositivos e doentes de AIDS.
216. Que os trabalhadores da área da saúde que atuam no setor público, privado, filantrópico e beneficente tenham cursos de capacitação e qualificação “custeados pelos respectivos órgãos empregadores”.
217. Considerando que os recursos humanos são um dos eixos prioritários para a melhoria da qualidade do Sistema Único de Saúde, que o Conselho Nacional de Saúde negocie a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal, para que ela se adapte à realidade do SUS e que os Conselhos Municipais de Saúde desenvolvam esforços para cumprir as diretrizes da norma operacional básica de recursos humanos dos SUS (NOB-RH-SUS) que são: 1) criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), vinculada ao Conselho Municipal de Saúde e; 2) instalação da Mesa Permanente de Negociação com composição paritária.
218. Organizar em cada âmbito de gestão um banco de dados sobre recursos humanos do SUS, que facilite a avaliação permanente da capacidade de oferta e da necessidade de realização de ações e serviços de saúde, que seja atualizado sistematicamente, para ser utilizado no planejamento do sistema de saúde, das ações de desenvolvimento e de recursos humanos, para sua administração e para o controle social da gestão do trabalhador no SUS. Nesse aspecto, é preciso fazer o levantamento dos trabalhadores em todas as instâncias de governo cedidas aos municípios e estabelecer negociação.

219. Que o Município, em parceria com o Estado e as entidades comunitárias, estabeleça programas de educação continuada para a diminuição dos índices de proliferação do mosquito da dengue durante todo o ano.
220. Fomentar e estimular a alimentação e o preenchimento do Sistema de Informação de Orçamento de Política de Saúde - SIOPS pelos Municípios e pelo Estado.
221. Criar Câmara de Compensação Intermunicipal de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, para melhorar o fluxo de pacientes e de recursos financeiros entre as regionais.
222. Aumentar o número de exames ginecológicos e mamografias, pois a espera chega a um ano para o atendimento da mulher.
223. Credenciar mais UTIs, UTIs neonatais e UTIs móveis junto à Central de Leitos, para amenizar a demanda regional.
224. Mudar os currículos dos cursos de formação na área de saúde, priorizando as necessidades do SUS.
225. Celebrar convênios entre União, Estados e Municípios para implementar o serviço de ambulância de serviços avançados para transporte de emergência e trauma, e transferência de pacientes de pequenos hospitais para hospitais de referência.
226. Estimular a interiorização dos profissionais de saúde recém-formados, por tempo definido, com garantias posteriores de aprimoramento e especialização definidos pelo Estado.
227. Que os pólos de educação permanente garantam a continuidade da formação.
228. Que os pólos de educação também oportunizem a capacitação de conselheiros de saúde.
229. Introduzir a estratégia do PSF no currículo dos cursos de formação da área de saúde, contemplando a estratégia AIDPI e a prevenção de acidentes e a violência em menores de 5 anos de idade.
230. Realizar o levantamento dos equipamentos e profissionais de saúde disponíveis no Estado, para subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Saúde.
231. Construir instrumentos de planejamento que contemplem as especificidades regionais.
232. Definir eixos estratégicos para a organização de sistemas de atenção à saúde em todos os níveis, direcionando e priorizando os investimentos com enfoque na atenção básica.
233. Implementar contratos com prestadores priorizando não a oferta de serviços mas as necessidades identificadas no Plano Estadual de Saúde, que deverá ser elaborado imediatamente, com base nas demandas e propostas dos Planos Municipais de Saúde e da Conferência Estadual de Saúde.
234. Estudar/implantar a compatibilização entre os diferentes sistemas de informação existentes no SUS que não interagem entre si.
235. Assegurar o atendimento do indivíduo nas várias etapas da vida e em qualquer condição física, mental e social que se apresente nos diferentes níveis de atenção.

236. Elaborar um Plano Estadual de Regulação que oportunize a integração entre os sistemas estadual, municipal e federal de regulação.
237. Implementar a figura do médico regulador nas Centrais de Leitos do Estado.
238. Elaborar um plano estadual de redução da mortalidade infantil, com a definição de metas e orçamentos, o incentivo ao aleitamento materno e à iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, credenciado no SUS.
239. Definir os papéis dos gestores em todos os níveis e a integração necessária para a implementação do sistema estadual de saúde.
240. Aderir a protocolos de condutas de assistência à saúde, regidos pela lógica da medicina baseada em evidências, epidemiologia e integralidade da atenção.
241. Consolidar junto às equipes de saúde as concepções da atenção primária/atenção básica e saúde da família, buscando coerência das práticas profissionais.
242. Viabilizar, mediante parcerias entre as instituições de ensino superior e a Secretaria da Saúde, a participação de acadêmicos das diversas áreas profissionais da saúde em estágios correlatos aos portadores de deficiência.
243. Que a SESA faça um novo estudo para conhecer as demandas de atendimento aos portadores de deficiências, dispensação de próteses e órteses e da estrutura das regiões do Estado, buscando a implantação de Centros de Reabilitação e recuperação biopsicossocial (habilitação) do portador de deficiência no interior do Estado.
244. Que a SESA busque o mais breve possível convênios ou a implantação dos outros três centros nas cidades de União da Vitória, Londrina e Cascavel, conforme foi aprovado na Comissão de Assistência à Saúde e Acesso ao SUS e no Conselho Estadual de Saúde;
245. Que a SESA amplie o atendimento nos Centros de Alta e Média Complexidade a outras patologias neurológicas que não estão contempladas na Portaria 818.
246. Redefinir os critérios de dispensação de bolsas de íleo, uro e colostomia para atendimento dos usuários ostomizados da capital e do interior do Estado.
247. Que os centros de reabilitação, em todos os níveis, encaminhem trimestralmente ao CES e aos CMS's dos municípios sedes o relatório de atendimento do período, seus recursos despendidos e a demanda reprimida da região.
248. Que todos os centros de reabilitação de nível intermediário continuem autorizados a prescrever órteses e próteses e correlatos em cumprimento da Portaria 818.
249. Inserir a acupuntura como recurso a ser utilizado na Saúde do Estado, desde que o profissional tenha especialização de referência reconhecida pelo órgão de classe com no mínimo 1.200 horas.
250. Equipar hospitais de referência para garantir a realização de procedimentos odontológicos.
251. Enfatizar o atendimento a bebês como uma estratégia de prevenção das políticas de saúde bucal.
252. Solicitar ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde material de apoio para a realização de ações educativas de forma periódica.

253. Implantar e implementar as ações de odontologia na Secretaria de Estado da Saúde e nos Municípios, incluindo estruturação de pronto atendimento odontológico.
254. Monitorar de maneira permanente os indicadores de saúde da mulher.
255. Financiar oficinas sobre direitos sexuais e reprodutivos, incluindo parto humanizado, nas sedes de macrorregionais do Estado.
256. Realizar campanhas educativas relacionadas com a saúde da mulher.
257. Recuperar e potencializar a capacidade de atendimento dos hospitais, maternidades, unidades básicas, ambulatórios e unidades de referência com o objetivo de proporcionar assistência no pré-natal, parto e puerpério de melhor qualidade.
258. Implementar o Programa de Humanização do Pré-natal do Ministério da Saúde; Realizar avaliação da qualidade da atenção ao pré-natal pelos municípios e pelo Estado.
259. Garantir atenção especial à gravidez de alto risco ambulatorial e hospitalar.
260. Ampliar o número de AIHs para esterilização tubária e vasectomia, ambulatorial e hospitalar, atendendo aos critérios da lei federal nº 9263/97.
261. Identificar mulheres com risco reprodutivo para a promoção de ações específicas.
262. Regulamentar e ampliar o atendimento aos casos de aborto previsto em lei em condições seguras, garantindo a humanização do atendimento.
263. Implantar a assistência ao parto humanizado em todas as maternidades conveniadas ao SUS.
264. Assegurar a presença de acompanhante no parto conforme Resolução 029/02 do CES.
265. Promover campanha na mídia e institucional para a redução de cesáreas e o incentivo ao parto normal.
266. Garantir o acesso a hemoderivados nas maternidades.
267. Garantir a vinculação do pré-natal à maternidade para o parto.
268. Implantar as casas de apoio às gestantes de risco junto aos hospitais de referência.
269. Garantir duas consultas de puerpério até no máximo quarenta e dois dias após o parto, sendo a primeira entre o sétimo e o décimo dia de puerpério.
270. Efetivar a referência para as gestantes de alto risco com o pagamento diferenciado aos hospitais de nível secundário e terciário.
271. Fortalecer os centros de referência de nível secundário na capital e nos municípios com mais de 100 mil habitantes no que se refere à atenção ao câncer de colo do útero e de mama: acesso à mamografia, colposcopia, ultra-sonografias e outros exames, incluindo cirurgia e tratamento de quimioterapia e radioterapia e acesso a leitos em tempo hábil.
272. Cumprir a lei federal que garante a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia.
273. Ampliar os serviços de diagnóstico e tratamento de DST/AIDS na rede básica, inclusive para as gestantes, para o controle da transmissão vertical do HIV.

274. Aumentar o número de serviços de saúde com equipe multiprofissional para atender às mulheres em situação de violência, incluindo a contracepção de emergência e o aborto previsto em lei nos casos de decisão da mulher.
275. Implantar e executar o plano estratégico de atenção à mulher vítima de violência promovendo a cooperação técnica com a Secretaria de Segurança.
276. Incluir o tema da violência doméstica nos processos de capacitação instituídos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA).
277. Promover campanhas de esclarecimento sobre a saúde mental, alertando para o abuso e o uso indiscriminado de terapias medicamentosas e implantar residências terapêuticas para pacientes psiquiátricas asiladas.
278. Desenvolver campanhas de esclarecimento sobre as doenças cardiovasculares e a diabetes, alertando a população para a importância de se prevenir, reconhecer seus sintomas e procurar tratamento.
279. Implementar programas preventivos e curativos voltados para a saúde das trabalhadoras dando ênfase ao levantamento diagnóstico das doenças ocupacionais em especial LER/DORT, stress e depressão, que incidem com maior gravidade entre as mulheres.
280. Preparar os profissionais das unidades básicas para a identificação das patologias relacionadas à saúde ocupacional, combatendo as atitudes discriminatórias.
281. Democratizar o acesso à informação com a introdução de etnia nos prontuários e demais formulários do sistema de informação em saúde, para que se conheça o perfil de saúde da população segundo as diferenças de raça/etnia. Orientar a importância do preenchimento do campo "etnia".
282. Implementação no sistema público de notificação para detectar nos primeiros anos de vida a anemia falciforme, e desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento de doenças de mais alta incidência na população negra, tais como a hipertensão, as miomatoses e a anemia falciforme na gravidez.
283. Realizar pesquisa para a avaliação das condições de risco do trabalho da mulher no campo, objetivando a implementação de políticas específicas.
284. Capacitar os profissionais de saúde e educação para atendimento aos adolescentes, contemplando ações de educação em saúde.
285. Priorizar a criação de Comitês Regionais de Investigação de Agravos Graves e Fatais relacionados ao trabalho, com a criação de Sistema de Informação do SUS.
286. Priorizar a criação de um ambulatório de atenção à saúde do trabalhador no Hospital do Trabalhador.
287. Criar o Centro de Saúde do Trabalhador no organograma da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).
288. Desenvolver um plano de ação das Vigilâncias em consonância com o Plano Estadual de Saúde, com enfoque epidemiológico e de identificação dos fatores de risco.
289. Fortalecer as vigilâncias municipais e estadual, com maior apoio técnico e gerencial das Regionais de Saúde, ampliando as supervisões e o assessoramento.

290. Que o gestor estadual assessore os municípios mediante a criação de um protocolo de atendimento em saúde mental.
291. Rever o fornecimento de medicamentos básicos e excepcionais aos municípios tanto em relação aos quantitativos quanto aos qualitativos.
292. Criar e ampliar projetos sociais e de saúde que construam a rede de apoio necessário à manutenção do usuário na comunidade, através da canalização de recursos financeiros oriundos da extinção dos leitos hospitalares da saúde mental.
293. Estabelecer cronograma de extinção progressiva e gradual de leitos, em consonância com a expansão de redes extra-hospitalares.
294. Realizar auditoria nos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) existentes no Paraná para melhor avaliar os serviços prestados.
295. Articular o Programa de Saúde da Família (PSF) com as ações de atenção básica à saúde do idoso para que as equipes de PSF recebam capacitação para atendimento específico ao idoso e os conselhos locais de saúde fiscalizem o cumprimento integral das atividades do PSF.
296. Que o SUS garanta o princípio da integralidade das ações para todas as faixas etárias, oferecendo serviços de qualidade voltados para a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.
297. Ampliar a oferta de referência em serviços de reabilitação e prevenção de incapacidades.
298. Garantir acesso dos idosos aos programas de órteses e próteses, e criar programas que possibilitem acesso à prótese dentária.
299. Como forma de ampliar e estimular o acesso do idoso ao litoral paranaense, criar programas especiais para o litoral visando o atendimento integral.
300. Realizar capacitação dos profissionais de saúde nas vigilâncias estadual e municipais junto aos pólos de educação permanente, voltados para as ações de saúde do trabalhador.
301. Que os municípios incentivem e apoiem o trabalho desenvolvido pelos grupos de apoio à recuperação de portadores de dependência química.
302. Assegurar por meio dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde a distribuição gratuita e contínua da fita reagente de controle de glicose.
303. Assegurar que o governo amplie a cesta básica de medicamentos aos pacientes do SUS, inclusive os destinados ao tratamento de alta complexidade.
304. Criar Centros de Referência regionalizados no Estado para atender pessoas portadoras de deficiência sem restrição de faixa etária com uma equipe multidisciplinar, de forma a atender todas as suas necessidades, dentro de uma política intersetorial.
305. Aumentar os recursos financeiros do CRAID/PR a fim de garantir medicação para todos os usuários atendidos nesse centro e em outros centros similares.
306. A Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde do Estado do Paraná (SESA/ISEP) deve reorganizar de forma descentralizada o serviço de órteses e próteses para agilizar a obtenção desse recurso, indispensável para a melhoria da qualidade de vida.

307. A Secretaria de Estado da Saúde deve viabilizar, em parceria com os municípios, uma política pública de transporte para portadores de deficiência e necessidades especiais impossibilitados de utilizar o transporte coletivo para realizar o tratamento no CRAID ou em serviços similares no Paraná.
308. A Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde do Estado do Paraná deve promover cursos de capacitação dos profissionais que trabalham com a pessoa portadora de deficiência e necessidades especiais, visando a melhoria do atendimento à população e a valorização desses profissionais.
309. Ofertar PSA para homens acima de 40 anos, com implantação de política estadual de Assistência à Saúde do Homem.
310. Implantar programa de prevenção do câncer de próstata.
311. Implementar a rede de laboratórios (REBLAS, LACEN), para garantir as ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, com recursos técnicos, materiais e financeiros para a execução de análises, incluindo o transporte das amostras.
312. Definir e garantir os insumos e medicamentos para atenção aos programas por parte do Estado e governo federal tais como diabetes, hipertensão, DST/AIDS, saúde mental, prevenção de câncer e outros definidos por normas, inclusive com maior aporte de recursos para doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas.

## **5.6 EIXO TEMÁTICO VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL NO SUS**

1. Construir efetiva parceria para um pacto entre gestores e conselhos de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional voltado para o desenvolvimento de ações para o apoio e fortalecimento do controle social, garantindo a estrutura física adequada e os recursos necessários para o funcionamento dos conselhos.
2. Desenvolver mecanismos de difusão de informações a partir de amplo trabalho de comunicação social com os diferentes meios existentes, visando informar a população sobre os Conselhos de Saúde, seu papel, sua composição, suas bases de representação e sua importância decisiva para a legitimação das políticas de saúde e do SUS.
3. Adotar e implementar uma política de informação e comunicação entre os Conselhos de Saúde articulada em âmbito local, regional e nacional, ampliando o diálogo destes com o governo, favorecendo a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde.
4. Realizar estudos e levantamentos que permitam conhecer as condições da ação do controle social da saúde no Brasil e a criação de uma rede articulada de conselhos.
5. Definir e implementar uma política nacional de Ouvidoria do SUS, de forma a organizar e apoiar as estruturas de escuta do cidadão usuário do SUS nas três esferas de governo. Essa política deve ampliar os canais de relação e participação de escuta do cidadão, e modificar o caráter, a eficiência e o funcionamento das ouvidorias que, além de estarem voltada para a resolução pronta dos problemas denunciados, sejam também geradoras de informações para o apoio e a qualificação da gestão em saúde.
6. Criar legislação em defesa do cidadão usuário do SUS a partir do desenvolvimento de amplo processo de discussão com a sociedade e com o Poder Legislativo.

7. Que os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde instituem em seus regimentos internos a elaboração de uma agenda anual de temas básicos e estabeleçam prazos para que o Executivo homologue, publique e execute as deliberações dos Conselhos de Saúde.
8. Que as entidades que recebem recursos do SUS - através de convênios, subvenções ou outras formas de financiamento - não representem o segmento dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde. Essas entidades deverão integrar o segmento dos gestores de serviços do SUS.
9. Que os ocupantes de cargos de chefia, cargos de livre provimento, em comissão, confiança ou outros não representem o segmento dos trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de Saúde. Estes deverão integrar o segmento dos prestadores de serviço do SUS.
10. Que os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde exijam que os Planos Anuais de Saúde, os Orçamentos Anuais, os Planos Plurianuais, os Planos de Investimento, a Política de Recursos Humanos, as Prestações de Contas e os Contratos/Convênios assumidos pelos gestores do SUS sejam discutidos e submetidos à apreciação dos Conselhos de Saúde, garantindo-se o seu caráter deliberativo e a participação no processo de planejamento e execução orçamentária do setor saúde.
11. Que os Conselhos Municipais e Estadual exijam o direito de solicitar a realização de auditorias relacionadas ao funcionamento das diversas instâncias do SUS, bem como o direito de receberem os relatórios das auditorias realizadas em consórcios intermunicipais de saúde e/ou demais serviços privados contratados ou conveniados ao SUS.
12. Que os Conselhos Municipais e Estadual exijam o cumprimento das diversas resoluções de Conferências que determinam a criação de Conselhos Gestores em todas as unidades de saúde, ambulatórios ou hospitais, públicos ou conveniados (incluindo os HU e consórcios), garantindo o seu caráter deliberativo e a representação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.
13. Implementar cadastros de pacientes para o controle de recebimento de medicamentos via Unidade de Saúde, evitando que pacientes peguem medicamentos desnecessários e façam estoques.
14. Que a farmácia municipal seja estruturada de acordo com normas adequadas para o bom atendimento e o cuidado quanto à conservação dos medicamentos.
15. Cumprir lei que estabelece a exigência de plantão de uma farmácia municipal por 24 horas nas cidades.
16. Desenvolver estratégias para que a população participe juntamente com os gestores do processo de implementação de políticas de medicamentos, como a propaganda e/ou a divulgação de políticas públicas na área.
17. Que os gestores apresentem aos CMS e CES os balanços das decisões tomadas em conferências anteriores, e que após estudo de viabilidade as decisões não cumpridas sejam inseridas nos planos municipais e/ou estadual de saúde.
18. Desenvolver mecanismos para a melhoria do Sistema de Informação, para o acompanhamento das políticas de participação e/ou controle social.
19. Acompanhar em âmbito estadual a execução das leis que amparam os portadores de deficiências.

20. Realizar Conferências Regionais de Saúde.
21. Juntamente com o Estado, União e Municípios formar lideranças populares capazes de formular administrar e fiscalizar políticas de saúde através de associações de bairros e entidades da comunidade.
22. Maior participação dos municípios nas decisões de saúde tomadas pelo Estado, quando atingem interesses de uma determinada região.
23. Que haja maior transparência nos recursos destinados à saúde, tanto na arrecadação quanto na destinação desses recursos, nas três esferas de governo.
24. Divulgar a finalidade e a atividade do Conselho Municipal de Saúde.
25. Organizar reuniões temáticas entre os diversos segmentos da sociedade nas comunidades a fim de discutir e propor estratégias para o combate à violência urbana, que gera grande demanda nas unidades de saúde e vitima os usuários em geral.
26. Manter a descentralização da gestão, nas três esferas de governo, através do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, Conferências e fórum de debate popular em saúde.
27. Criar fóruns de pactuação e geração de NOB, dando legitimidade e realismo às decisões, e permitindo maior velocidade nas respostas às demandas da população.
28. Capacitar todos os conselheiros municipais de saúde por meio de um projeto de educação continuada, a fim de encaminhá-los a exercerem melhor seu papel no Conselho Municipal.
29. Formar Comissão de Farmácia e Terapêutica multidisciplinar (médico, farmacêutico, dentista, enfermeiro), com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, para selecionar e avaliar permanentemente os medicamentos que comporão o elenco mínimo de medicamentos, com base na RENAME.
30. Estreitar as relações entre os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde.
31. Proporcionar formação permanente para conselheiros de saúde, lideranças da sociedade e funcionários com recursos do Estado.
32. Participação das Regionais de Saúde assessorando os Conselhos Municipais de Saúde.
33. Rever os critérios de elaboração dos regimentos internos incluindo: 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; Lei 8689/93, aprovação de contratos/convênios pelo gestor municipal; acompanhamento dos relatórios de gestão; avaliação, encaminhamento e acompanhamento de denúncias encaminhadas ao Conselho de Saúde.
34. Estudar a possibilidade de parcerias com entidades não governamentais para assegurar a capacitação de conselheiros e as atividades de assessorias e fiscalização conjunta de gerência e regulação do SUS (OSCIP's).
35. Obrigatoriedade de definir instrumento regulamentar das deliberações do Conselho.
36. Definir os prazos para o Executivo homologar, publicar e executar as deliberações dos Conselhos de Saúde.

37. Que os conselheiros de saúde, municipais, estadual e nacional tenham dispensa de ponto para participar das atividades dos Conselhos de Saúde.
38. Criar a mesa diretora do Conselho de Saúde com representação paritária e eleição democrática de seus membros, inclusive de sua presidência.
39. Formar 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 Conselhos de Saúde e exigir sua inclusão no Plano Anual de Saúde, vinculado ao financiamento de acordo com a Lei Orçamentária Anual (LOA) do executivo.
40. Criar Ouvidorias vinculadas aos Conselhos Municipais para atender os usuários, com a atribuição de receber denúncias e encaminhá-las às instâncias competentes, produzindo e divulgando relatórios periódicos que sirvam como instrumento de planejamento.
41. Reforçar a importância dos Conselhos de Saúde, realizando plenárias semestrais, uma das quais sessenta dias antes das Conferências Municipais.
42. Lutar pela ampliação e facilitação do acesso da comunidade aos sistemas de informações sobre indicadores, ações e serviços de saúde, de forma a favorecer o controle social.
43. Defender nos conselhos a realização de treinamentos e reciclagens dos profissionais de saúde para incentivar o trabalho, a qualidade e o atendimento humanizado aos usuários do SUS.
44. Elaborar textos, documentos e boletins incentivando a formação ética, a cidadania e o atendimento humanizado dos profissionais que atuam no SUS.
45. Cumprir o art.12, parágrafo VII, da Lei 13331 do Código de Saúde do Estado do Paraná.
46. Aplicar verbas públicas exclusivamente nas instituições públicas no âmbito do SUS.
47. Coibir a intervenção dos gestores nos conselhos, reduzindo o abuso de seu poder com relação aos conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores e usuários.
48. Cumprir obrigatoriamente a legislação que determina horário integral aos diretores de toda e qualquer instituição pública na área da saúde.
49. Cumprir obrigatoriamente a legislação federal que impede que os gestores na área de saúde tenham vínculo societário com qualquer entidade civil das áreas da Saúde, inclusive os auditores e trabalhadores da Vigilância Sanitária.
50. Cumprir todas as legislações, auditorias e resoluções das conferências e dos conselhos que dizem respeito aos Conselhos de Saúde.
51. Humanizar o atendimento com a incorporação do conceito de conforto e agradabilidade em todas as unidades do sistema, e reafirmar a postura ética da cada profissional nos serviços públicos ou privados complementares.
52. Que os Consórcios Intermunicipais de Saúde cumpram as leis e resoluções que regem o controle social em todas as Instituições da área de saúde.
53. Que os Consórcios Intermunicipais de Saúde cumpram todas as determinações das leis de empresa pública, com prestação de contas, trimestralmente, aos Conselhos

Municipais onde estejam sediados, sob pena de não receberem as verbas públicas municipais, estaduais e federais.

54. Que todos os diretores do consórcio e de outras entidades de saúde cumpram horário integral.
55. Aprovar e recomendar, pelo Conselho Estadual de Saúde, parcerias entre o gestor estadual e gestores municipais que assegurem recursos orçamentários para a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, dotação orçamentária específica nos Fundos Municipais de Saúde, que garantam a participação de delegações de conselheiros em conferências, cursos e encontros de formação e capacitação, além da manutenção das atividades regulares do Conselho Municipal de Saúde.
56. Fortalecer os instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde, tais como 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.
57. Potencializar as ações dos Conselhos Municipais de Saúde.
58. Os Conselhos Municipais de Saúde devem promover, com entidades afins, cursos de capacitação para profissionais de saúde, com ênfase nos princípios do SUS.
59. Tornar os Conselhos de Saúde mais participativos.
60. Fiscalizar a aplicação dos recursos dos Fundos Municipais de Saúde, tanto das verbas fundo a fundo como do próprio orçamento.
61. Conscientizar e informar a população sobre os problemas do SUS.
62. O Conselho Estadual deve fiscalizar o Estado com relação ao percentual de aplicações financeiras, conforme a Emenda Constitucional 29.
63. Esclarecer a população em geral sobre os direitos/deveres com relação ao SUS, através da estratégia de educação permanente.
64. Aprofundar a luta por melhorias do SUS e do Controle Social.
65. Indicar a realização de audiência pública no Congresso Nacional para debater as conseqüências da Lei de Patentes de Medicamentos.
66. Estabelecer mecanismos que garantam o cumprimento pelas três esferas de governo da aplicação dos percentuais de investimento determinados pela Emenda Constitucional nº 29 “e solicitar do Conselho Estadual de Saúde a divulgação periódica dos investimentos realizados em todos os municípios”.
67. Que os conselheiros nos níveis municipal, estadual e federal façam cumprir a EC29 (Emenda Constitucional 29, que determina o percentual nesses níveis).
68. Gestionar junto ao governo do Estado do Paraná para que cumpra a Emenda Constitucional 29, que garante o mínimo de investimento na área da saúde pelos governos federal, estadual e municipal.
69. Que haja maior preocupação e investimento nos programas de Atenção Básica, considerando que a grande maioria dos municípios do Paraná são de médio e pequeno porte.

70. Que o Estado e a União injetem recursos financeiros para o atendimento de média e alta complexidade agilizando a fila de espera neste item.
71. Que o Executivo viabilize maiores condições funcionais para que o órgão gestor esteja munido de equipe técnica-administrativa na condução dos programas e projetos existentes bem como nos programas a implantar.
72. O usuário deverá participar ativamente das discussões sobre órteses, próteses e centros de atendimento ao portador de deficiência.
73. Estabelecer os princípios e diretrizes da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, garantindo a ampla discussão e aprovação pelas instâncias de controle social do SUS.
74. Que os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde exijam a inclusão das ações de saúde do trabalhador nos planos de saúde municipais e estadual, prevendo e provendo recursos orçamentários para a sua execução.
75. Elaborar Planos de Ação em Saúde do Trabalhador de abrangência estadual, macrorregional e metropolitana, a serem discutidos e aprovados pelas instâncias de controle social do SUS.
76. Estimular a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios que sediarão os CRST's.
77. Implementar imediatamente a Resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES-PR) que determina a criação dos Conselhos Gestores nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).
78. Reinstalar imediatamente a instância de controle social no Hospital do Trabalhador (HT), garantindo a ampla discussão e aprovação de suas atribuições, composição e funcionamento, nos termos da Resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES-PR) que cria os Conselhos Gestores nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).
79. Que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná convoque a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador para o primeiro semestre de 2004, conforme deliberação da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná (2001).
80. Garantir que as decisões da Comissão Intergestora Bipartite sejam submetidas à apreciação dos Conselhos de Saúde.
81. Elaborar um plano de capacitação de conselheiros de saúde, componentes das CIST's e das equipes de saúde envolvidas com as ações de saúde do trabalhador, garantindo a participação e o controle social.
82. Garantir a realização da 2ª Conferência Estadual de Vigilância Sanitária, com a efetivação preliminar de conferências municipais. Criar comissão temática de Vigilância Sanitária nos Conselhos de Saúde e Câmara Técnica nas Comissões Intergestores Bipartite.
83. Que o Programa de Saúde Mental seja elaborado por um coletivo de movimentos sociais, usuários e entidades afins.
84. Que haja reunião entre o conselho local de saúde e a coordenação de saúde mental para definir uma proposta de transformação do Hospital Colônia Aduato Botelho, cumprindo as diretrizes da reforma psiquiátrica, com cronograma definido.

85. Efetivar a criação de comissões de saúde mental, previstas na Lei 11189, em todos os conselhos de saúde para discutir propostas, avaliar ações e exercer o controle social.
86. Avaliar periodicamente os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) sem previsão das datas, evitando assim a manipulação da realidade.
87. Que a expansão da rede de atenção à saúde mental, tais como SRT, ambulatórios de saúde mental e CAPS, seja apreciada pelos Conselhos Municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde.
88. Realizar concursos públicos para profissionais com especialização na área de saúde mental.
89. Garantir supervisão técnica em todo serviço de saúde mental.
90. Incentivar a aprovação de lei municipal criando o Conselho Municipal do Idoso nos municípios onde não existem, ou apoiar sua reativação onde não estiver ativo.
91. Que os trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço não representem o segmento de usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde.
92. Criar mecanismos de fiscalização que assegurem que as verbas do PSF e do Teto Financeiro do Controle de Endemias sejam aplicadas em sua finalidade, evitando os desvios e o seu uso indevido.
93. Realizar auditoria em todos os consórcios de saúde do Paraná, de forma que seja possível levantar o histórico de atendimento à população, a fiscalização da aplicação das verbas, a compra de medicamentos e a contratação de pessoal.
94. Que os regimentos internos dos conselhos nos três níveis garantam o direito de voz ao cidadão nas reuniões do conselho, quando ele solicitar permissão para se manifestar.
95. Que os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde exijam o cumprimento das diversas resoluções de conferências que determinam a criação de conselhos locais em todas as unidades de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicas ou privadas conveniadas ao SUS, incluído os HU's e consórcios intermunicipais de saúde, garantindo o seu caráter deliberativo e a representação paritária.
96. Garantir a realização de curso de capacitação para os conselheiros municipais e estaduais de saúde, com a inclusão de temas políticos sobre medicamentos, assistência farmacêutica e uso racional de medicamentos, para estimular o controle social também nessa área.

## **5.7 EIXO TEMÁTICO VII - O TRABALHO NA SAÚDE**

1. Que a gestão do trabalho e da educação na saúde seja uma das prioridades do SUS neste governo.
2. Criar e implementar estruturas de gestão do trabalho e educação em saúde do SUS nos Estados e municípios, de Escolas Técnicas do SUS e de Escolas de Saúde Pública, desde que em consonância e de acordo com as necessidades da política estadual e municipal.
3. Implementar uma política de desprecarização do trabalho em saúde, respeitando os vínculos trabalhistas e previdenciários.

- 4 Instituir comissão paritária para elaborar Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) dos trabalhadores do SUS.
- 5 Desenvolver ações e criar instrumentos que visem a humanização das condições e das relações de trabalho entre profissionais e usuários.
- 6 Implantar Mesas Nacional, Estadual e Municipais Permanentes de Negociação do SUS ligadas aos respectivos Conselhos de Saúde.
- 7 Implantar os Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde, agentes sociais da saúde e gestores
- 8 Incentivar a mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atenda as necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS.
- 9 Abrir cursos na área de saúde subordinada à necessidade de profissionais e de especialistas de acordo com as características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas, demográficas e com as novas orientações para a organização da atenção à saúde.
- 10 Incentivar os processos de educação popular dos movimentos sociais, a participação e o controle social na Saúde.
- 11 Implementar imediatamente a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB-RH/SUS) no Estado do Paraná, dando prioridade às seguintes ações.
  - a) Instalar imediatamente a mesa permanente de negociação do SUS, composta por representantes dos trabalhadores do setor público e do setor privado contratado ou conveniado ao SUS, filantrópico ou lucrativo, do governo e das instituições de ensino e pesquisa vinculadas ao SUS.
  - b) Elaborar diagnóstico da situação dos RH: quantidade, local de lotação, distribuição por ações e serviços, por base territorial, nível de atenção (básico, médio e alta complexidade).
  - c) Elaborar quadros das necessidades de RH, instituindo o concurso público.
  - d) Organizar Bancos de Dados e Sistema de Informação e Comunicação dos Recursos Humanos, facilitando o planejamento e a avaliação permanente, bem como o controle social.
  - e) Estabelecer espaço de discussão sobre a Política de RH nos conselhos de saúde, criando ou implementando as Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos (CIRH).
- 12 Garantir uma jornada de 30 horas semanais para trabalhadores da área da saúde e do SUS, sem prejuízo ao atendimento da população
- 13 o, sem perda salarial e sem banco de horas, levando em consideração as diretrizes do Ministério da Saúde para o PSF. Todo Programa de Saúde que exigir carga horária de trabalho superior a 30 horas deverá prever pagamento adicional ou incentivo salarial.
- 14 Otimizar Centros Formadores de Recursos Humanos para o SUS, destinando recursos orçamentários específicos e estabelecendo mecanismos de participação e controle social.

- 15 Convocar a Conferência Estadual de Recursos Humanos do SUS, conforme deliberação da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.
- 16 Implementar as Comissões de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente por local de trabalho no setor público, com eleição de todos os seus integrantes.
- 17 Criar o Conselho Gestor da Escola de Saúde Pública e do Centro Formador, conforme deliberação da 5ª Conferência Estadual de Saúde.
- 18 Priorização pelos gestores da gestão do trabalho e da educação na saúde.
- 19 Atrelar a expansão de serviços à garantia antecipada de contratação dos recursos humanos necessários ao seu funcionamento.
- 20 Desenvolver capacitação interna e permanente para todos os servidores sobre os princípios do SUS.
- 21 Incorporar os processos de capacitação e dimensão ética como uma das formas de melhorar a relação da equipe de saúde com a população usuária.
- 22 Apoiar a constituição das Mesas de Negociação como fórum privilegiado de discussão das questões relativas a RH em todos os níveis da gestão do SUS.
- 23 Trabalhar institucionalmente a Promoção da Saúde com usuários e servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informação e comunicação.
- 24 Recomendar aos Ministérios da Saúde e da Educação que sejam estabelecidas normas para a formação dos profissionais de saúde, observando as prioridades do setor público.
- 25 Recomendar ao Ministério da Saúde que proceda à reavaliação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS no sentido de superar conflitos na organização dos serviços de Atenção Básica para atuar efetivamente na interiorização de profissionais de saúde.
- 26 Recomendar aos Ministérios da Saúde e da Educação o estudo de novas alternativas para a interiorização de profissionais, a exemplo dos serviços obrigatórios civis e militares.
- 27 Recomendar ao Ministério da Saúde que efetue estudo sobre a situação do exercício de profissionais estrangeiros no país.
- 28 Estabelecer responsabilidades para a União, o Estado e os Municípios nos processos de capacitação de profissionais ligados à assistência farmacêutica.
- 29 Adequar o número de profissionais habilitados para fazer o controle dos procedimentos da assistência farmacêutica (programação, seleção, aquisição, armazenamento, dispensação, etc.) nas Secretarias de Saúde.
- 30 Priorizar a reorganização e a recomposição das equipes de Vigilância Sanitária das Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, em especial na manutenção de farmacêuticos para a orientação e supervisão dos serviços municipais.
- 31 Manter farmacêuticos nas equipes das Regionais de Saúde, para assessorar os municípios, orientar no planejamento e coordenar regionalmente o Programa Estadual e Regional de Assistência Farmacêutica.

- 32 Garantir uma inter-relação entre profissionais de saúde, tais como: pesquisadores, médicos, enfermeiros, etc., preservando assim uma assistência farmacêutica de qualidade.
- 33 Criar programas de capacitação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam na área de saúde e comunidade, mediante parcerias com instituições de ensino públicas e privadas, garantindo a participação de todos os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de treinamento, capacitação e educação permanente para as equipes de saúde, com o intuito de minimizar os riscos do uso indiscriminado de medicamentos e conseqüentemente da cultura medicamentosa, promovendo assim a saúde do cidadão e valorizando o vínculo com o paciente.
- 34 Manter os incentivos oferecidos às instituições públicas de ensino superior em saúde que buscam implantar novas metodologias de ensino, visando a formação de profissionais mais capacitados e voltados para a prática multiprofissional.
- 35 Ampliar e capacitar equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e áreas afins) dos órgãos que atuam na área da saúde.
- 36 Implementar um processo de educação permanente de auditores, capacitando-os em temas como medicina baseada em evidência.
- 37 Que os profissionais do PACS, PSF e UBS sejam capacitados na área de saúde mental para que possam orientar pacientes e familiares portadores de transtornos mentais. Melhorar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em termos de recursos e qualificação dos profissionais para que eles ampliem o seu leque de atuação.
- 38 Sugerir a inclusão nos currículos de cursos da área da saúde práticas comunitárias de saúde a partir do primeiro ano.
- 39 Adequar a educação técnica, de graduação e pós-graduação em saúde às necessidades de saúde da população e da organização do SUS.
- 40 Incentivar e estabelecer critérios nas três esferas de governo para que os servidores públicos busquem sua capacitação profissional, técnica ou superior, para a formação adequada em sua atividade na área de saúde, com o estabelecimento de tempo máximo, sem prejuízo de seus vencimentos salariais, inclusive em cursos de especialização em saúde pública para profissionais de nível superior.
- 41 Capacitar os profissionais em nível municipal e estadual que atendem o público, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados, e que todos os treinamentos, independentemente do objetivo específico, abordem a questão da ética no trabalho;
- 42 Manter um processo permanente de avaliação técnico-pedagógica reestruturando, sistematizando e propondo novas tecnologias pertinentes ao desenvolvimento científico e humano na área da saúde, utilizando como instrumento a educação à distância, ambiente colaborativo e a rede Internet;
- 43 Elaborar quadro das necessidades de recursos humanos, instituindo a contratação somente por concurso público;
- 44 Promover simpósios para discutir a ética nos serviços do SUS, conveniados e privados, abordando em especial o relacionamento entre os diversos profissionais de saúde, para um maior equilíbrio visando melhorias na promoção da saúde;
- 45 Valorização dos funcionários estaduais de saúde pela administração estadual;

- 46 Contratar profissional na RS (nutricionista) para desenvolver trabalhos em educação alimentar;
- 47 Oferecer treinamento para as equipes que desenvolvem trabalhos nos programas criados pelo Ministério da Saúde;
- 48 Treinamento com Educação Continuada para Funcionários em relação à Saúde e Segurança no Trabalho;
- 49 Sensibilizar os profissionais e os usuários sobre o conceito de acolhimento;
- 50 Oportunizar um suporte de acompanhamento psicológico sistemático aos trabalhadores de saúde;
- 51 Capacitar as equipes de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores, profissionais de saúde e servidores públicos, e criar a CIPA em nível municipal;
- 52 Treinar em “Advanced Trauma Life Support (ATLS)” os trabalhadores da saúde para prestar os primeiros atendimentos nos casos de urgência, emergência e traumas;
- 53 Investir mais na área preventiva, fortalecendo os trabalhos do PSF em ações preventivas e educativas;
- 54 Que o Estado contrate o profissional nutricionista para atender a população;
- 55 Incluir nos convênios a serem firmados entre a Secretaria Estadual de Saúde, Santas Casas e Consórcios de Saúde uma cláusula que garanta o cumprimento da NOB/RH-SUS;
- 56 Que a SESA/ISEP, Diretoria de Recursos Humanos, priorize no planejamento de suas ações a operacionalização da elaboração do PCCS para os trabalhadores do SUS no Paraná;
- 57 Que as instâncias gestoras de Recursos Humanos promovam as condições necessárias para a implementação da NOB/RH-SUS, por meio de ampla discussão com os trabalhadores, elegendo prioridades e estabelecendo um cronograma de ações a serem implantadas até 2004, com a aprovação dos respectivos conselhos;
- 58 Criar um sistema informatizado que registre os acidentes e as patologias adquiridas e/ou desenvolvidas no ambiente de trabalho;
- 59 Criar mecanismos para garantir que o repasse das verbas do SUS para os serviços públicos e privados fique vinculado ao cumprimento da NOB/RH-SUS;
- 60 A União deve financiar, com a contrapartida de recursos dos Estados e dos Municípios, a Política de Recursos Humanos do SUS;
- 61 A União deve definir, no repasse de recursos, formas de incentivo para as diferentes esferas de gestão do SUS que cumpriram a NOB/RH-SUS em seus diversos aspectos;
- 62 Implantar efetivamente a NOB/RH-SUS em todas as instâncias de gestão, na busca da otimização dos serviços de saúde, impactando assim diretamente na saúde da população;
- 63 Que os Conselhos Municipais criem comissões aptas para efetivar a NOB/RH-SUS;

- 64 Que os Conselhos Municipais e Estadual acompanhem e fiscalizem quanto ao cumprimento dos direitos do trabalhador e ao atendimento do usuário;
- 65 Que os Conselhos Municipais fiscalizem os hospitais prestadores do SUS quanto ao cumprimento da lei que determina a relação entre o número de pacientes e de profissionais;
- 66 Que a conferência recomende que nos convênios de prestação de serviços para o SUS possam ser consideradas as questões de formação e capacidade instalada de recursos humanos do prestador;
- 67 Que a proposta de capacitação permanente inclua processo de abertura de novos fóruns para discutir a questão da cidadania e saúde dos trabalhadores de saúde de setores públicos e privados;
- 68 Contratar profissionais para as Vigilâncias nas esferas de gestão estadual e municipal, por meio de concurso público específico, em número suficiente para atender a demanda e complexidade das atividades das Vigilâncias, com capacitação técnica permanente;
- 69 Estabelecer plano de cargos e salários nos três níveis de gestão, prevendo gratificação por dedicação exclusiva e risco de vida, tendo em vista a complexidade das ações e o impedimento legal e ético para exercer outras funções em serviços regulados;
- 70 Implementar programas de capacitação, assistência e acompanhamento para os profissionais de saúde em sua formação e saúde mental pessoal;
- 71 Exigir que os municípios com mais de 20 mil habitantes contratem através de concurso público equipes especializadas para o atendimento em saúde mental;
- 72 Criar junto aos pólos de formação e educação permanente em saúde no Paraná núcleos de formação e capacitação para a reforma psiquiátrica;
- 73 Garantir que os gestores estaduais e municipais capacitem em saúde mental, até o ano de 2004, pelo menos uma equipe de atenção básica em cada município;
- 74 Sensibilizar, capacitar e instrumentalizar diferentes profissionais de saúde dentro da ótica da prevenção às DST/AIDS, garantindo a compra e a disponibilização de insumos de prevenção;
- 75 Criar mecanismos para evitar abusos e posturas autoritárias das chefias ou coordenações dos serviços que praticam assédio moral nos serviços públicos e privados do SUS;
- 76 Regulamentar as 30 horas na seguridade social (saúde e previdência). Isto assegura atendimento ininterrupto à população, além de ampliar o quadro de profissionais em Saúde;
- 77 Realizar concurso público em todos os níveis para reduzir ou eliminar a terceirização, que traz a precarização das relações de trabalho e não cumpre o seu papel no atendimento à população;
- 78 Efetivar os agentes do PSF (Programa de Saúde da Família) e do "Teto Financeiro do Controle de Endemias" (ex-PEA) mediante concurso público;
- 79 Que o Governo do Paraná firme convênios com universidades públicas e escolas técnicas, como parte de adoção de um programa de qualificação e requalificação dos

trabalhadores do SUS, proporcionando melhores condições de atendimento à população;

- 80 Aprovar legislação regulamentando as Comissões de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente a serem implantadas em todos os locais de trabalho, com a participação dos trabalhadores;
- 81 Garantir verba específica do governo federal para municípios e Estado com o objetivo específico de desenvolver ciências e tecnologia;
- 82 Realizar concurso público em todas as esferas do governo, para provimento de cargos, suprimindo as vagas no SUS e acabando com a precarização do serviço público;
- 83 Formar e treinar as equipes multiprofissionais de saúde para que trabalhem de forma integrada, tanto entre os diferentes técnicos, como entre os técnicos e chefias (gestores);
- 84 Formar gestores e técnicos do SUS para a gerência do sistema, com incentivo à permanência de técnicos qualificados e treinados, para evitar a quebra na gestão do sistema municipal com a realização das eleições.

## **5.8 EIXO TEMÁTICO VIII - CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE**

1. Fomentar pesquisas científicas, tecnológicas nacionais e a inovação em saúde, garantindo os princípios básicos do SUS no cuidado à saúde da população.
2. Definir desenvolver e implementar padrões elevados de ética na pesquisa, garantindo a segurança e a dignidade dos sujeitos da pesquisa conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).
3. Apoiar o desenvolvimento tecnológico do complexo produtivo de saúde, visando à diminuição da dependência nacional no campo tecnológico e produtivo, bem como a garantia de maior auto-suficiência nos itens definidos como estratégicos para o país.
4. Criar mecanismos de participação de gestores, instituições de ensino e pesquisa, prestadores e representantes da população na elaboração, implementação e acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde em nível nacional com ampla discussão no Conselho.
5. Avaliação tecnológica visando à incorporação crítica de produtos e processos por gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS, com melhor relação custo/efetividade, respeitando pareceres das sociedades científicas, baseada em evidências.
6. Avaliar, incorporar e utilizar os avanços biotecnológicos no setor saúde, com ênfase na análise, no gerenciamento e monitoramento da biossegurança, assim como das implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa.
7. Fortalecer as instituições de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S), tendo como eixos principais de atuação a capacitação de recursos humanos, a implementação de infraestrutura e a disseminação de informações em C&T/S, no Estado do Paraná, de forma descentralizada, promovendo a equidade regional.
8. Aprimorar o sistema de revisão e aprovação ética das pesquisas que envolvem seres humanos.

9. Fornecer informações em saúde on line com acesso livre para os usuários do SUS.
10. Que em todos os âmbitos de gestão e operacionalização dos sistemas de Saúde (local, distrital, estadual e nacional), bem como nos órgãos de ensino e pesquisa da área de Saúde, sejam avaliadas e atendidas a necessidade de aquisição e a implementação de tecnologia e equipamentos que facilitem o desenvolvimento do trabalho e aumentem a confiabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários nos resultados das ações e serviços de saúde efetivados à população, conforme critérios estabelecidos por uma comissão técnica e paritária.
11. Implementar uma política de ciência e tecnologia, integrando centros de pesquisa, laboratórios oficiais e universidades, visando a pesquisa e o desenvolvimento de fármacos, produtos e novas tecnologias em saúde, a fim de promover a independência nacional no setor.
12. Que a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) promova e amplie parcerias com centros formadores de tecnologia em Saúde/bioengenharia para a pesquisa e o auxílio no atendimento e na promoção da saúde do portador de deficiência.
13. Criar mecanismos de acompanhamento da saúde do trabalhador em contato com novos e antigos produtos químicos na agricultura, com respeito à biossegurança.
14. Proibir a comercialização e o uso na agricultura do veneno 2-4D em todo o Estado do Paraná.
15. Discutir e revisar a lei de patentes com ênfase no controle e combate à biopirataria.
16. Implementar uma política de utilização de fitoterápicos na rede pública, vinculada ao SUS, em todo o Estado do Paraná. Essa política deverá contemplar a regionalização da produção, processamento, armazenagem e distribuição dos fitoterápicos, bem como a capacitação de profissionais de saúde e da população em geral em relação à fitoterapia.
17. Criar lista de fitoterápicos para atendimento na rede básica de saúde com protocolos adequados.
18. Estimular a utilização da fitoterapia na saúde da família.
19. Que o Ministério da Saúde financie pesquisas de plantas medicinais nas universidades e em outros órgãos de pesquisa.
20. Em decorrência da identificação de vários erros no CD e no site do Sistema de Informações sobre Agrotóxicos (SIA) da ANVISA/Ministério da Saúde/Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento/IBAMA, recomenda-se suspender a distribuição do referido CD e a veiculação do site até que sejam feitas as correções adequadas.
21. Proibir a comercialização e a produção de transgênicos no Paraná, e apoiar pesquisas sobre este alimento, com ampla divulgação de seus efeitos para a população.
22. Promover mecanismos legais efetivos de proteção à fauna e à flora brasileira, evitando o registro de patentes de produtos nacionais por países que se apropriam dos produtos brasileiros.
23. Avaliar a viabilidade da quebra de patentes de produtos genuinamente brasileiros atualmente em posse de outros países.

24. Que os Conselhos Municipais de Saúde incentivem e promovam discussões para avaliar as necessidades tecnológicas de saúde locais visando a descentralização das ações tecnológicas.
25. Incentivar os profissionais de saúde a fazer cursos de pós-graduação e capacitação em saúde pública.
26. Financiar de maneira efetiva a informatização na saúde em todos os municípios do Paraná, considerando as especificidades locais.
27. Incentivar profissionais da área de saúde a realizar pesquisas por meio de projetos apresentados previamente no próprio serviço e converter os resultados em propostas para a sua melhoria.

### **5.9 EIXO TEMÁTICO IX - O FINANCIAMENTO DO SUS**

1. Cumprir a Emenda Constitucional n.º 29, conforme ficou consubstanciado na Resolução CNS n.º 322/03.
2. Ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento sócio-econômico e elevação da atual porcentagem do PIB destinada à saúde, incrementando, principalmente, a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde e a imediata alocação do superávit da seguridade social na saúde.
3. Definir a busca de equidade na alocação de recursos como diretriz essencial para a redução das desigualdades regionais existentes.
4. Prosseguir a discussão nos Conselhos de Saúde, visando a determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições do custeio dos investimentos da atenção básica, da média complexidade, da alta complexidade e dos recursos humanos.
5. Incrementar as ações de controle e avaliação do sistema de saúde com vista a eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos.
6. Reverter a atual forma de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, para um padrão de investimentos sustentado em planos diretores discutidos nos Conselhos de Saúde.
7. A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná reafirma a importância da vinculação orçamentária na saúde e exige que os governos federal, estadual e municipal cumpram imediatamente a EC nº 29.
8. A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná exige que todos os recursos financeiros destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (próprios e de transferências) estejam alocados nos fundos federal, estadual e municipais de Saúde.
9. A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná exige que o gestor estadual do SUS preencha e envie imediatamente ao SIOPS os dados estaduais referentes ao ano de 2003 e aos anos anteriores.
10. Que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná pressione o governo estadual e a Assembléia Legislativa do Paraná para que incluam na Lei Orçamentária Anual (LOA) de

2004 os recursos orçamentários próprios mínimos não investidos, de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000, nos anos de 2000, 2001 e 2002.

11. Que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná encaminhe imediatamente pedido de providências ao Ministério Público Federal, ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde, devido ao descumprimento desde o ano de 2000 da Emenda Constitucional 29/2000 pelo Estado do Paraná.
12. Que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná exija do gestor estadual do SUS a abertura integral das contas da saúde e dos comprovantes do uso dos recursos, para que se cumpra a Constituição Federal (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), Artigo 77, parágrafo 3º). A análise e a sistematização dessas informações deverão ser realizadas pela Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.
13. Que os Planos de Saúde, os Orçamentos Anuais, os Planos Plurianuais, os Planos de Investimento, os Relatórios de Gestão, a Política de Recursos Humanos, as Prestações de Contas e os Contratos/Convênios assumidos pelos Gestores do SUS sejam discutidos e submetidos à apreciação dos Conselhos de Saúde.
14. Que os Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde exijam a elaboração de Planos de Saúde como instrumentos orientadores das ações e investimentos de cada esfera de governo. Os relatórios de gestão deverão contemplar o controle das fontes de financiamento, o esclarecimento sobre a aplicação dos recursos públicos e o acompanhamento de resultados da execução dos Planos de Saúde. Estabelecer nos Planos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde a previsão de recursos para a expansão da rede pública de média e alta complexidade, definindo percentuais decrescentes de compra de serviços privados.
15. Recomendar ao Tribunal de Contas do Estado do Paraná que as prestações de contas dos Municípios e do Estado referentes à saúde só sejam aprovadas quando anexada uma certificação de prestação de contas expedida pelos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde.
16. Valorizar os cenários epidemiológicos na definição de prioridades de investimentos na área da saúde.
17. Adotar atitude propositiva em projetos de promoção e prevenção, oferecendo aos municípios propostas que possam ser reproduzidas, não se limitando ao cumprimento da agenda federal.
18. Maior investimento pelas três esferas do governo na prevenção e promoção da saúde.
19. Que todos os repasses do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde sejam efetuados fundo a fundo.
20. Propor ao Ministério da Saúde a construção de uma nova pactuação, que amplie as ações de Vigilância Epidemiológica e contemple novos cenários epidemiológicos.
21. Propor a revisão da lógica de elaboração de estratos e dos critérios de inserção dos estados no Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), considerando as diferenças e especificidades regionais.
22. Solicitar ao Ministério da Saúde que conclua com a participação da representação dos estados e municípios a publicação que orienta a aplicação dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

23. A Secretaria Estadual de Saúde deve participar do financiamento da Atenção Básica, inclusive com aporte de recursos para o PSF com acompanhamento e avaliação das ações.
24. O Estado deve participar do financiamento dos serviços de urgência e emergência, em conjunto com o Ministério da Saúde, atendendo às especificidades regionais, de forma a organizar tais serviços como uma rede de atenção à Urgência e Emergência, de acordo com as prioridades definidas pela CIB e pelos Conselhos de Saúde.
25. Rever urgentemente os limites Financeiros Federais da Assistência de Média e Alta Complexidade contemplando as reais necessidades de cada Unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde, que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais, demandando a revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH - SUS), de modo a corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.
26. Incluir no Piso de Assistência Farmacêutica Básica valores destinados à estruturação da Assistência Farmacêutica, tomando como exemplo o PAB e incentivos da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, tendo o farmacêutico como gerente da assistência farmacêutica nos municípios, prevendo investimentos em treinamento, implantação de farmácia comunitária e construção de toda a infra-estrutura necessária com qualidade.
27. Financiar a capacitação de recursos humanos na área de assistência farmacêutica básica nos Estados.
28. Incluir na tabela de procedimentos do SUS as atividades de produção de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, e orientação aos usuários pelo farmacêutico.
29. Que as informações sobre o ciclo dos medicamentos no SUS sejam incluídas como indicadores de saúde da população, sendo armazenadas e divulgadas juntamente com outros indicadores de saúde via DATASUS.
30. Informatizar os serviços com cadastramento dos usuários, permitindo manter informações sobre a saúde dos pacientes, tais como consultas, resultados de exames, medicamentos fornecidos etc., e evitando pedidos duplicados de exames, o controle do fornecimento de medicamentos e um atendimento mais rápido e integral ao usuário, com recursos dos Estados e implementação em todos os municípios.
31. Implantar e manter controle rígido de auditoria e fiscalização na aquisição de medicamentos e insumos, nos procedimentos médicos, odontológicos e de serviços, para evitar fraudes contra o sistema.
32. Cadastrar e pré-qualificar 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.
33. Planejar e organizar as ações com base em dados epidemiológicos, pontos críticos de controle e investimento em atividades preventivas, com maior alcance e, normalmente, menos onerosas que o tratamento curativo.
34. 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.

35. Organizar os serviços de armazenamento de medicamentos e insumos, para evitar a perda de produtos por mau armazenamento.
36. Realizar estudos aprofundados para a implantação de novos serviços, observando a relação custo-benefício entre a compra de serviços e a implantação de serviço próprio ou consorciado com outros municípios, mantendo o princípio da gratuidade plena.
37. Elaborar procedimentos operacionais e treinar equipes para a sua implantação.
38. Promover a qualidade dos serviços como uma ferramenta para evitar desperdícios e o uso pleno da capacidade dos serviços.
39. Garantir os repasses mínimos em obediência à emenda Constitucional 29, aplicados como determina o parágrafo 3º do inciso III do Art. 77 ADCT: os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselhos de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.
40. Que o Estado invista imediatamente no mínimo doze por cento (12%) em saúde
41. Apoiar e valorizar a ação do Ministério Público do Paraná no papel de buscar o cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000.
42. Buscar junto ao Ministério da Saúde a ampliação do teto financeiro dos municípios em Gestão Plena, considerando novos dados populacionais e os valores médios de procedimentos que vêm sendo realizados.
43. Transferir imediatamente a CPMF para os Fundos Municipais de Saúde, com ampla divulgação à população dos valores arrecadados e repassados, tendo como objetivo o cumprimento da lei que estabelece esse repasse com acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde, efetivando assim o controle social.
44. Fomentar a Política de Saúde para a aquisição de novos serviços de alto custo, com base nos protocolos de atendimento e seguindo critérios de demanda;
45. Aumentar os recursos financeiros estaduais e federais destinados a procedimentos médicos, exames, etc., com base em protocolos de atendimento e seguindo critérios de demanda.
46. Aumentar o repasse per capita do PAB fixo e aumentar os valores dos procedimentos do PAB variável.
47. Retirar do orçamento serviços que não correspondam à Saúde.
48. Participação mais efetiva da SESA no repasse financeiro para os municípios.
49. Maior participação do Estado nas campanhas de prevenção.
50. Fornecer mais carros para o transporte das equipes de saúde que desenvolvem trabalhos de campo.
51. Elaborar um plano de participação no pagamento de médicos plantonistas nos pronto-atendimentos municipais.

52. Liberar recursos para a aquisição de novos aparelhos odontológicos condicionados à implantação do programa de saúde bucal.
53. Que o governo estadual corrija o valor do incentivo à assistência farmacêutica básica, pois ele está defasado em relação ao aumento dos preços dos medicamentos.
54. Aumentar os recursos para o Consórcio de Medicamentos.
55. Aumentar os recursos estaduais para o município.
56. Que o repasse referente ao que exige a EC 29 para a saúde, da esfera federal e estadual, tenha um aumento de no mínimo 18% para o financiamento e a melhoria do atendimento básico à saúde.
57. Repassar no mínimo 5% dos recursos da esfera federal referentes à Seguridade Social para serem incorporados à área da Saúde.
58. Que o CES apóie o processo de comprometimento dos gestores estaduais com a descentralização dos projetos que estão sob a gestão financeira da coordenação nacional DST/HIV/AIDS.
59. Recursos para a manutenção dos equipamentos e dos transportes.
60. Aumentar os recursos financeiros estabelecidos na Portaria nº 176 do Ministério da Saúde, ampliando o piso da assistência farmacêutica básica.
61. Ampliar os recursos destinados à saúde pela União, pelo Estado e pelo Município.
62. Apoiar a votação dos deputados e senadores para a aprovação da parcela mínima da CPMF destinada aos municípios no montante de 25% da arrecadação.
63. Liberar recursos financeiros para a contratação de agentes comunitários de saúde para desenvolver trabalho na área rural.
64. Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde da zona rural.
65. Que o Estado repasse aos municípios o que é estabelecido por lei.
66. Aumentar as diárias dos pacientes para Tratamento Fora do Domicílio, fora do Estado.
67. Propor ao Legislativo a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito ao setor saúde, especialmente em relação aos recursos humanos.
68. Manter a vinculação orçamentária na saúde, com a garantia do repasse dos recursos para a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de que esta contrate assistência jurídica.
69. Que o Estado dê maior suporte financeiro e estrutural aos consórcios, mantendo-se a gratuidade dos serviços.
70. Que o Estado e a União revejam a forma de financiamento aos pequenos hospitais dos pequenos municípios, para viabilizar a sua manutenção, mantendo desta forma o atendimento descentralizado aos pacientes.
71. Divulgar à população os recursos financeiros estaduais para a saúde (prestação de contas).

72. Prever no orçamento estadual da saúde para 2004 verba para o aumento de salário do funcionalismo público (reposição salarial e defasagem salarial).
73. Aumentar o valor per capita / habitantes ano SUS.
74. Garantir recursos para que acompanhantes dos idosos internados possam permanecer no hospital conforme determina a lei.
75. Apoiar mais os Grupos da Terceira Idade, os Grupos de Mulheres, etc., com investimentos.
76. Garantir pagamento dos atendimentos de urgência/emergência de acordo com a classificação do serviço (onde foi prestado o atendimento) no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), após avaliação do setor de controle e avaliação do município.
77. Incentivar a implantação da modalidade de Assistência Hospital Dia nas diversas áreas, viabilizando os recursos humanos e financeiros necessários.
78. Revogar a Desvinculação da Receita da União - DRU.
79. Garantir verba específica do governo federal para municípios e Estado, com o objetivo específico de desenvolver a ciência e a tecnologia.
80. Co-financiar o custeio de saúde de média e alta complexidade pelo Estado referenciado no pólo assistencial.
81. Que não haja atraso dos repasses financeiros por parte da União e do Estado, tendo em vista que os pequenos municípios não têm condições de arcar com possíveis despesas resultantes desse atraso.
82. Destinar os valores do seguro obrigatório para a Saúde.
83. Solicitar ao Estado o repasse em dia das faturas e pagamentos dos recursos atrasados, destinados à compra de medicamentos, garantindo a cesta básica de medicamentos.
84. Direcionar e aprimorar os mecanismos de financiamento voltados para as ações da assistência nas áreas da atenção básica e de média complexidade.
85. Rever e adequar os tetos financeiros do Estado e dos Municípios em gestão plena, anualmente.
86. Que o programa de saúde mental, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), seja estendido a atendimentos regionais financiados com recursos federais e estaduais no que se refere a recursos humanos e equipe técnica profissional.
87. Solicitar ao Ministério da Saúde uma definição sobre a continuidade do Programa de Saúde da Família e a possibilidade de realizar o pagamento do 13º Salário sobre o incentivo do Programa.
88. Incentivo financeiro do governo estadual para o PSF, o PACS e a Saúde Bucal.
89. Que o repasse às equipes de Saúde da Família seja reajustado pelo governo federal anualmente, conforme índice inflacionário, e que os valores atuais definidos por portaria sejam revistos, para viabilizar o custeio de 70% do total gasto por equipe.

90. Ampliar o orçamento para medicamentos de uso contínuo na saúde mental e aumentar os serviços para o tratamento de dependentes químicos.
91. Reestruturar os equipamentos da clínica de fisioterapia.
92. Revisar periodicamente o teto financeiro dos municípios em gestão plena do sistema e ajustá-lo de acordo com sua real necessidade.
93. Em toda e qualquer alta complexidade credenciada pelo Ministério da Saúde, o gestor deverá ter direito a teto financeiro para a execução do serviço credenciado; e maior cobertura do SUS quanto a exames mais específicos.
94. Reajustar os valores do Sistema Único de Saúde ambulatorial e hospitalar.
95. Que o Conselho Estadual de Saúde solicite ao Tribunal de Contas esclarecimentos sobre os critérios adotados para a aprovação das contas do governo anterior, entre 2000 e 2002, uma vez que ele não cumpriu a Emenda Constitucional nº 29.
96. Que o governo do Estado do Paraná, através da Secretaria de Estado da Saúde, viabilize recursos suficientes e ampliação do teto para o pagamento de todos os atendimentos dos prestadores de serviços do Estado e o pagamento de todas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs).
97. Elevar a discussão em torno da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a tempo de mobilizar o legislativo no plano federal e estadual, para que eleve a resolução ao nível de lei complementar da EC/29.
98. Que todos os recursos da saúde sejam colocados no fundo de saúde, os do tesouro municipal e estadual e os recebidos da União, inclusive os recursos referentes à taxa de vigilância sanitária e de pessoal. Isso significa que 100% dos recursos da saúde devem ser depositados no fundo de saúde.
99. Que o governo estadual pague sua dívida da farmácia básica com os municípios não consorciados do ano de 2003 e que não haja discriminação do repasse da farmácia básica de 2004 entre municípios consorciados e não consorciados.
100. Que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) seja encaminhado ao Conselho Estadual da Saúde para que este se posicione e o aprove ou não, e que a informação seja repassada aos Conselhos Municipais.
101. Incluir no orçamento do Estado para 2004 um Piso de Atenção Básica (PAB) estadual, para auxiliar os municípios.
102. Que a Proposta Orçamentária para o ano de 2004 valorize os projetos que têm o aval da população.
103. Realocar despesas do orçamento da Secretaria Estadual da Saúde (SESA) ainda em 2003, visando contemplar o fornecimento de medicamentos aos municípios não consorciados que este ano não receberam nenhum tipo de auxílio, em franco descumprimento da Portaria Ministerial 176/99, à semelhança do que ocorreu em 2002.
104. Retirar da proposta orçamentária do Estado para 2004 as despesas legalmente reconhecidas como não elegíveis do setor de saúde.
105. Incluir no orçamento 25% da contrapartida do Estado aos municípios com relação aos convênios (SUS) entre Ministério da Saúde e municípios. O Estado não vem repassando esses recursos aos municípios.

106. Que a Vigilância Sanitária esteja incluída no orçamento federal a partir de 2004, com o repasse de verbas.
107. Que o descumprimento da Emenda Constitucional 29 seja penalizado de acordo com o decreto lei nº 201/67, artigo 4º, VII.
108. Que a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) faça investimentos em forma de incentivos nos municípios que implementarem o Programa Saúde da Família (PSF) para 100% da população de acordo com a seguinte escala:
- de 001 até 9.000 habitantes ..... R\$ 5.000,00;
  - de 9.001 até 27.000 habitantes..... até R\$12.000,00;
  - de 27.001 até 45.000 habitantes..... até R\$15.000,00;
  - de 20 até 100 equipes..... R\$1.000,00 por equipe;
109. Os participantes da Oficina de Financiamento do SUS, realizada em 24 de outubro de 2003, se posicionam contrários à Desvinculação de Receita da União (DRU), Desvinculação de Receita do Estado (DRE) e Desvinculação de Receita dos Municípios (DRM).
110. Que o governo do Estado do Paraná cumpra a EC/29 em 2003 e 2004.
111. Que o Estado do Paraná redefina todos os tetos financeiros dos Municípios em gestão plena avaliando as necessidades reais de cada um.
112. Viabilizar com recursos financeiros ações de prevenção e tratamento de câncer bucal na política do Instituto Nacional do Câncer.
113. Estabelecer mecanismos de financiamento contínuo e permanente para as ações e serviços de saúde do trabalhador, prevendo dotações orçamentárias próprias e a existência de repasses fundo a fundo do Estado para os municípios.
114. Definir claramente mecanismos de financiamento, de acordo com a complexidade das ações executadas, incluindo verbas do tesouro do Estado e dos Municípios para as ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, bem como rever o valor do repasse para as ações básicas, de média e alta complexidade.
115. Ampliar recursos financeiros para municípios de fronteira para as ações das Vigilâncias.
116. Que a Secretaria de Estado da Saúde garanta incentivo técnico e financeiro para a implantação dos serviços extra hospitalares de saúde mental nos Municípios.
117. Destinar recursos do orçamento estadual da saúde para aplicação específica no Programa Estadual de Saúde Mental.
118. Garantir que os recursos provenientes do fechamento de leitos psiquiátricos sejam realocados fundo a fundo e destinados aos programas de saúde mental, para aplicação em serviços substitutivos e ações de saúde mental.
119. Incentivar e definir um percentual mínimo para o desenvolvimento de ações de saúde mental nos orçamentos anuais e plurianuais das três esferas de governo de acordo com o perfil epidemiológico da população.
120. Garantir novos investimentos nas esferas federal, estadual e municipal na criação e ampliação, reforma e manutenção da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: centro de atenção psicossocial (CAPS), ambulatorios, SRT, centros de convivência e rede básica.

121. Aumentar o número de leitos para infectologia, respeitando a realidade epidemiológica de cada localidade.
122. Aumentar o valor da A.I.H para internamentos de pacientes com doenças infecto-contagiosas.
123. Celebrar convênios entre União, Estados e Municípios a fim de implementar o Serviço Avançado para Transporte de Emergência e transferência de pacientes de pequenos hospitais para hospitais de referência, com gerenciamento pela Central de Regulação Médica de Leitos.
124. Racionalizar o sistema de aquisição de medicamentos e a prescrição médica no SUS, preconizando a utilização de medicamentos constantes das listas padronizadas e pelo nome genérico e incentivando a orientação sobre o uso adequado de medicamentos e insumos, para evitar perdas.
125. Ampliar o valor por habitante (per capita), para o custeio da assistência farmacêutica, nas esferas estadual e federal, bem como a cobertura de 100% de medicamentos e insumos dos programas federais, “aprimorando os mecanismos de financiamento voltado para as ações da assistência nas áreas da atenção básica e de média complexidade”.

**5.10** Rede Pública e Nacional de Comunicação de acordo com a recomendação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, entendendo a Rede como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada.

1. Ampliar a capacidade de formulação de políticas e desenvolvimento de estratégias de comunicação no campo da saúde pública, visando aperfeiçoar o controle social, identificar e atender às demandas e expectativas sociais.
2. Promover o diálogo entre a comunidade científica e a sociedade, através de mecanismos de articulação para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em questões relacionadas à ciência, à tecnologia e à saúde.
3. Implementar o registro eletrônico essencial do evento em saúde, com implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional, como sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde.
4. Estabelecer padrões para representação e compartilhamento das informações em saúde com garantia de privacidade e confidencialidade da informação individual identificada.
5. Integrar e articular a informação e os sistemas de informação, o apoio à prática profissional em saúde, a produção e disseminação da informação, segundo as necessidades de usuários, profissionais, gestores, instituições de ensino e pesquisa e controle social.
6. Desenvolver mecanismos para melhorar o sistema de informação, de modo que permita o desenvolvimento e acompanhamento das políticas de saúde municipal e o controle social, possibilitando inclusive a obtenção de informações sobre a disponibilidade de medicamentos com aporte de recursos para a aquisição de tecnologia de informação e contratação de recursos humanos.
7. Desenvolver programas informativos aos usuários para o esclarecimento de seus direitos e deveres, a organização do sistema (porta de entrada, referência e contra referência), assumidos pelos órgãos governamentais.

1. Divulgar através de campanha pelas três esferas de governo nos diversos meios de comunicação sobre saúde mental e outras patologias estigmatizantes, com o objetivo de informar e esclarecer a população, visando minimizar o preconceito.
2. Estabelecer e consolidar fluxos de informações completas nas referências e contra referências.
3. Elaborar folhetos de orientação, questionários, palestras, entrevistas e debates na área da saúde, junto à população, sobre o uso correto de medicamentos incluindo os fitoterápicos.
4. Campanha de divulgação do Código Estadual de Saúde (Lei nº 13331, de 23/11/01 e do Decreto nº 5711, de 05/05/02) para os municípios e conselhos municipais.
5. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde dos hospitais gerais para o atendimento de pacientes psiquiátricos e a desintoxicação de dependentes químicos.
6. Utilizar as datas comemorativas relacionadas à saúde como oportunidades para sensibilizar e esclarecer a população em geral sobre o tema.
7. Promover, junto a áreas afins, formas de educar a população sobre o melhor aproveitamento e uso da água, bem como do saneamento básico.
8. Trabalho conjunto da Saúde e das empresas que emitem faturas COPEL, SANEPAR e TELEFONIA no sentido de veicular mensagens contra as drogas.
9. Implantar e divulgar um número 0800 para informações e denúncias na área da saúde no Estado.
10. Implementar mecanismos de troca de experiências de trabalho com adolescentes, visando à otimização e ao compartilhamento de metodologia utilizado, com posterior divulgação.
11. Criar mecanismos de divulgação e esclarecimento da política de redução de danos e prevenção de DST/AIDS, no combate a patologias infecto-contagiosas.
12. Elaborar um informativo sobre os meios de contágio e danos causados pelo vírus da Hepatite B.
13. Dar maior divulgação a todos os programas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS).
14. Realizar uma campanha para esclarecer a diferença entre paralisia cerebral, deficiência mental e doença mental.
15. Implantar o sistema de informação de notificações de câncer bucal no Paraná.
16. Implementar a vigilância epidemiológica em saúde bucal para que oriente as ações da atenção odontológica, realizando levantamentos epidemiológicos de forma periódica.
- 17.** Implantar o sistema de informação de Vigilância Sanitária em todo o território nacional com interface, como os demais sistemas de informação em saúde.
18. Garantir a democratização da informação/comunicação e participação social das ações de Vigilância Sanitária e Ambiental como forma de construir a consciência sanitária e ética e a cidadania.

- 19.** Intensificar as informações sobre a presença da AIDS e de outras patologias na terceira idade, criando mecanismos de abordagem deste assunto entre os idosos.
20. Realizar campanha educativa para a conscientização sobre a importância do destino correto de pilhas e baterias velhas, envolvendo e comprometendo os fabricantes, distribuidores e comerciantes.
21. Desenvolver campanhas educativas em saúde com distribuição de materiais para trabalho, como por exemplo: folders, informativos, cartazes, etc..
22. Intensificar a divulgação do programa preventivo para exames de próstata nos meios de comunicação, como rádio comunitária, escolas, programa saúde da família e outros.
23. Estabelecer mecanismos de informação e comunicação para os usuários sobre os riscos da automedicação e os cuidados necessários no uso de medicamentos e na prevenção de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, e intensificar essas informações junto aos profissionais que atuam na área da saúde.

# ANEXO

## 6. MOÇÕES

### MOÇÃO

Exigir dos órgãos do governo do Estado do Paraná o cumprimento imediato da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº 10216), que prevê a construção da “Rede de Trabalhos Substitutivos” aos Hospitais Psiquiátricos, bem como o cumprimento da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica (Lei estadual nº 11189/95), do deputado Rosinha.

### MOÇÃO

Garantir em nível federal (Ministério da Saúde) a inserção do profissional de Serviço Social nas equipes básicas do Programa de Saúde da Família (PFS).

### MOÇÃO

Os delegados(as) presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná solicitam a recomposição do teto de todos os municípios em gestão plena do sistema do Estado do Paraná, haja visto que desde a implantação da gestão não foi refeita a média histórica dos municípios.

### MOÇÃO

Nós, abaixo relacionados, delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná, solicitamos que o Estado do Paraná aplique de fato os 25% de sua contrapartida nas verbas de implementação do Programa Saúde da Família, para que este seja um estímulo a mais para a expansão do PSF.

### MOÇÃO

Nós, delegados(as) presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde, tendo em vista o princípio constitucional do controle social, regulamentado pela Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as representações por segmentos somados aos princípios da legitimidade e representatividade, entendemos que a escolha de pessoas para preenchimento das vagas no Conselho Estadual deve ser norteada por critérios de exclusão, de modo que as entidades representativas de usuários eleitas indiquem para as vagas pessoas que detiverem exclusivamente essa condição, devendo o mesmo princípio nortear o preenchimento de vagas nos Conselhos Municipais de Saúde no Estado do Paraná.

### MOÇÃO DE APOIO

Efetiva Implantação do Cartão SUS em todos os municípios do Estado do Paraná.

### MOÇÃO DE APOIO

Nós, participantes da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, composta por mil delegados e mais de 200 observadores, vimos a público apoiar o ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa, pela forma como vem tratando as mais de 500 Organizações Não Governamentais (ONG) brasileiras que trabalham com HIV/Aids, mantendo os convênios e a parceria, e ao mesmo tempo garantindo sua autonomia, de modo que o Programa Nacional de DST e Aids seja referência internacional. Também apoiamos o Projeto Saúde e Prevenção nas escolas, por sua resposta ousada à epidemia de Aids junto aos adolescentes e aos jovens.

### MOÇÃO DE APOIO

Apoiamos o Ministério da Saúde em sua iniciativa de apresentação das dez novas imagens de advertência contra o consumo de cigarros que serão impressas nas embalagens do produto.

### MOÇÃO DE APOIO

Os delegados(as) presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde apoiam os deputados estaduais Luciano Ducci e André Vargas pelo projeto de lei apresentado na Assembléia Legislativa do Paraná que regulamenta a aplicação dos recursos que compõem o orçamento da Saúde do Estado e que atende a Emenda Constitucional 29.

### MOÇÃO DE APOIO

A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada em Curitiba nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, manifesta APOIO ao PL nº 1011/03 do deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP), que dispõe sobre a garantia dos trabalhadores à prevenção dos riscos do trabalho e à promoção da saúde no âmbito do SUS, considerando a urgência do estabelecimento de uma política de Estado para a Saúde do Trabalhador, que garanta a integralidade dos princípios e diretrizes do SUS.

### MOÇÃO DE APOIO

Considerando que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) e o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) apresentam características estigmatizantes que produzem efeitos indesejados no âmbito emocional, familiar, social, econômico e político, entre outros, inclusive gerando ações de preconceito, discriminação e violação dos direitos humanos dos portadores do vírus e dos doentes de Aids;

considerando que o deputado estadual Luciano Ducci apresentou proposta de lei anti-discriminatória em favor de pessoas que vivem com HIV/Aids à Assembléia Legislativa do Estado do Paraná;

considerando que o referido projeto de lei foi votado e aprovado pela Assembléia Legislativa do Estado do Paraná;

a 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná se dirige ao governador Roberto Requião para que sancione esta lei, permitindo assim a efetiva proteção legal dos direitos humanos dos portadores de HIV e doentes de Aids no Estado do Paraná.

#### MOÇÃO DE APOIO

Em respeito à diversidade humana, a deputada estadual Elza Correa apresentou à Assembléia Legislativa do Estado do Paraná proposta de lei ordinária contra a discriminação por orientação sexual.

A lei vai garantir que as pessoas, independentemente de sua orientação sexual, tenham mais uma arma na luta pelo resguardo de seus direitos humanos.

Ao aprovar a lei, o Estado do Paraná avançará no exercício da conveniência e respeito à diversidade humana, seguindo o exemplo de outros Estados como Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, entre outros.

Portanto, a 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná se dirige à Assembléia Legislativa do Estado do Paraná para que aprove esta lei, a qual servirá como instrumento útil para garantir a aplicação do princípio da igualdade a todos os cidadãos, independentemente de sua orientação sexual.

#### MOÇÃO DE APOIO

Nós, abaixo-relacionados, delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, solicitamos a implantação de Conselhos Regionais de Saúde, visando a melhor interlocução e a troca de informações e experiências entre os municípios da mesma região.

#### MOÇÃO DE APOIO

Os delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, reunidos no período de 24 a 26 de outubro de 2003 no Canal da Música em Curitiba, apoiam e pedem a aprovação do projeto de lei 318/2003, que propõe a jornada máxima dos trabalhadores da saúde para 30 (trinta) horas semanais em respeito às especificidades das profissões.

#### MOÇÃO DE APOIO

Nós, abaixo relacionados delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, solicitamos a EFETIVA REGIONALIZAÇÃO DO SUS, conforme a NOAS, para o melhor estabelecimento de consórcios de saúde e implantação de hospitais regionais, diminuindo a real dependência de municípios às regionais adjacentes.

#### MOÇÃO DE APOIO

Nós, abaixo relacionados, delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, solicitamos A SUPLEMENTAÇÃO, pelo governo do Estado do Paraná, de recursos humanos, insumos e verbas para a saúde, durante o período de aumento populacional, nas férias de verão, para se oferecer à população turística mais segurança nas ações de saúde.

#### MOÇÃO DE APOIO

Os delegados e delegadas da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003 no Canal da Música, reconhecem que a valorização dos recursos humanos é estratégica para a Implementação do Sistema Único de Saúde. Por isso, apoiam que o governo estadual tome imediatamente as seguintes medidas:

- realização imediata de concurso público;
- cumprimento da Lei 13666/2002, que cria o Plano de Cargos, Carreiras e Salários concedendo a promoção e a progressão para todos os servidores, em especial para os servidores de nível médio e nível básico;
- estabelecimento de uma política salarial negociada com os trabalhadores.

#### MOÇÃO DE APOIO

Nós, abaixo relacionados delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, indicamos a Implementação de Programas de Fitoterapia na Rede Pública de Saúde do Estado do Paraná.

#### MOÇÃO DE APOIO

Moção de apoio à reforma do Pronto Socorro e à ampliação das Unidades de Internação do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina.

#### MOÇÃO DE REPÚDIO

Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, reunidos no período de 24 a 26 de outubro de 2003 no Canal da Música, em Curitiba, repudiam o Projeto de Lei 025/02 – Ato Médico, que pretende restringir/impedir o livre exercício de várias profissões da área de saúde, ferindo a chamada integralidade das ações e a multiprofissionalidade do exercício de assistência à saúde.

#### MOÇÃO DE REPÚDIO

Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, reunidos no período de 24 a 26 de outubro de 2003 no Canal da Música, em Curitiba, repudiam o modo operatório da atual gestão do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, para a liberação da “Certidão de Responsabilidade Técnica” aos enfermeiros de forma que os hospitais entrem com mandato de segurança, cujo teor determina que o “Conselho se **abstenha** de exigir registro e anotação de responsabilidade técnica do enfermeiro, em prejuízo da profissão do Enfermeiro (a).

#### MOÇÃO DE REPÚDIO

Os delegados e delegadas presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003 em Curitiba, repudiam o mais recente ataque contra o controle social, que partiu da governadora do Rio de Janeiro, Rosinha Mateus, ao ingressar com ação direta de inconstitucionalidade (ADIN) nº 2999/03 no Supremo Tribunal Federal, questionando a constitucionalidade dos dispositivos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03, que estabelece parâmetros para a vinculação de recursos orçamentários no SUS, bem como questiona o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde. Esta ação coloca em dúvida mais de uma década de debates e avanços na efetivação do controle social.

#### MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, mil delegados e mais de 200 observadores da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, vimos a público repudiar a atitude do deputado federal Hidekazu Takayama pela forma discriminatória e preconceituosa como vem tratando as questões dos direitos humanos, bem como o projeto Prevenção e Saúde nas Escolas. Recomendamos ao deputado que, em vez de se preocupar em barrar projetos que visem a garantia de cidadania e a preservação da saúde de nossos jovens e adolescentes, preocupe-se em trazer mais recursos para o Estado do Paraná nas áreas sociais.

#### MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, mil delegados e mais de 200 observadores da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, vimos a público repudiar o programa “Zorra total” da Rede Globo de Televisão, na pessoa do comediante Tom Cavalcante, devido à forma pejorativa, discriminatória e apelativa como trata o Sistema Único de Saúde - SUS, chamando-o de “fila do inferno”, “mortos de fome”, além de estereotipar e difamar a imagem da profissão de psicólogo.

### MOÇÃO DE REPÚDIO

A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada em Curitiba nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, REPUDIA a medida provisória assinada pela Presidência da República que liberou o plantio e a comercialização de produtos transgênicos no Brasil, pelos riscos que representam para a saúde pública e o meio ambiente.

### MOÇÃO DE REPÚDIO

Exigir o cancelamento imediato de pesquisas em seres humanos com terapias de eletroconvulsoterapia (eletrochoque), como a que foi aprovada na UNESC (Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina) com patrocínio do CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa (*Jornal da UNESC*, página 10, setembro de 2003).

### MOÇÃO DE REPÚDIO

A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada em Curitiba nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, repudia o convite feito pela Comissão Organizadora da 12ª Conferência Estadual de Saúde ao prefeito Cássio Taniguchi para participar da mesa-redonda “A intersectorialidade das ações de saúde”. A administração de Curitiba, além de não priorizar a articulação intersectorial das políticas públicas, tem se caracterizado pelos métodos de cooptação e truculência em relação à participação e ao controle social. O prefeito Cássio Taniguchi manifestou-se publicamente contra a aprovação da EC-29.

### MOÇÃO DE REPÚDIO

Os delegados(as) da 6.ª Conferência Estadual de Saúde repudiam a forma de distribuição de recursos, na ordem de R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais), liberados pelo Governo Federal (Ministério da Saúde), haja vista que o recurso foi distribuído pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), não sendo avaliado pelo Conselho Estadual de Saúde, controle social. A CIB considerou apenas a taxa populacional, desconsiderando as necessidades constatadas de cada Município. Portanto, solicitamos que essa distribuição seja revista pelo Conselho Estadual de Saúde.

### MOÇÃO DE REPÚDIO

Os delegados e delegadas presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde, nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, no Canal da Música em Curitiba, denunciam e repudiam a atitude desrespeitosa da diretora da 19ª Regional de Saúde, Cleide Cesco. O fato concreto é que ocorreu o desaparecimento de um projetor multimídia que estava guardado na sala da Diretora. Ao constatar o desaparecimento, a diretora foi à Delegacia de Polícia fazer o Boletim de Ocorrência. Procurada pela imprensa local, ela fez a seguinte declaração: **TODOS SÃO CULPADOS ATE QUE SE PROVE O CONTRÁRIO**. Como advogada, Cleide Cesco deveria saber que não pode acusar ninguém sem provas. A acusação indiscriminada contra todos os funcionários da Regional afronta a lei e se

caracteriza como assédio moral, ao constranger servidores de carreira que exercem suas funções há muito tempo. A Regional de Saúde funciona há mais de duas décadas e jamais os funcionários foram alvo de tamanha agressão e violação de garantias constitucionais. O conjunto de servidores públicos, apesar de sua depreciação, resiste e mantém seu compromisso com o atendimento relevante prestado à população, na Vigilância Sanitária, na Vigilância Epidemiologia e nas demais áreas da saúde pública. Não se pode julgar precipitadamente servidores que há décadas desenvolvem seu trabalho honestamente. É preciso também solidarizar-se com os servidores que sobrevivem a situações que penalizam, indevidamente, suas vidas no âmbito moral, social e familiar.

### MOÇÃO DE REPUDIO

A Plenária da 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 19 e 20 de setembro de 2003 no Centro Cultural Schubert, aprovou e solicita aos delegados(as) presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde que aprove a moção de repúdio ao Governo Estadual pela atitude inconstitucional, desrespeitosa e discriminatória, adotada pelo Governo do Estado e pela Secretaria do Estado da Saúde no tratamento do pagamento da dívida do Estado à Farmácia Básica do ano de 2003, e na forma de pagamento e destinação de recursos para o ano de 2004, favorecendo apenas os municípios que fazem parte do Consórcio Paraná de Medicamentos.

## 7. AS ENTIDADES ELEITAS PARA COMPOR O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ - CES/PR - GESTÃO 2004/2005

### 7.1 Segmento de Gestor

ENTIDADE	TITULAR	SUPLENTE
Secretaria de Estado da Saúde – SESA	Carlos Manuel V. A. dos Santos	Vanessa Maciel Pissetti Muniz
Instituto de Saúde do Paraná – ISEP	Mário Lobato da Costa	Christian Mendez Alcântara
Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS	Antônio Carlos F. Nardi	Alvimar Botega
Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS	Luís Fernandes R. Pinheiro	Marcelo Marques
Escritório Regional do Ministério da Saúde	João Guilherme Oliveira de Moras	Milles Zaniolo Bertagnoli

### 7.2 Segmento de Prestadores de Serviços de Saúde

ENTIDADE	TITULAR	ENTIDADE	SUPLENTE
Associação dos Consórcios e Associações de Saúde do Paraná - ACISPAR	Alfredo Franco Ayub	União Nacional das APMI	Rosele Ciccone
Federação dos Hospitais do Paraná – FEHOSPAR	Renato Merolli	Federação dos Hospitais do Paraná – FEHOSPA	José Francisco Schiavon
Federação das Misericórdias do Paraná - FEMIPA	Rosita Márcia Wilner	Federação das Misericórdias do Paraná - FEMIPA	Cláudio Marmementini
Universidade Estadual de Londrina - UEL	Francisco Eugênio Alves de Souza	Hospital de Clínicas - UFPR	Giovanni Loddo

### 7.3 Segmento de Profissionais de Saúde

ENTIDADE	TITULAR	ENTIDADE	SUPLENTE
Associação Brasileira de Agentes de Saúde em Alcoolismo - ABRASA	Oswaldino Moreira Só	Conselho Regional de Medicina - CRM	Luiz Sallim Emed
Associação Brasileira de Enfermagem -ABEN	Maria Goretti David Lopes	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN	Cármem Elizabeth Kalinowski
Conselho Regional de Farmácia - CRF	Javier Salvador Gamarra Júnior	Conselho Regional de Farmácia - CRF	Benvenuto Juliano Gazzi
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional -CREFITO	Édison Luiz Machado de Camargo	Conselho Regional de Nutrição - CRN	Tânia Denise Tredeseni Barbieri
Conselho Regional de Psicologia - CRP	Thereza Cristina de Arruda Salomé de Espíndula	Conselho Regional de Medicina Veterinária - CRMV	Carlos Eduardo de Abreu Calixto
Conselho Regional de Serviço Social - CRESS	Tereza Lopes Miranda	Conselho Regional de Odontologia - CRO	Jussara Mara Salgado Ribeiro
SINDPREVS	José Carlos Leite	SINDPREVS	Wilson José de Oliveira
Conselho dos Sindicatos de Servidores Municipais do Paraná	João Carlos Mira	Conselho dos Sindicatos de Servidores Municipais do Paraná	Wanderlei Veiga Ribeiro
SINDSAÚDE	Graziela Sternhein Basso	SINDSAÚDE	Jacqueline Cardoso Durat

### 7.4 Segmento de Usuários

ENTIDADE	TITULAR	ENTIDADE	SUPLENTE
Associação de Defesa e Orientação ao Cidadão - ADOC	Valdir Izidoro Silveira	Associação de Defesa e Orientação ao Cidadão - ADOC	José Carlos Machado
Central de Movimento Popular – CMP	Joelma Aparecida de Souza Carvalho	Movimento dos Trabalhadores Rurais do Paraná	Daniel Alves
ECOFORÇA	Valdir Donizete de Moraes	ECOFORÇA	Solange Balbino Thiago
FAMPEAPAR	Ruy Pedruzzi	FAMPEAPAR	Arlete A Brunholi Xavier
FAMPEPAR	David Lupion Fernandes	FAMPEPAR	Roberto Cauneto Picorelli
FAMOPAR	Joel Tadeu Correa	FAMOPAR	Euclides Gonçalves
Federação das Associações dos	Oswaldo Rodrigues Zengo	Federação das Associações dos	Aldemiro José dos Santos

Pastores do Paraná		Pastores do Paraná	
FATIPAR	João Maria Lérias	FATIPAR	Maria Elvira de Araújo
DEFIPAR	José Apolinário Filho	Federação Cristã de Deficientes - FDC	José Aparecido Leite
Federação Nacional de Urbanitários – FNU	Jonas Braz	SINDPETRO	Erni Benjamim Stein
FETAEP	Antônio Lúcio Zarantonello	FETAEP	Regina Léscio Barbato
Fórum Paranaense de ONG'S AIDS	Édison Bezerra da Silva	Associação de Defesa da Saúde do Trabalhador - APLER	Rosilene Aparecida Carvalho Ferreira
Fórum Popular de Mulheres	Wilma Araújo Kaiel	Organização de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Paraná - OMTR	Hermínia M. Schuartz
Instituto Afro-Brasileiro do Paraná	Manoel Rodrigues do Amaral	Instituto Afro-Brasileiro do Paraná	Zildete Anselmo Rodrigues
Pastoral da Criança	Lurdes Engelman	Pastoral da Criança	Águida Ignez
Central Única dos Trabalhadores - CUT	Jaime de Oliveira Ferreira	Central Única dos Trabalhadores - CUT	Gilberto Gedeão Soares
Entidade			
MOPS	Livaldo Bento	FOPS	Paulo Reissinho de Paula

## **8. COMISSÕES APROVADAS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

### **8.1 COMISSÃO ORGANIZADORA DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**

#### **Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Paraná**

- Ruy Pedruzzi

#### **Secretário de Estado da Saúde do Paraná**

- Cláudio Murilo Xavier

#### **Coordenadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde**

- Joelma Aparecida de Souza Carvalho.
- Águida Ignez - Pastoral da Criança.
- Alini Ivankio Hauer Ploszaj/Edison Luiz Machado de Camargo - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- Dilson Paulo Alves - Federação das Associações da Terceira Idade do Paraná.
- Joelma Aparecida de Souza Carvalho - Central de Movimentos Populares
- José Carlos Leite - Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Ação Social do Estado do Paraná.
- Lígia Caldieri Mendonça - Secretaria de Estado da Saúde.
- Marina Hiromi Assanuma - Conselho Regional de Medicina Veterinária.
- Mário Lobato da Costa - Secretaria de Estado da Saúde.
- Roberto Cauneto Picorelli - Federação das Micro e Pequenas Empresas do Paraná.
- Rosita Márcia Wilner - Federação das Misericórdias do Paraná.
- Ruy Pedruzzi - Federação das Associações de Micro e Pequenas Empresas Agrícolas do Paraná.
- Valdir Donizete de Moraes – Ecoforça.

## **8.2 COMISSÃO EXECUTIVA**

- Adriana T. M. Endres - SESA - Assessoria de Comunicação Social
- Carlos Eduardo Francisco - Assessoria de Comunicação Social
- Dirceu Grein - Departamento de Informática.
- Joelma Aparecida de Souza Carvalho - Central de Movimentos Populares.
- Manoel Pires de Paiva - Departamento de Informática.
- Márcia Lopes Siqueira - SESA.
- Maria da Graça Lima - Diretoria de Serviço de Saúde.
- Maria das Dores Tucunduva dos Santos – Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde.
- Marina Hiromi Assanuma - Conselho Regional de Medicina Veterinária.
- Marlene Gomes da Costa Pacheco - Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.
- Roberto Lima Pimentel Machado - Departamento de Apoio.
- Vanessa Maciel Pissetti Muniz - Diretora Administrativa da SESA.

### **8.3 COMISSÃO RELATORA**

#### **Coordenadora**

- Lígia Caldieri Mendonça - Secretaria de Estado da Saúde.
- Alice Eugênia Tisserant - Secretaria de Estado da Saúde.
- Carmem R. Ribeiro - Secretaria de Estado da Saúde.
- Erni Benjamin Stein - Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Refinação, Destilação, Exploração e Produção de Petróleo nos Estados do Paraná e Santa Catarina.
- Lígia Pereira - Secretaria de Estado da Saúde.
- Mari Elaine Rodela - Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde Públicos, Conveniados, Contratados e/ou Consorciados ao SUS e Previdência do Estado.
- Maria da Graça Lima - Secretaria de Estado da Saúde.
- Maria do Carmo Cambi - Secretaria de Estado da Saúde.
- Maria Goretti David Lopes - Associação Brasileira de Enfermagem.
- Shirley Kayamori Lobato da Costa - Secretaria Estadual da Saúde.

## **8.4 COMISSÃO ELEITORAL**

**Coordenador:** Valdir Donizete de Moraes - Ecoforça.

- Aylton Paulus Júnior - Universidade Estadual de Londrina.
- David Lupion Fernandes - Federação das Associações de Micro e Pequenas Empresas do Estado do Paraná.
- Isaltina Pires Cardoso - Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde Públicos, Conveniados, Contratados e/ou Consorciados ao SUS e Previdência do Estado.
- Joel Tadeu Correa - Federação das Associações de Moradores do Estado do Paraná.
- Maria Lúcia Tucunduva Menoncin - Conselho Regional de Serviço Social.
- Mário Lobato da Costa - Secretaria de Estado da Saúde.
- Wanderli Machado - Fórum Popular de Saúde.

## **8.5 COMISSÃO PARITÁRIA PARA A ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL**

- Adriana Xavier Dorta - Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS.
- Alide Marina Biehl Ferraes - Conselho Regional de Farmácia- Observação: indicação do Conselho Estadual de Saúde na reunião extraordinária de 29/01/2004.
- Irene Rodrigues dos Santos - Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba.
- Joel de Lima - Sindicato dos Eletricitários de Foz do Iguaçu.
- Luiz Antônio Bertassi Miranda - Entidades das Igrejas.
- Luiz Tadeu Seidel Bernardina - Conselho Local de Saúde Bacacheri.
- Magda Lúcia Félix de Oliveira - Universidade Estadual de Maringá.
- Pedro Afonso Figueiredo - Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Londrina.
- Sônia Maria Anselmo - Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

**Secretaria Executiva do CES/PR:**

*Secretária Executiva:*

*Maria das Dôres Tucunduva Santos*

*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*

O Conselho Estadual de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e a Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde agradecem a todos e todas que contribuíram com seu apoio para a realização da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.