

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANILSON DE ASSUNÇÃO DA COSTA FERNANDES

AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES IMIGRANTES E
REFUGIADAS NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL A PARTIR DOS
RELATÓRIOS DA 13ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ
E DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE 2023

CURITIBA

2024

VANILSON DE ASSUNÇÃO DA COSTA FERNANDES

AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES IMIGRANTES E
REFUGIADAS NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL A PARTIR DOS
RELATÓRIOS DA 13ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ
E DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE 2023

Defesa de Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Coorientador: Prof. Dr. Ruann Oswaldo Carvalho da Silva.

CURITIBA

2024

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Fernandes, Vanilson de Assunção da Costa

Agenda da política de saúde das populações imigrantes e refugiadas nos espaços de controle social a partir dos relatórios da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e da 17ª Conferência Nacional de Saúde de 2023 / Vanilson de Assunção da Costa Fernandes .– 2024.

1 recurso on-line: PDF.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Orientador: Profe. Dr. Rafael Gomes Ditterich.

1. Políticas Públicas. 2. Política de saúde - Brasil. 3. Política de saúde - Brasil - Participação do cidadão. 4. Política de saúde - Paraná.
5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Ditterich, Rafael Gomes.
II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III. Título.

Bibliotecária: Kathya Fecher Dias – CRB-9/2198



TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **VANILSON DE ASSUNÇÃO DA COSTA FERNANDES** intitulada: **Agenda da política de saúde das populações imigrantes e refugiadas nos espaços de controle social a partir dos relatórios da 13ª. Conferência Estadual de Saúde do Paraná e da 17ª Conferência Nacional de Saúde de 2023**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 14 de Agosto de 2024.

Assinatura Eletrônica

21/08/2024 00:58:57.0

RAFAEL GOMES DITTERICH
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

21/08/2024 14:38:04.0

GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

10/09/2024 09:25:45.0

LISLEI TERESINHA PREUSS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

Assinatura Eletrônica

20/08/2024 16:16:43.0

THABATA CRISTY ZERMIANI
Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que tornaram esse sonho possível. Esperança e João, meus pais, meus exemplos e meus heróis. Estiveram sempre ao meu lado, nunca duvidaram do meu sucesso e, muitas vezes, abdicaram dos seus sonhos para tornar os meus realidade. Esse trabalho é nosso! Amo vocês!

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradecer a Deus pela vida, saúde, discernimento e raciocínio. Pois sem tais dádivas grandiosas e graciosas, nada seria possível.

Agradeço aos meus pais, **João Fernandes e Esperança Domingos da Costa**, por crerem sempre em mim, pela vida, incentivo, educação, conselho, bênção. São vocês os responsáveis do homem que me tornem e, isto não tem preço que pague. Mãe e pai hoje entendo muito vocês. Consigo imaginar como foi difícil fazer tudo o que fizeram. Sei que abdicaram de muito. Sei que perderam noites de sono se perguntando se estava bem. Sei que precisaram se esforçar usando mais forças do que as que pensavam que tinham. Agradeço com o todo o meu coração por terem resistido. Hoje eu sou o reflexo do amor de vocês. Nada foi em vão. Está tudo em mim. Muita gratidão por ter a sorte de ter vocês como meus pais!

Agradeço aos meus queridos irmãos, **Pawilson de Assunção da Costa Fernandes e Silvana Marlene da Costa**, pelo apoio incondicional. Eles de tudo fizeram para que a minha estadia no Brasil fosse a mais tranquila possível. Obrigado por sempre me aturarem e por me lembrar sempre que tenho responsabilidades a dobrar, pois, tais ações, são também reflexos desta realização.

Agradeço as minhas amadas tias, **Marlene Nzinga Miguel da Costa, Marcelina Antônia Narciso da Costa, Constância Antônia Narciso da Costa, Antônia Narciso da Costa e Narcisa da Graça Alfredo**, por me incentivarem sempre a seguir os meus sonhos, porque sempre estariam disponíveis para me apoiar, independentemente do que eu escolhesse. Elas, sem exceção, fazem parte do motor que proporciona as minhas realizações, sempre foi assim. O meu muito obrigado e nunca esqueçam que vos amo demais.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de fazer parte do quadro discente desta instituição.

Por fim, e não menos importante, os meus votos de agradecimento ao caro professor e meu Orientador **Rafael Gomes Ditterich**, por ter aceitado o convite e me direcionar das mais diversas formas nesta jornada, pelos ensinamentos e dicas; ao estimado professor e Coorientador **Ruann Oswaldo Carvalho da Silva**, por ter me guiado nos últimos meses e me ajudado na conclusão desta Dissertação.

O meu muito obrigado a todos e todas que direta ou indiretamente tornaram esse sonho possível.

"Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes".

Marthin Luther King

RESUMO

A participação da comunidade é considerada uma diretriz do SUS com destaque social e político, pois proporciona a participação da população no processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado. Por meio do controle social, a população se aproxima cada vez mais nas decisões políticas. Assim, os conselhos de saúde são espaços democráticos no qual representantes de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde debatem e deliberam sobre as políticas públicas de saúde e neste caso específico, para as populações migrantes e refugiados. O objetivo deste trabalho é de analisar as contribuições da 13ª Conferência Estadual da Saúde do Paraná e da 17ª Conferência Nacional da Saúde para a construção na agenda da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes e Refugiadas. As Conferências de Saúde têm como objetivo analisar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Para atingir os objetivos propostos deste estudo, foram utilizados como eixos da investigação a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, com abordagem qualitativa e enfoque descritivo. Os olhares sobre o imigrante e o refugiado se pautam, dentro do viés humanitário, nas intensas adversidades que enfrentam, na possível condição de vulnerabilidade e sofrimento que experimentam e na necessidade de acolhimento, bem como, numa perspectiva socioeconômica, nos efeitos que sua chegada e permanência produzem para a dinâmica local e nos recursos que devem ser mobilizados para atendê-los e integrá-los. No relatório final da 13.ª Conferência Estadual da Saúde do Estado do Paraná, após debate entre todos os atores delegados participantes, mantiveram a quantidade de 3 propostas sobre a temática da política de saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas. No entanto, uma delas foi suprimida, outra modificada e outra foi incluída. A proposta modificada agora apresenta a necessidade de financiamento público para a saúde da população migrante, mas agora com referência aos haitianos. Por outro lado, a 17.ª Conferência Nacional de Saúde, trouxe, nos seus mais diversos eixos, propostas que levam à cabo a saúde dos imigrantes no Brasil. Foram ao todo 18 propostas contabilizando as de cunho preliminar e final, dentre as quais, 8 propostas farão parte das próximas políticas nacionais de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde; Participação Social; Conferências de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Community participation is considered a SUS guideline with social and political emphasis, as it allows the population to participate in the process of formulating and controlling public health policies. In Brazil, social control refers to community participation in the decision-making process on public policies and control over State action. Through social control, the population increasingly comes closer to political decisions. Thus, health councils are democratic spaces in which representatives of users, workers, managers and health service providers' debate and deliberate on public health policies and in this specific case, for migrant and refugee populations. The objective of this work is to analyze the contributions of the 13th State Health Conference of Paraná and the 17th National Health Conference to the construction of the agenda of the National Health Policy for Migrant and Refugee Populations. Health Conferences aim to analyze the health situation and propose guidelines for formulating health policy. To achieve the proposed objectives of this study, bibliographic research and documentary research were used as research axes, with a qualitative approach and descriptive focus. The views on immigrants and refugees are based, within a humanitarian perspective, on the intense adversities they face, on the possible condition of vulnerability and suffering they experience and on the need for reception, as well as, from a socioeconomic perspective, on the effects that their arrival and permanence produce for local dynamics and the resources that must be mobilized to serve and integrate them. In the final report of the 13th State Health Conference of the State of Paraná, after debate between all participating delegates, the number of 3 proposals on the theme of health policy for migrant, refugee and stateless populations was maintained. However, one of them was deleted, another modified and another was included. The modified proposals now present the need for public financing for the health of the migrant population, but now with reference to Haitians. On the other hand, the 17th National Health Conference brought, in its most diverse axes, proposals that advance the health of immigrants in Brazil. There were a total of 18 proposals, including those of a preliminary and final nature, among which, 8 proposals will be part of the next national health policies.

Keywords: Health policy; Social participation; Health conferences. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Etapas para coleta do relatório preliminar e final da conferência nacional de saúde

FIGURA 1- Etapas para coleta do relatório preliminar e final da conferência nacional de saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 2 - Incumbências dos bens democráticos de Smith

QUADRO 1 - Principais atribuições dos Conselhos de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CARE	Centro de Apoio e Referência
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CNC	Conselho Nacional de Saúde
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
GT	Grupo de Trabalho
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOS	Lei Orgânica de Saúde
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer ou Questionadores, Intersexuais, Assexuais
ONGS	Organizações Não Governamentais
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PPL	População Privada de Liberdade
PSR	População em Situação de Rua
PCD	Pessoas com Deficiência
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 A AGENDA POLÍTICA.....	20
2.2 CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	22
2.3 AS LIMITAÇÕES DO CONTROLE SOCIAL E AS INOVAÇÕES DE SMITH ...	25
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	30
3.1 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS: PESQUISA DOCUMENTAL E A ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	30
4 DISCUSSÃO E ANÁLISE	37
4.1 RELATÓRIO PRELIMINAR DA 13. ^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.....	37
4.2 RELATÓRIO FINAL DA 13. ^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	38
4.3 ANÁLISE DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	38
4.4 PROPOSTAS PRELIMINARES DA 17. ^a CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE.....	41
4.5 PROPOSTAS FINAIS DA 17. ^a CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE	44
4.6 ANÁLISE DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	47
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	49
ANEXO 1 - PROPOSTAS FINAL DA 13.^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE/PR	54
ANEXO 2 - RELATÓRIO FINAL DA 17.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	74

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos que consideraram a agenda como um elemento fundamental do processo político datam da década de 1970. Esses estudos surgiram como uma crítica à abordagem pluralista dominante na época, que tendia a ignorar o processo de seleção de questões para o debate público (DAHL, 1957).

No Brasil, embora a compreensão sobre o processo de formação da agenda seja fundamental para entender o exercício do poder político em um contexto democrático, os estudos sobre esse tema são relativamente recentes (CAPELLA, 2020).

Durante muito tempo os estudos sobre agenda não estiveram entre as preocupações centrais da comunidade brasileira de pesquisadores interessados em políticas públicas ou estudiosos da administração pública ou da ciência política. Nos últimos anos, no entanto, novas questões e abordagens da literatura internacional sobre políticas públicas têm ganhado espaço entre a comunidade acadêmica brasileira, ampliando a diversidade de interesses entre os pesquisadores. Esse movimento contribuiu para o desenvolvimento de pesquisas sobre a agenda no Brasil, e pode-se dizer que esse seja hoje um campo de estudo em expansão. (CAPELLA, 2020).

É relevante também mencionar os eventos que precedem a formulação e a implementação de políticas públicas em sentido micro. Portanto, para uma compreensão abrangente, é necessário iniciar com uma definição sobre a Agenda Política, a fim de entender, mesmo que, superficialmente, a visão de alguns autores sobre a agenda. Em seguida, abordaremos os conceitos de Políticas Públicas e Políticas de Saúde para populações migrante e refugiadas.

Deste modo, é crucial abordar as políticas públicas de saúde para imigrantes no Brasil, uma vez que englobam o conjunto de ações e programas desenvolvidos pelo poder público para assegurar os direitos e a integração dos imigrantes na sociedade. Tais políticas podem abranger uma ampla gama de áreas, incluindo saúde, educação, trabalho, assistência social, cultura e participação política, entre outras. É fundamental que as políticas públicas para imigrantes estejam alinhadas aos

princípios da universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, além de promover a não discriminação e valorizar a diversidade (BRASIL, 2017).

O relatório do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) / Secretaria Nacional de Justiça mostra que, entre 2011 e 2022 o Brasil recebeu cerca de 348.067 mil solicitações de reconhecimento da condição de refugiado, sendo que aproximadamente 82.552 mil foram feitas apenas no ano de 2019. Em 2018 existiam 10.145 refugiados reconhecidos pelo Estado brasileiro, sendo em sua maioria (35%) de origem Síria. Das solicitações em trâmite, até 2022, 67,0% são de pessoas originárias da Venezuela, 10% da Cuba, 6,8% de Angola, dentre outras nacionalidades (CONARE, 2022).

Em 2022, o CONARE reconheceu 5.795 pessoas como refugiadas e analisou 41.297 solicitações de refúgio de pessoas provenientes de 141 diferentes países. Esses números refletem a importância do trabalho do Conare na proteção e acolhimento de refugiados no Brasil.

Em sentido macro, e na concepção de Mead (1995), a política pública é um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Já Lynn (1980), a define como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. A definição mais conhecida acerca desta temática é a de Laswell: “Decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”. (LASWELL, 1958).

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e as políticas de saúde em particular, são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza das políticas públicas e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. Assim, políticas públicas repercutem na economia e na sociedade, daí o motivo de que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. (FISCHER; MILLER; SIDNEY, 2007)

No Brasil, existem diferentes marcos legais que asseguram os direitos humanos de pessoas imigrantes e refugiadas, como a Constituição Federal de 1988, a Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) e a Lei de Refúgio (Lei nº 9.474/1997). Essas leis estabelecem os direitos e deveres dos imigrantes no país, bem como os mecanismos de proteção e acolhida humanitária. Além disso, o Brasil é signatário de

diversos tratados e convenções internacionais sobre migrações e refúgio, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção das Nações Unidas sobre o Estatuto dos Refugiados, a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias, entre outros.

Desse modo, o controle social na saúde é importante para garantir a efetivação do direito à saúde, a qualidade dos serviços prestados, a transparência e a *accountability* dos gestores públicos, a democratização das relações entre Estado e sociedade e a construção de uma cidadania ativa e participativa. É uma forma de participação da sociedade nas decisões políticas e na fiscalização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS). O controle social na saúde está previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº. 8142/90, que estabelecem a realização de conferências e conselhos de saúde em todos os níveis de gestão do SUS.

Os conselhos de saúde são espaços democráticos no qual representantes de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde debatem e deliberam sobre as políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde têm caráter permanente, deliberativo e paritário, ou seja, metade dos seus membros são usuários do SUS.

Quadro 1: principais atribuições dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990)

<ul style="list-style-type: none"> • Formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e fiscalizar o repasse e a aplicação dos recursos destinados à saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Aprovar o plano de saúde, o orçamento e as contas do SUS em cada esfera de governo;
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer diretrizes para a elaboração dos planos de carreira, capacitação e educação permanente dos trabalhadores da área da saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Definir critérios para a programação e a execução financeira dos fundos de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o processo de licitação e a contratação de serviços de saúde.

FONTE: Adaptado de Brasil, 1990.

As Conferências de Saúde são encontros que acontecem no máximo a cada quatro anos nos municípios (Conferências Municipais de Saúde), nos estados (Conferências Estaduais de Saúde) e na federação (Conferências Nacionais de

Saúde). As Conferências reúnem representantes do governo, de trabalhadores e de usuários do SUS que, juntos, irão discutir as dificuldades vivenciadas pela população no campo da Saúde e pensar quais são as necessidades e prioridades que guiarão o investimento do recurso público para os próximos anos (FERRO et al, 2021). Por meio do exercício do controle social e das mobilizações sociais é que se pode construir uma agenda política.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho constitui em analisar as contribuições da 13ª Conferência Estadual da Saúde do Paraná e da 17ª Conferência Nacional da Saúde para a construção na agenda da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes e Refugiadas.

1.1 JUSTIFICATIVA

A relação entre migração, saúde e assistência social no Brasil é de extrema relevância. O país enfrenta desafios ao lidar com as novas ondas migratórias e ao acolher e acompanhar os imigrantes. Embora não haja regulamentação nacional específica para o acesso à saúde por parte dos migrantes e refugiados, os princípios normativos da Constituição Federal e da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) garantem que o acesso aos serviços de saúde seja universal e gratuito, independentemente da situação documental ou nacionalidade (BRASIL,1988). A migração também influencia as políticas e estratégias de saúde e assistência social no Brasil, tornando essas áreas ainda mais relevantes para o bem-estar dos imigrantes. Assim, é importante discutir sobre Políticas para população imigrantes, uma vez que o fluxo só aumenta no decorrer dos anos, e há, portanto, uma tendência de crescimento considerável.

No território brasileiro, a norma que trata sobre a imigração é a Lei nº 13.445/2017. Essa lei dispõe sobre os direitos e deveres do imigrante e do visitante, regulando sua entrada e estada no país. Além disso, estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas relacionadas ao emigrante. (BRASIL,2017)

O controle social na saúde é fundamental para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele envolve a participação ativa da comunidade, representada por trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e gestores do SUS. Esses grupos fiscalizam, acompanham e discutem ações para a construção de políticas públicas que beneficiem toda a população. A prática do controle social contribui para

a democratização, gestão eficiente e qualidade dos serviços de saúde, sendo o importante espaço para discussão acerca das políticas para populações migrantes e refugiadas.

Para comprovar a importância da temática, recentemente o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar a Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas. O GT, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 763, de 26 de junho de 2023 e publicada no Diário Oficial da União de 29 de junho de 2023, terá duração de um ano para conclusão das atividades, podendo ser prorrogado por igual período. Entre as competências do colegiado estão a elaboração de estratégias para implementação de políticas públicas que visem assegurar o acesso aos serviços públicos de saúde às populações migrantes¹, refugiadas² e apátridas³, e a proposição de um programa de qualificação para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2023).

Quanto a situação dos “Apátrida”, indivíduos que não possuem nenhuma nacionalidade reconhecida por qualquer Estado, essa condição pode ocorrer quando um Estado deixa de existir sem ser substituído por outra entidade, como ocorreu na União Soviética; ou quando o Estado ocupante não reconhece um grupo específico de pessoas como seus nacionais; e pessoas pertencentes a minorias étnicas nascem em territórios cujas leis não atribuem nacionalidade a esses grupos. Além disso, indivíduos nascidos em países que adotam o princípio do “*jus sanguinis*” (nacionalidade baseada nos pais) podem se tornar apátridas se seus pais forem nacionais de países que só reconhecem o “*jus soli*” (nacionalidade baseada no local de nascimento).

No Brasil, a Lei de Migração (Lei nº 13.445), em vigor desde 2017, reconhece os apátridas e oferece medidas de proteção e inclusão social. Diferentemente de outros países, o Brasil vai além, concedendo naturalização aos apátridas, tornando-os, de fato, brasileiros. Isso significa que essas pessoas podem obter todos os direitos e benefícios de cidadãos brasileiros.

¹ **Imigrante** é aquele que imigra, ou seja, aquele que entra em um país estrangeiro, com o objetivo de residir ou trabalhar.

² **Refugiado** São pessoas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, como também devido à grave e generalizada violação de direitos humanos e conflitos armados.

Em resumo, a condição de apátrida é uma questão complexa e desafiadora, mas esforços legais e sociais estão sendo feitos para garantir que essas pessoas não fiquem à margem da sociedade e tenham acesso aos seus direitos fundamentais.

No entanto, tendo em vista que a população apátrida ainda que reconhecida pelo estado brasileiro, por não se configurar como uma requisição comum do ponto de vista percentual frente as instituições migratórias, optou-se por não trabalhar de forma exaustiva sobre esta temática no presente estudo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar as contribuições da 13^a Conferência Estadual da Saúde do Paraná e da 17^a Conferência Nacional da Saúde para a construção na agenda da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes e Refugiadas.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as propostas da 13.^a Conferência Estadual da Saúde do Paraná apresentadas que poderão subsidiar a futura construção da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes e Refugiadas;
- Apontar as propostas da 17.^a Conferência Nacional da Saúde apresentadas para a construção da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes e Refugiadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A AGENDA POLÍTICA

A abordagem pluralista, predominante nas décadas de 1950 e 1960, argumentava que o sistema político democrático era caracterizado pela competição entre diversos grupos de interesse, cada um defendendo seus próprios interesses. Essa perspectiva, no entanto, não explicava como algumas questões se tornavam mais salientes do que outras, nem como o poder influenciava a seleção de temas para o debate público (DAHL, 1957).

Dahl (1957), em sua obra seminal "*Who Governs?*", argumenta que a democracia exige mais do que apenas a competição entre grupos de interesse. Para ele, a democracia requer que todos os cidadãos tenham a oportunidade de participar do processo decisório e que as questões relevantes para a sociedade sejam devidamente consideradas. Dahl (1957) ressalta que a agenda política, ao definir quais questões são consideradas importantes, influencia diretamente a distribuição de poder e a capacidade de participação dos cidadãos.

A partir dos estudos pioneiros de Dahl (1957), o conceito *de agenda-setting* se tornou um tema central na Ciência Política. Diversas teorias foram desenvolvidas para explicar como a agenda é formada e como ela influencia o processo decisório. Essas teorias podem ser divididas em três categorias principais:

- Teorias da Mídia: Enfatizam o papel da mídia na seleção e na disseminação de informações, argumentando que a mídia tem o poder de influenciar a percepção pública sobre quais questões são importantes.
- Teorias Institucionais: Focam nas instituições políticas e nos processos decisórios formais, argumentando que a estrutura institucional influencia a seleção de questões para a agenda pública.
- Teorias Ativistas: Enfatizam o papel dos movimentos sociais e dos grupos de interesse na mobilização da opinião pública e na pressão sobre os tomadores de decisão para que incluam determinadas questões na agenda.

Kingdon (1995) argumenta que o estabelecimento da agenda é o primeiro passo fundamental no processo de formulação de políticas públicas. Essa etapa precede a fase de implantação das políticas e é crucial para determinar quais questões

serão consideradas e quais alternativas serão debatidas pelos tomadores de decisão. Na concepção de Kingdon (1995), a agenda é definida como o conjunto de alternativas disponíveis para as ações de governo. Essas alternativas representam as diferentes soluções que podem ser consideradas para resolver um problema específico. No entanto, o processo de estabelecimento da agenda não se limita à simples identificação de alternativas. Essa etapa também envolve a seleção e o refinamento das alternativas que serão consideradas pelos tomadores de decisão. Considerando que a atenção é um recurso escasso e que indivíduos e organizações estabelecem prioridades de ação, a formação da agenda é um processo que envolve intensa competição, em que problemas e alternativas ganham ou perdem a atenção do governo e da sociedade a todo momento (CAPELLA, 2017).

A agenda é definida por meio do conjunto de alternativas disponíveis para as ações de governo. O processo de especificação ou escolha de alternativas a serem consideradas é a etapa que tem a função de restringir o leque de alternativas apresentadas inicialmente no sentido de solucionar um problema específico, definido na agenda. O termo agenda, na concepção de Kingdon (1995), representa a lista de temas ou problemas considerados relevantes pelos diversos atores sociais. Assim, o processo de estabelecimento de uma agenda tem a função de selecionar temas que virão a se tornar foco de atenção do governo.

O processo de especificação ou escolha de alternativas a serem consideradas tem a função de restringir o leque de opções inicialmente disponíveis. Essa seleção é influenciada por diversos fatores, como a viabilidade técnica das alternativas, o contexto político e social do momento e as preferências dos tomadores de decisão. A teoria do estabelecimento da agenda proposta por Kingdon (1995), oferece uma valiosa ferramenta para compreender o processo de formulação de políticas públicas. Ao analisar como as questões ganham saliências e se tornam objeto de debate governamental, torna-se possível entender melhor as dinâmicas do poder e a influência dos diversos atores sociais na tomada de decisões (KINGDON, 1995).

De acordo com Kingdon (2011), a agenda pode ser entendida de forma resumida como um conjunto de questões sociais, um agrupamento de problemas sobre os quais atores sociais direcionam sua atenção em um momento específico. Nessa ótica, a elaboração da agenda é percebida como uma construção social, um processo no qual as questões sociais e suas possíveis soluções ganham ou perdem

destaque na esfera pública, por meio da interação entre diversos atores, como o governo, cidadãos e instituições (FUKS, 2000).

Schattschneider (1960), entretanto, argumenta que nem todas as questões têm acesso à agenda. Ele propõe que o conflito é a base da atividade política. Todo conflito, quando explorado por organizações políticas, pode se ampliar e se tornar uma questão política, enquanto outros tendem a ser suprimidos por essas mesmas organizações. A expansão do conflito ocorre por meio do que o autor chama de "mobilização de preconceitos". Inicialmente, todo conflito é estabelecido entre dois grupos: o primeiro consiste em alguns indivíduos diretamente envolvidos no conflito, e o segundo por muitas pessoas. O desfecho de qualquer conflito, segundo Schattschneider, depende do envolvimento do público. Assim, aqueles interessados em manter um conflito na agenda mobilizarão o apoio popular, tornando o conflito "contagioso", buscando politizá-lo cada vez mais através da mobilização e envolvimento daqueles que inicialmente não estavam envolvidos. Conforme o conflito se expande, sua natureza, os atores envolvidos e as definições das questões mudam. A ideia de que "a política é a socialização do conflito" (SCHATTSCHEIDER, 1960) reflete a transformação de uma questão "privada" em um alinhamento político, através do envolvimento do público.

2.2 CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Atualmente, o Brasil está constituído por um Estado democrático, o qual tem seu poder exercido por representantes do povo e pela participação direta dos cidadãos. O desafio da democracia é garantir à sociedade uma participação que não se restrinja ao direito do voto, mas que permita sua presença nos processos de formulação, execução e fiscalização das ações governamentais para o alcance de seus objetivos (HARBERMAS, 1997; NOBRE, 2004).

Entretanto, quando se volta ao passado é perceptível todo o processo de lutas e conquistas para alcançar o Estado democrático de direito, que permite que os cidadãos participem das tomadas de decisões governamentais e que suas demandas cheguem ao poder público.

Durante o governo de Getúlio Vargas foram criadas as primeiras instâncias para participação em saúde, estabelecidas pela Lei nº. 378 de 1937, que reorganizou

os Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 1937). O objetivo desta Lei foi informar o Governo Federal sobre as atividades relativas à saúde e orientá-lo na execução dos serviços locais de saúde. Com isso ficou definido que os encontros seriam convocados pelo Presidente da República e contariam com a participação de representantes do governo e de representantes dos grupos sociais relacionados à área e tema da conferência (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Entre as bandeiras que esse movimento carregava, tem-se a luta em prol da efetividade da participação da sociedade nas políticas públicas de saúde. Tal bandeira encontrou mastro firme na CF de 1988, Constituição Cidadã, resultado da luta da nação por democracia (RUFINO, 2015).

A partir da instituição legal da CF de 1988 houve a criação do SUS, consolidado e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS). As LOS consistem em duas leis: a de nº. 8080/90 que trata da organização, princípios e diretrizes do SUS, e a de nº. 8142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade e o controle social no SUS (BRASIL, 1990 a, b).

A participação da comunidade é considerada uma diretriz do SUS com destaque social e político, pois proporciona a participação da população no processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES et al., 2007).

De acordo com Santos (2011), o controle social é o mecanismo de manifestação da cidadania, exercido por meio da participação da comunidade. Já para Silva, Cruz e Melo (2007), o controle social é um meio de atender aos interesses da maioria da população, pois o poder deve ser partilhado.

Como definição complementar, tem-se a posição de Oliveira e Almeida (2009) em que o controle social é uma estratégia de democratizar o poder para o processo de gestão compartilhada e solidária. E por fim, Silva (2001) que amplifica a definição do controle social como um mecanismo de vigilância de agentes e instituições políticas que atuam na estrutura do poder.

Para outros, o controle social é a possibilidade de a sociedade controlar o Estado por meio de instâncias, como os Conselhos e as Conferências de Saúde (SCOREL; MOREIRA, 2008). E para aumentar o arcabouço de definições, também pode-se citar a de Assis e Vila (2003), na qual os autores argumentam ser o controle

social um espaço de representação da sociedade por meio da articulação entre diversos sujeitos constituindo canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios.

Rolim, Cruz e Sampaio (2013) relatam que a perspectiva do controle social é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois estabelece uma relação entre o Estado e a sociedade, proporcionando que as decisões tomadas na saúde possam ser negociadas com os representantes da sociedade.

Contudo o controle social deve ser entendido como uma forma importante da democracia, necessitando que os atores políticos envolvidos conheçam o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, financeira e política, visando melhorar as contribuições para a formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2009).

No tocante à legislação, o controle social é regulamentado pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS; inclusão da participação em todas as esferas de gestão e institui as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias participativas do controle social, ambas com a seguinte composição: 50% dos representantes dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (BRASIL, 1990b).

As Conferências de Saúde são definidas como espaços de participação e deliberação acerca do estabelecimento de diretrizes gerais de uma determinada política pública podendo assumir caráter consultivo ou deliberativo. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência (CONASS, 2009).

As Conferências de Saúde têm como objetivo analisar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. São convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde, devem ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990b).

Müller Neto e Artmann (2014) abordam a importância das Conferências de Saúde para o fortalecimento da participação da comunidade de forma democrática e para a formulação de uma política de saúde a qual atenda aos reclames e anseios da

população. Seu caráter ascendente visa a participação desde a análise da situação de saúde local até a definição de prioridades e a formulação da política pública (TOFANI; CARPINTERO, 2012).

É imprescindível que as Conferências de Saúde tenham a capacidade de indicar o que é mais relevante, pois caso contrário torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e compromete o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental que deve ser realizado pelos Conselhos de Saúde (CONASS, 2009).

Portanto, cabe às Conferências de Saúde a atribuição de definir as diretrizes para a política de saúde e a transformação dessas diretrizes em ações efetivas é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os Conselhos de Saúde.

2.3 AS LIMITAÇÕES DO CONTROLE SOCIAL E AS INOVAÇÕES DE SMITH

Apesar de todo o aparato legal dos canais de controle social na saúde, esses espaços que têm o desígnio de serem deliberativos e propositivos, como as Conferências e os Conselhos, não estão conseguindo exercer seus papéis.

Os estudos apontam a existência de variadas dificuldades que impedem o exercício do controle social na saúde, como: o fato dos conselhos não representarem necessariamente espaços de negociação de diferentes interesses; o alto grau de controle dos conselhos pelos governos; o grande número de atribuições que sobrecarrega os atores engajados e praticamente inviabiliza que estes realizem e aprofundem debates sobre a política; a prática burocratizada dos conselhos. Pode-se citar ainda a necessidade da parte dos conselhos de mais política, vocalização e visibilidade, além do fato das conferências e conselhos produzirem novos déficits democráticos, principalmente em relação ao poder de fala com apenas algumas vozes prevalecendo nesses espaços (KLEBA et al., 2010; LANDERDHAL, 2010; COTTA et al., 2011; JORGE; VENTURA, 2012; ESCOREL, 2015).

Em um estudo realizado em João Pessoa, no estado da Paraíba, foi detectado que antes mesmo da construção de um Conselho Local de Saúde a comunidade envolvida estava depositando expectativas que não correspondiam aos objetivos dessa instância. Entre os desejos destacaram-se: a implementação e construção de

um conselho apenas para ocupar um espaço político de visibilidade comunitária, apresentando pouca dedicação à construção coletiva das ações e reflexão; e a insistência em eleger os conselheiros de qualquer maneira (CRUZ et al., 2012).

Nos municípios de Melgaço e Belém, no estado do Pará, também foram identificadas limitações para o controle social: a dimensão do conhecimento do presidente do Conselho sobre a realidade de saúde do município é fragmentada; os municípios não conseguiram cumprir a função de participar na formulação de estratégias da política de saúde; a partilha do poder pode estar limitada e restrita sem que haja possibilidade dos diversos atores deliberarem sobre as políticas públicas de âmbito mais geral (CRISTO, 2012).

Não bastando esses resultados, em um estudo realizado com um grupo de enfermeiros, atuantes em Curitiba, no estado do Paraná, percebeu-se que as dificuldades para o exercício do controle social são: o Conselho de Saúde é visto por este grupo como uma forma de participação limitada; o papel do grupo no controle social tem sido o da orientação para a participação dos usuários nos Conselhos de Saúde, acreditando mais na eficácia dessa participação do que na sua própria; a falta de estímulo deste grupo em representar os enfermeiros nos Conselhos de Saúde (MITELLBACH; PERNA, 2014). Ampliando este cenário, Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) identificaram como barreiras para o exercício do controle social: a falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel e sobre o próprio papel do conselho na esfera social e sanitária; o desconhecimento sobre as fontes de onde provêm as verbas que financiam o SUS; o desconhecimento do Regimento Interno e do Plano Municipal de Saúde, além da dificuldade de analisar o Relatório de Gestão.

Ainda contemplando o acervo de problemáticas enfrentadas pelo controle social, Cotta, Cazal e Martins (2010) identificaram que a composição do conselho estudado não está de acordo com a legislação prevista - a maioria dos conselheiros não são eleitos e sim indicados; as decisões e propostas não são divulgadas à população e muito menos aos pares dos conselheiros; o plano municipal de saúde está desatualizado; e o relatório de gestão não é repassado anualmente.

As problemáticas citadas representam uma pequena amostra das dificuldades as quais vêm sufocando o caráter democrático, deliberativo e participativo dos espaços de controle social na saúde, prejuízo considerável que pode limitar e burocratizar a participação da sociedade na tomada de decisões sobre as políticas de

saúde. Diante dessa realidade várias propostas têm sido apresentadas para o fortalecimento do controle social nas políticas públicas de saúde. Dentre elas, a de Smith (2009) a qual afirma que a incorporação das inovações democráticas pode aumentar e aprofundar a participação da sociedade nas políticas públicas, podendo ser uma das estratégias para reconquistar os desacreditados com a democracia na política.

As inovações democráticas são definidas por Smith (2009) como instituições políticas construídas para ampliar a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas. Este autor, em seus estudos, elaborou um quadro analítico que permitiu realizar comparações de diversas inovações democráticas almejando compreender de que maneira e até que ponto elas proporcionam qualidades desejáveis ou bens esperados das instituições democráticas.

Existem ao todo seis bens democráticos esperados de uma instituição democrática: inclusão, julgamento ponderado, controle social, transmissibilidade, eficiência e transparência. Porém, Smith trabalha com maior ênfase quatro desses bens: inclusão, julgamento ponderado, controle social e transparência (SMITH, 2009). O Quadro 2 descreve cada um dos bens democráticos.

Quadro 2- INCUMBÊNCIAS DOS BENS DEMOCRÁTICOS DE SMITH

BEM DEMOCRÁTICO	FUNÇÃO
INCLUSÃO	Corresponde como a igualdade política é realizada em dois aspectos, presença de participação e voz. A presença refere-se ao fato de como se dá a inclusão dos atores das inovações e se esse processo inclui todos os segmentos da sociedade. Mesmo com a presença de todos os segmentos, isso não é garantia que eles tenham igualdade de voz com oportunidades de vocalizar suas opiniões e serem ouvidos com as mesmas chances.
CONTROLE SOCIAL	Avalia a influência dos participantes nos aspectos do processo de tomada de decisão. Principalmente se os cidadãos são capazes de ter controle e influenciar na definição de agenda e na tomada de decisão das políticas.
JULGAMENTO PONDERADO	Busca saber qual a compreensão dos cidadãos sobre os procedimentos técnicos do problema em discussão e as perspectivas dos outros cidadãos.
TRANSPARÊNCIA	É atribuída a transparência das decisões para o público em geral. Designada como a comunicação das decisões internas e externas discutidas e tomadas à população.

FONTE: Smith, 2009.

Smith (2009) alerta que nenhuma inovação democrática é perfeita, pois é necessário serem todos os bens democráticos realizados para então conseguir se aproximar do idealizado. Logo, a legitimidade de cada espaço de participação social

está na forma em que ele consegue combinar esses bens democráticos, pois quanto mais ele o produz mais democrático torna-se.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS: PESQUISA DOCUMENTAL E A ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, foram utilizados como eixos da investigação a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, com abordagem qualitativa e enfoque descritivo.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de descrever aspectos conceituais e contextualizar os seguintes temas: Controle Social, Inovações Democráticas, Política de Saúde, Agenda, Conferências e Conselhos de Saúde. A pesquisa bibliográfica envolveu livros e artigos científicos relacionados aos temas abordados no estudo. Os artigos foram selecionados por meio de mecanismos de busca como o *Scielo*, *Lilacs* e *Pubmed*, a partir dos indexadores, buscando palavras-chave, tais como: política de saúde, imigrantes e refugiados, conferências de saúde, conselhos, agenda, análise de políticas. Ressaltando que foi apenas uma pesquisa conceitual.

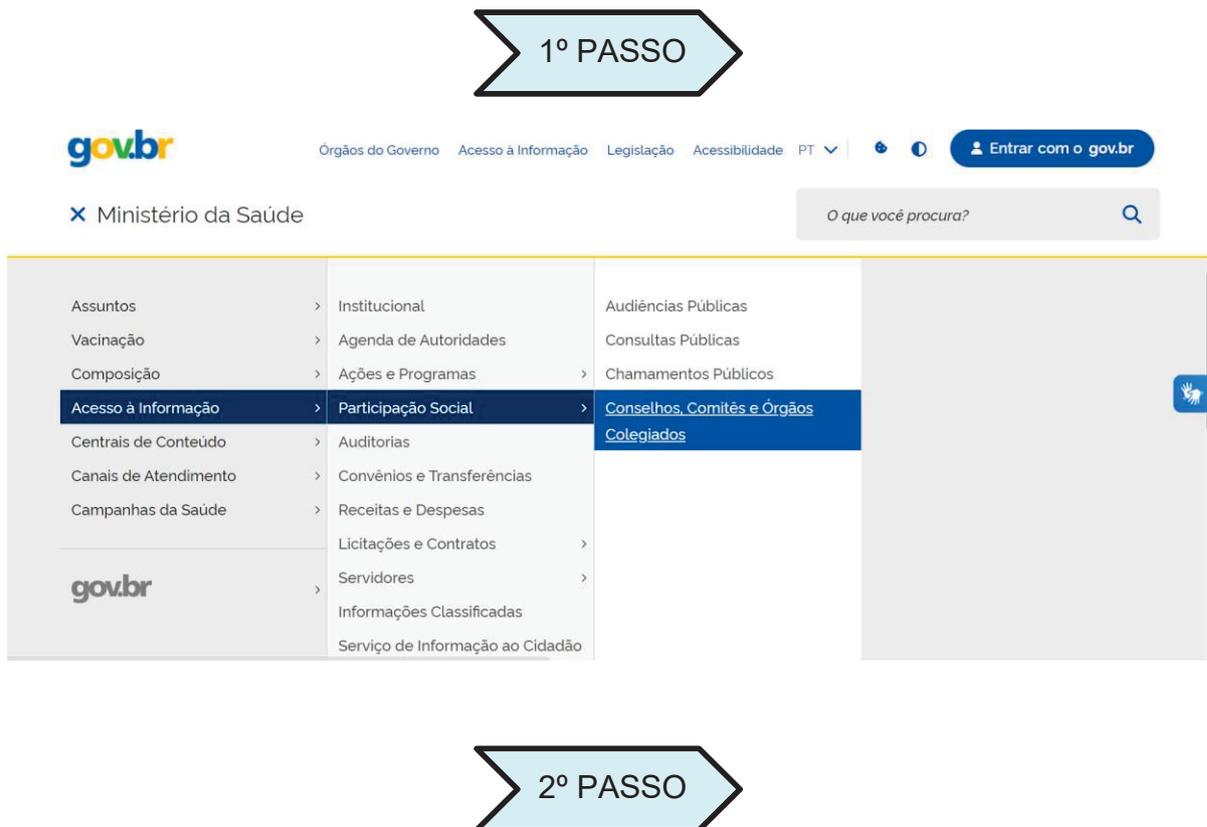
Já a pesquisa documental se propôs ao alcance dos objetivos do estudo, que foi a análise das contribuições das Conferências e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na construção da agenda da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas. Essa pesquisa foi selecionada por proporcionar a análise dos documentos técnicos: relatórios preliminares e finais das conferências, possibilitando a identificação das discussões e propostas relacionadas à Saúde das Populações Migrantes e Refugiadas, tendo por propósito identificar os temas mais evocados nos documentos e investigar se como estes temas poderão ser inseridos na construção da referida política.

Para a coleta de dados foi necessário ter acesso às plataformas do governo federal e estadual, tais como: site do Ministério da Saúde e o site da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Os relatórios preliminares correspondem as propostas vindas originalmente dos municípios e dos estados, que compuseram os relatórios iniciais da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e da 17ª Conferência Nacional de Saúde, respectivamente. Esse ano também as etapas preliminares também apresentaram como inovação as propostas oriundas de Conferências Livres virtuais e presenciais. Após o debate dos delegados e convidados participantes das

Conferências foram então produzidos os relatórios finais. Os procedimentos para coletar os relatórios preliminares e finais das Conferências ocorreu por etapas:

- 1ª etapa - acesso ao site do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br> e no canto superior esquerdo da página entrar em Acesso à informação>Participação Social> e clicar em “Conselhos, Comitês e Órgão Colegiados”
- 2ª etapa - clicar em “Conselho Nacional de Saúde”,
- 3ª etapa - no site do Conselho Nacional de Saúde, no canto superior esquerdo clicar no item “17 CNS”.
- 4ª etapa - no site da 17 CNS, no canto superior esquerdo clicar no item “Documentos”. A Figura 2 apresenta a sistematização das etapas da coleta de dados dos relatórios preliminar e final das Conferências Nacionais de Saúde.

Figura 1- ETAPAS PARA COLETA DO RELATÓRIO PRELIMINAR E FINAL DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



gov.br Órgãos do Governo Acesso à Informação Legislação Acessibilidade PT Entrar com o gov.br

Ministério da Saúde O que você procura?

[Acesso à Informação](#) > [Participação Social](#) > [Conselhos, Comitês e Órgãos Colegiados](#)

Conselhos, Comitês e Órgãos Colegiados

- Conselho Nacional de Saúde - CNS
- Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu
- Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
- Comitê Gestor de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio

3º PASSO

Governo Federal **Conselho Nacional de Saúde** Buscar no portal
 MINISTÉRIO DA SAÚDE Contatos Imprensa Clipping de Notícias

PÁGINA INICIAL > 17ª CNS

5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL **27 A 30 DE NOVEMBRO** **CONFIRA**

17ª CNS

Artes

Atividades autogestionadas

Comissão Organizadora

Comunicação Colaborativa

Conferências Livres

Contato

Documentos

Etapas

Histórico

17ª CNS: DEMOCRACIA, JUSTIÇA SOCIAL E REPARAÇÃO HISTÓRICA NO BRASIL

Publicado: Sexta, 03 de Junho de 2022, 11h30



4º PASSO

17º CNS

Artes

Atividades autogestionadas

Comissão Organizadora

Comunicação Colaborativa

Conferências Livres

Contato

Documentos

Etapas

Histórico

DOCUMENTOS

Publicado: Quinta, 12 de Janeiro de 2023, 14h11

Documento Orientador

Documento Orientador (power point)

Documento orientador em linguagem simples

Cartilha

Apresentação Diretrizes Metodológicas

Apresentação EIXO 1

Apresentação EIXO 2

Apresentação EIXO 3

Apresentação EIXO 4

Relatório consolidado

FONTE: Elaborada pelo autor (2023).

Para coletar os relatórios preliminar e final das Conferência Estadual de Saúde do PR foi necessário: - 1ª etapa - acessar o site da Secretaria Estadual de Saúde do estado: <https://www.saude.pr.gov.br/>, procurar no canto superior esquerdo da página o ícone do Institucional e clicar em “Conselho Estadual de Saúde – CES/PR”;

- 2ª etapa - no site do Conselho Estadual de Saúde do Paraná entrar no item “A saúde do Paraná” e clicar no tópico “Conferências Estaduais de Saúde”;

- 3ª etapa – no site das “Conferências Estaduais de Saúde” clicar em “13ª Conferência Estadual de Saúde”;

- 4ª etapa – no site das “13ª Conferência Estadual de Saúde” clicar em “Cadernos de propostas”; A Figura 3 apresenta a sistematização das etapas da coleta dos relatórios preliminar e final da Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

Figura 2- ETAPAS PARA COLETA DOS RELATÓRIOS PRELIMINAR E FINAL DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PR

1º PASSO



2º PASSO



3º PASSO



4º PASSO



13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná

Data: 15 a 17 de maio de 2023

Local: Expotrade Convention Center

Endereço: Rodovia Deputado Leopoldo Jacomel, 10454 – Vila Amélia, Pinhais – PR

PROGRAMAÇÃO

Fotos de conferências municipais e da 13ª Conferência Estadual de Saúde

CERTIFICADOS

Caderno de propostas (após trabalhos de grupo em 17/05/2023)

Caderno de propostas

FONTE: Elaborado pelo autor (2023).

A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta ter como objeto de pesquisa o espaço da produção humana que produz uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2002). Neste estudo, o objeto foram os espaços participativos, Conferências e o CNS, e o foco de análise foi as contribuições desses espaços para o debate da política de saúde das populações Migrantes, refugiadas e apátridas. O enfoque descritivo justifica-se pela necessidade de retratar as características e o contexto histórico que embasou determinada discussão ou proposta.

Foi realizada análise dos documentos técnicos derivados das Conferências e do CNS, a nível nacional e especificamente do estado do Paraná. A escolha pelas Conferências deu-se devido ao fato que esses espaços devem produzir discussões e apontar prioridades para a composição de uma agenda política com a construção do relatório final. Os conteúdos dessas discussões e as prioridades elencadas pela sociedade são dispostos nos documentos técnicos resultantes da participação da sociedade nesses espaços. Assim, foram considerados espaços importantes para obter o recorte das discussões derivadas das propostas provenientes das Conferências. Para análise do texto, utilizou-se a metodologia da Análise de Conteúdo de Bardin.

A Análise de Conteúdo surgiu no início do século XX com o objetivo de analisar o material jornalístico, e passou a ser conhecida posteriormente como “a semântica estatística do discurso político” (CAREGNATO, MUTTI, 2006). Bardin (1977) define a análise de conteúdo como:

“(...) um conjunto de instrumentos metodológicos e técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” O trabalho da análise de conteúdo se define por regras lógicas de organização, categorização e tratamento de dados quantitativos ou qualitativos.”

Segundo Bardin (1977), tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. O principal enfoque nesse método é produzir inferências sobre o texto. A informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor, mas as comparações entre elas conferem ao método relevância teórica. Assim, produzir inferência, em análise de conteúdo, significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas embasá-las com pressupostos teóricos e situações concretas que considere o contexto social e histórico (CAMPOS, 2004).

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE

Os relatórios das conferências estadual e nacional de saúde desempenham um papel crucial na definição e implementação das políticas públicas de saúde no Brasil. Estes documentos não só registram as deliberações e diretrizes discutidas nos encontros, mas também refletem as demandas e necessidades das diversas regiões do país. Analisá-los permite uma compreensão aprofundada dos desafios e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como das estratégias propostas para garantir um atendimento de saúde mais eficiente e inclusivo. Este estudo propõe-se a discutir e analisar os relatórios recentes das conferências, com o objetivo de identificar propostas e discussões sobre a saúde da população migrante e refugiada, sendo uma área que necessita de maior atenção para fortalecer o sistema de saúde pública brasileiro.

4.1 RELATÓRIO PRELIMINAR DA 13.^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Eixo 1 – O Brasil que temos. O Brasil que queremos

Proposta 288: Fortalecer o incentivo financeiro dos municípios que recebem Imigrantes (grifo nosso).

Eixo 3 – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a Democracia

Proposta 90: Criar políticas públicas de saúde voltadas para a região de fronteira referente ao custeio do atendimento de “brasiguaios” e estrangeiros pela SESA-PR. (grifo nosso).

Eixo 4 – Amanhã será outro dia para todas as pessoas

Proposta 131: Promover educação continuada e permanente para as equipes de saúde sobre abordagens efetivas de apoio aos usuários para adoção de comportamentos saudáveis, capacitando sobre acolhimento as comunidades que necessitam ser atendidas na sua especificidade, como LGBTQIA+, população negra, Indígenas, ciganos, imigrantes, população em situação de rua, população idosa, atendimento à população vítima de violências, também sobre práticas integrativas e

complementares (PICS) e acompanhamento pós-COVID, fortalecendo a equipe multiprofissional, além dos serviços das ações intersetoriais e das parcerias com os órgãos competentes, ONGS e coletivos sociais. (grifo nosso)

4.2 RELATÓRIO FINAL DA 13.^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Eixo 3 – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a Democracia

Proposta 29: Incentivo financeiro para a promoção da saúde na população imigrante (Haitianos) (grifo nosso).

Eixo 4 – Amanhã será um outro dia para todas as pessoas

Proposta 23: Buscar recursos financeiros Federal e Estadual para o atendimento da população fronteiriça e estrangeiros, bem como integrar o profissional Farmacêutico na Equipe mínima da PNAB (grifo nosso)

Proposta 131: Promover educação continuada e permanente para as equipes de saúde sobre abordagens efetivas de apoio aos usuários para adoção de comportamentos saudáveis, capacitando sobre acolhimento as comunidades que necessitam ser atendidas na sua especificidade, como LGBTQIA+, população negra, Indígenas, ciganos, imigrantes, população em situação de rua, população idosa, atendimento à população vítima de violências, também sobre práticas integrativas e complementares (PICS) e acompanhamento pós COVID, fortalecendo a equipe multiprofissional, além dos serviços das ações intersetoriais e das parcerias com os órgãos competentes, ONGS e coletivos sociais (grifo nosso).

4.3 ANÁLISE DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Na fase preliminar, que compreende as propostas encaminhadas da etapa municipal dos municípios paranaenses, o relatório da 13.^a Conferência Estadual da Saúde do Estado do Paraná apresentou somente 3 propostas sobre a temática da

política de saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas. As propostas versaram sobre 1) acesso à população de fronteira do estado do Paraná, 2) financiamento público para a saúde da população migrante e; 3) Qualificação profissional dos trabalhadores da saúde para atenção à essa população.

No relatório final da 13.^a Conferência Estadual da Saúde do Estado do Paraná, após debate entre todos os atores delegados participantes, mantiveram a quantidade de 3 propostas sobre a temática da política de saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas. No entanto, uma delas foi suprimida, outra modificada e outra foi incluída. A proposta modificada agora apresenta a necessidade de financiamento público para a saúde da população migrante, mas agora com referência aos haitianos

Como bem destacado por Ferro et al. (2021), na conferência de saúde os espaços de discussão são permeados por vários interesses, que disputam o recurso público para a implementação das propostas, é importante que os delegados se organizem para explicar e defender as propostas elaboradas, que estão sendo apresentadas na Conferência, bem como, se solidarizar tanto com os problemas e temáticas de outros coletivos, muitas vezes até mesmo dando sugestões para melhoria da proposta.

No entanto, nessa rede de atores envolvidos, muitas das vezes pela falta de entendimento ou mesmo pela manifestação de um grupo de pessoas, principalmente gestores, que apresentam participação ativa e voz nas discussões, acabam em algumas situações cooptando outros atores que não estão esclarecidos, e a proposta é suprimida, como aconteceu com a: *“Criar políticas públicas de saúde voltadas para a região de fronteira referente ao custeio do atendimento de “brasiguaios” e estrangeiros pela SESA-PR.”*, mesmo o estado do Paraná tendo vários municípios fronteiriços com divisa com o Paraguai e Argentina, e que apresentam problemas na questão de acesso dessa população à serviços de saúde e sem repasse financeiro exclusivo por parte do governo federal e estadual.

Notou-se que a falta de entendimento e voz dos participantes nesses conselhos, está intrinsecamente ligada com a supressão de algumas propostas, o que traz à luz as Incumbências dos Bens Democráticos, na medida em que questões como inclusão, julgamento ponderado e controle social são debates relevantes.

Contudo, também pode-se identificar que a articulação e mobilização de diferentes atores fez com que uma proposta emergisse do debate e fosse aprovada no relatório final, mesmo não vindo de uma etapa municipal para 13.^a Conferência Estadual da Saúde do Estado do Paraná: “Buscar recursos financeiros Federal e Estadual para o atendimento da população fronteiriça e estrangeiros (...)”.

4.4 PROPOSTAS PRELIMINARES DA 17.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE

Eixo 1 – O Brasil que temos. O Brasil que queremos.

Proposta 122: Destinar recursos específicos aos entes federados, visando a construção e fortalecimento das redes de enfrentamento à violência contra as populações estigmatizadas (LGBTQIA+), indígena, quilombola, povos tradicionais de terreiros, imigrantes, população em situação de rua, população de ocupação urbana, pessoas com deficiências e outros), reconhecidas como sujeitos de direito do SUS, com garantia da integralidade do atendimento à saúde, educação permanente de profissionais e popular, serviços por linha de cuidado e que as ações sejam construídas em diálogo constante com a comunidade, movimentos sociais e lideranças dos territórios, fortalecendo as assistência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids, varíola, Monkeypox e outros, com reestruturação e incentivar a atuação das redes de assistência às pessoas em situação de violência, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e Ministério de Direitos Humanos (grifo nosso).

Proposta 453: Garantir a promoção em saúde com equidade, educação permanente para as pessoas profissionais da saúde para oferecer tratamento acolhedor e empático à toda a população, com criação de protocolos e políticas públicas voltadas à população vulnerável e específica tais como populações tradicionais, do campo, floresta, das águas, populações imigrantes, refugiados, apátridas e brasileiros retornados, populações de ocupações urbanas, em situação de rua, privada de liberdade, adolescentes em conflito com a lei, quilombolas, indígenas, ciganos, LGBTQIA+, assentamentos e acampamentos rurais (grifo nosso).

Eixo 2 – Papel do Controle Social e dos Movimentos para salvar vidas

Proposta 22: Garantir as ações, em ambientes presenciais e/ou online, para qualificação em Educação Popular e Educação em Saúde, que permita uma incidência política e controle social, criando ligações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), propostos pela ONU, na Agenda 2030, bem como ampliar ações e estratégias qualificadas e efetivas no enfrentamento da Tuberculose, HIV e Aids e coinfeção TBHIV, garantindo a produção de dados

epidemiológicos, sobre todas as populações vulnerabilizadas e negligenciadas, considerando seus marcadores sociais, em especial: população privada de liberdade (PPL), população em situação de rua (PSR), adolescentes e jovens, pessoas idosos/as, imigrantes, população negra, povos originários e tradicionais e populações trans que vivem e convivem com HIV/Aids e Tuberculose (grifo nosso)

Proposta 85: Promover a articulação entre os conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; com deficiência; em situação de rua; mulheres LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; ribeirinhas; imigrantes e refugiadas; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todo o seu ciclo de vida (grifo nosso).

Proposta 185: Criar uma Gerência de Migração e Saúde no âmbito da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, do Departamento de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com função de implementação e fiscalização da política de saúde da população migrante, articulando com os vários níveis do Ministério da Saúde e produzindo orientações sobre o tema para a rede do SUS. Criação, no âmbito desta gerência, de setor destinado a produzir e ofertar informação sobre a estrutura do funcionamento do SUS a imigrantes e refugiados, atuando na capacitação dos trabalhadores e gestores, na análise de indicadores e na manutenção de Observatório específico sobre o tema (grifo nosso).

Eixo 3 – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a Democracia

Proposta 194: Assegurar que o repasse fundo a fundo efetivado pelo Ministério da Saúde seja realizado com a inclusão de dados de relatórios de imigrantes disponibilizado trimestralmente pela Polícia Federal a autoridade sanitária municipal com base na solicitação de residência realizada por imigrantes (grifo nosso).

Proposta 336: Criar, garantir e financiar centros e ambulatórios (com biossegurança) de acolhimento e cuidado para pessoas afetadas pela Tuberculose e que vivem com HIV/Aids, bem como fortalecer políticas públicas intersetoriais e políticas de rastreio para acesso, identificação, diagnóstico, acesso a novas tecnologias e investimento em pesquisas para tratamento imediato da Tuberculose e do HIV. Garantir a capacitação de profissionais do SUS e SUAS sobre TB/HIV/Aids e acolhimento das pessoas nas suas especificidades como PVHA população LGBTQIA+, adolescentes e jovens, População Negra, quilombola, povos originários, Ciganos, Imigrantes, Pop Rua, População Privada de Liberdade, Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro, Povos e Comunidades Tradicionais, População Idosa, Vítimas de Violência, Gestantes, trabalhadoras e profissionais do sexo, ribeirinhas, atingidas por barragens, PCD entre outras populações vulnerabilizadas e/ou negligenciadas (grifo nosso).

Eixo 4: Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas

Proposta 104: para os CAPS; ampliação das equipes de Atenção Primária incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a formação de profissionais, a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais (mulher, criança, pop negra, indígena, LGBTQIA+, pessoa com deficiência e situação de rua, imigrantes, idosos e trabalhadores)." (grifo nosso)

Proposta 252: Instituir um sistema de proteção e promoção da saúde com a criação de coordenadorias/departamentos voltados para a saúde de populações em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência, LGBTQIA+, imigrantes, refugiados, povos indígenas e comunidades tradicionais, com a inclusão de serviços de saúde integrados e medidas de inclusão social, priorizando essas populações no acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção das 15 categorias profissionais de saúde para o trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS (grifo nosso).

Proposta 261: Estruturar equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, ribeirinha, em situação de rua, povo indígenas, imigrantes, idosos, comunidades tradicionais, LGBTQIAP+, pessoas com deficiência e demais populações), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção das 15 categorias profissionais de saúde, no trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS (grifo nosso)

4.5 PROPOSTAS FINAIS DA 17.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE

Eixo 1 – Brasil que temos. Brasil que queremos.

Proposta 1: Destinar recursos específicos aos entes federados, visando a construção e fortalecimento das redes de enfrentamento à violência contra a populações estigmatizadas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexual (LGBTQIA+), indígena, quilombola, povos tradicionais de terreiros, imigrantes, população em situação de rua, população de ocupação urbana, pessoas com deficiência e outras reconhecidas como sujeitos de direito do SUS, com garantia da integralidade do atendimento à saúde, educação permanente de profissionais e popular, serviços por linha de cuidado e que as ações sejam construídas em diálogo constante com a comunidade, movimentos sociais e lideranças dos territórios, fortalecendo as assistência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS, varíola, monkeypox e outros, com reestruturação, e incentivar a atuação das redes de assistência às pessoas em situação de violência, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e Ministério de Direitos Humanos (grifo nosso).

Eixo 2: O papel do Controle Social e dos Movimentos Sociais para salvar vidas

Proposta 71: Garantir as ações, em ambientes presenciais e/ou online, para qualificação em Educação Popular e Educação em Saúde, que permita uma

incidência política e controle social, criando ligações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), propostos pela ONU, na Agenda 2030, bem como ampliar ações e estratégias qualificadas e efetivas no enfrentamento da tuberculose, HIV e Aids e coinfeção TBHIV, garantindo a produção de dados epidemiológicos, sobre todas as populações vulnerabilizadas e negligenciadas, considerando seus marcadores sociais, em especial: população privada de liberdade, população em situação de rua, adolescentes e jovens, pessoas idosas, imigrantes, população negra, povos originários e tradicionais e populações trans que vivem e convivem com HIV/Aids e Tuberculose (grifo nosso).

Proposta 74: Promover a articulação entre os conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; em situação de rua; mulheres LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; ribeirinhas; imigrantes e refugiadas; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todo o seu ciclo de vida (grifo nosso).

Proposta 133: Criar uma Gerência de Migração e Saúde no âmbito da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, do Departamento de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com função de implementação e fiscalização da política de saúde da população migrante, articulando com os vários níveis do Ministério da Saúde e produzindo orientações sobre o tema para a rede do SUS; criação, no âmbito desta gerência, de setor destinado a produzir e ofertar informação sobre a estrutura do funcionamento do SUS a imigrantes e refugiados, atuando na capacitação das pessoas trabalhadoras e gestoras, na análise de indicadores e na manutenção de Observatório específico sobre o tema (grifo nosso).

Eixo 3 – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a Democracia

Proposta 110: Assegurar que o repasse fundo a fundo efetivado pelo Ministério da Saúde seja realizado com a inclusão de dados de relatórios de imigrante disponibilizados trimestralmente pela Polícia Federal à autoridade sanitária municipal com base na solicitação de residência realizada por imigrantes (grifo nosso).

Proposta 111: Ampliação do acesso aos serviços da rede de proteção à mulher migrante, com respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém-chegadas em regiões e postos de fronteira (como em abrigos e centros de saúde), contemplando a atenção psicossocial.

Eixo 4 – Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas

Proposta 54: Instituir um sistema de proteção e promoção da saúde com a criação de coordenadorias/departamentos voltados para a saúde de populações em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, Pessoas com Deficiência, imigrantes, refugiados, povos indígenas e comunidades tradicionais, com a inclusão de serviços de saúde integrados e medidas de inclusão social, priorizando essas populações no acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção das 15 categorias profissionais de saúde para o trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS (grifo nosso).

Proposta 82: Ampliar e garantir o repasse de recursos financeiros da união, estados e municípios destinados aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todos os níveis de atenção, com: previsão de construção de sedes próprias para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação das equipes de Atenção Básica incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a formação de profissionais, a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais para mulheres, crianças, adolescentes, população negra, indígena, Lésbicas, Gays, Bissexuais,

Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoa com deficiência e situação de rua, imigrantes, entre outros (grifo nosso).

4.6 ANÁLISE DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 17.^a Conferência Nacional de Saúde, trouxe, nos seus mais diversos eixos, propostas que levam à cabo a saúde dos imigrantes no Brasil. Foram ao todo 18 propostas contabilizando as de cunho preliminar e final, dentre as quais, 8 propostas farão parte das próximas políticas nacionais de saúde. Com tais ações, reforça-se a ideia de que as políticas migratórias não dizem respeito apenas às condições de entrada e permanência no país, mas incluem a preocupação para que a população de migrantes tenha acesso às políticas públicas e a programas que atendam suas necessidades específicas (LUSSI, 2015).

Portanto, é importante frisar que tais políticas só trarão algum resultado, caso sejam implementadas, pois o que se vê é que até o momento, simplesmente fazem parte da agenda política, claro, sem descredibilizar o que já se construiu até agora em termos de políticas migratória. A título de exemplo: foi inaugurado em 2018 um Centro de Referência para Migrantes e refugiados nas dependências da Universidade Federal de Roraima, em Boa Vista, financiado pelo ACNUR, voltado especialmente para atender a população venezuelana que chega ao Brasil, prestando serviços de orientação, proteção e integração. A equipe é composta por funcionários das Nações Unidas, da Universidade Federal de Roraima (UFRR), de organizações da sociedade civil e dos governos municipal, estadual e federal. Entre as atividades desenvolvidas estão a oferta de cursos de português e qualificação profissional, inserção no mercado de trabalho por meio de parcerias com empresas locais e atendimento judicial itinerante (UFRR, 2018).

Em janeiro de 2019, também em Boa Vista, o Fundo de População nas Nações Unidas (UNFPA), em conjunto com o ACNUR e o Exército da Salvação inauguraram o Centro de Convivência e Atendimento Psicossocial, um espaço de convívio social destinado a brasileiros, refugiados e migrantes que sofreram violência de gênero ou outras violações de direitos humanos, com o objetivo de ampliar a proteção a refugiados e migrantes e garantir a integração e coexistência pacífica com a

população local. Os serviços disponíveis compreendem assistência social e psicológica, orientação jurídica, oficinas terapêuticas e de habilidades para a vida, além de atividades socioeducativas e tem como público prioritário mulheres, jovens, idosos, pessoas com deficiência e população LGBT em situação de vulnerabilidade social (ACNUR, 2019). O UNFPA e o ACNUR estão também envolvidos na criação do Projeto CARE - Centro de Apoio e Referência. São estes exemplos de efeitos positivos que as políticas trazem quando são pensadas e implementadas em alguma medida.

Uma das propostas que foi inserida no relatório final, e caso seja implementada, terá um efeito positivo, é a ampliação do acesso aos serviços da rede de proteção à mulher migrante, com respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém-chegadas em regiões e postos de fronteira (como em abrigos e centros de saúde), contemplando a atenção psicossocial. No último relatório do Refúgio em Números, 2023 as solicitações de mulheres aumentaram significativamente em relação aos anos anteriores, somando 42,5% de todas as solicitações feitas no período, o que culminou em 30,85% de solicitações aprovadas (CONARE,2023)

Com a intensificação da crise migratória nas últimas décadas temos visto a proliferação de ações das entidades de ajuda humanitária e o endurecimento de políticas que se ocupam do manejo dessa crise. As intervenções desenvolvidas nesse campo se concentram principalmente no âmbito dos cuidados básicos em saúde, educação, alimentação, trabalho, abrigo/moradia, busca e salvamento (PRADO, 2019). A experiência do deslocamento pode ser atravessada por grandes adversidades que vão desde o início do movimento migratório, quando indivíduos, famílias e coletividades deixam seu lugar de residência habitual por uma situação de vida que se encontra insustentável: perda da casa, do trabalho e da comunidade, fome, perseguições, exposição à guerra, morte dos familiares, agressões físicas e sexuais, tortura, aprisionamento. Durante o deslocamento enfrentam também condições extremas que envolvem danos físicos, violência, doenças infecciosas, extorsão, tráfico de pessoas, incerteza quanto ao seu estatuto nos países onde buscam asilo. Refletir sobre a imigração e de alguma medida apresentar respostas a este fenômeno, constituem-se em ações fundamentais para sobrevivência destes grupos de pessoas.

5 CONCLUSÃO

Identificou-se a importância da construção de uma rede de atendimento à população migrante e refugiada, amparada nas leis e acordos internacionais, tecida por diversos setores da sociedade, entre os quais protagonizam governo, agências internacionais, entidades religiosas e organizações não governamentais que vão operando na construção de um aparato que proveja a assistência necessária a este público e sua integração no novo território. As políticas públicas devem ser pensadas com a participação direta dos imigrantes e refugiados, a partir das demandas que apresentam, resguardando direitos básicos para manutenção da vida e livre expressão. Elas devem ainda agir de modo a potencializar a construção de relações interpessoais, focalizando também a população local.

Os olhares sobre o imigrante e o refugiado se pautam, dentro do viés humanitário, nas intensas adversidades que enfrentam, na possível condição de vulnerabilidade e sofrimento que experimentam e na necessidade de acolhimento, bem como, numa perspectiva socioeconômica, nos efeitos que sua chegada e permanência produzem para a dinâmica local e nos recursos que devem ser mobilizados para atendê-los e integrá-los. A migração e o refúgio são experiências políticas, e seu manejo requer atentar-se para os processos de reconhecimento, participação, de reivindicação de direitos, dar visibilidade a uma condição que é efeito da crise, e não a crise em si, e envolvem lutas que objetivam “desmistificar imaginários tipificados em relação aos deslocamentos populacionais, questionando abordagens reducionistas e apontando para o estabelecimento de relações simétricas pautadas no respeito dos direitos humanos” (MARINUCCI, 2016).

Sob a ótica do imigrante, a imigração é uma experiência de dualidades: esperanças e desafios, perdas e ganhos, isolamento e descoberta. A capacidade de encontrar equilíbrio entre manter as próprias raízes culturais e se integrar a uma nova sociedade é um processo contínuo e complexo. As políticas públicas e a atitude da sociedade de acolhimento desempenham papéis cruciais na facilitação ou na dificuldade dessa transição.

A história dos imigrantes é um testemunho da força humana e da capacidade de adaptação em busca de uma vida melhor. É fundamental que os países de acolhimento reconheçam e valorizem essas contribuições, criando ambientes inclusivos e acolhedores para todos.

A imigração no Brasil deve ser vista como uma riqueza e uma oportunidade de crescimento. A história mostra que a diversidade cultural traz benefícios inestimáveis, e é essencial promover um ambiente acolhedor e inclusivo para todos os que escolhem fazer do Brasil o seu lar. A imigração moderna no Brasil apresenta desafios, como a necessidade de políticas de inclusão social, preconceito, acesso a moradias adequadas, processos burocráticos para obtenção de documentos e a garantia de direitos básicos. No entanto, também oferece oportunidades de enriquecimento cultural e fortalecimento econômico, além de contribuir para a diversidade e inovação.

A 13.^a Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná e a 17.^a Conferência Nacional da Saúde, trouxeram à luz debates preponderantes nos seus mais variados eixos, sobre ações de propostas para comunidade de refugiados e imigrantes e se espera à sua emersão como complemento das políticas estaduais e nacionais para a consagração e efetividades dos seus objetivos enquanto propostas. É de suma importância que políticas migratórias já existentes perdurem e as que não de vir se concretizem e dão respostas as demandas atuais.

REFERÊNCIAS

ACNUR.(2019). UNFPA, ACNUR e Exército de Salvação inauguram Centro de Convivência e Atendimento Psicossocial. Disponível em< <https://www.acnur.org/portugues/2019/01/14/unfpa-acnur-e-exercito-de-salvacao-inauguram-centro-de-convivencia-e-atendimento-psicossocial/>> Acesso em: 20 de mai.2024.

ACNUR. Refugiado ou Migrante?. Disponível em: <[Refugiado ou Migrante? O ACNUR incentiva a usar o termo correto – UNHCR ACNUR Brasil](#)> Acesso em: 8 de dez.2023.

ARANTES, C. I. S. et al. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. DO .. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 815–823, 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>, Acesso em 20 de out.de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em:<https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 763, de 26 de junho de 2023. Institui Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de elaborar proposta para estabelecimento da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas. *Diário Oficial da União*, edição 122, Seção 1, 29 de junho de 2023. Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Preliminar da 17.^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS, 2023. Disponível em:< <https://conselho.saude.gov.br/materiais>> Acesso em: 17 de setembro de 2023.

BRASIL. Resolução nº 719 de 17 agosto de 2023, que dispõe as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS, 2023. Disponível em:< [Conselho Nacional de Saúde - RESOLUÇÃO Nº 719, DE 17 DE AGOSTO DE 2023 \(saude.gov.br\)](#)> Acesso em: 25 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Preliminar da 13.^a Conferência Estadual de Saúde do do Paraná. Pinhais: CES/PR, 2023. Disponível em: < [13^a Conferência](#)

Estadual de Saúde do Paraná | Conselho Estadual de Saúde do Paraná (saude.pr.gov.br)> Acesso em: 19 de setembro, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 13.^a Conferência Estadual de Saúde do do Paraná. Pinhais: CES/PR, 2023. Disponível em: < 13^a Conferência Estadual de Saúde do Paraná | Conselho Estadual de Saúde do Paraná (saude.pr.gov.br)> Acesso em: 19 de setembro, 2023.

BRASIL. Lei de Imigração – Lei nº 13.445/2017. Brasília: Planalto, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13445.htmAcesso em: 17 de setembro, 2023.

BRASIL. Lei de Refúgio – Lei nº 9.445/1997. Brasília: Planalto, 1997. Acesso em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm> Acesso em: 17 de setembro, 2023.

BRASIL. Constituição Federal. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>Acesso em: 10 de setembro, 2023.

CAPELLA, A. C. N. Estudos sobre formação da agenda de políticas públicas: um panorama das pesquisas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 6, p. 1498–1512, 2020. DOI: 10.1590/0034-761220200689. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/82398>. Acesso em: 29 maio, 2024.

CAPELLA, A. C. N. *Formulação de Políticas Públicas*. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Brasília, DF: ENAP, 2017.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. D. M.; RODRIGUES, J. F. D. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. D. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

CRISTO, S. C. A. D. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serviço social & sociedade*, São Paulo, n. 109, 2012.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, 2012. CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, 57(5):611-4. 2004.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 15(4): 679-84. 2006.

DAHL, Robert A. *The Concept of Power*. Behavioral Science. Hoboken: Willey, vol. 2, No. 3, p. 201–215, 1957.

Diniz, Simone & José, Ayres & Mesquita, José. *Entre a técnica e os direitos humanos : possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: USP, 2001.

ESCOREL, S. Reconhecer e superar os limites da participação institucionalizada. Muitas vozes, pouco diálogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, out. 2015.

FISCHER, F.; MILLER, G.J; SIDNEY M.F. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods*. New York: Taylor and Francis Press, 2007.

FUKS, M. Definição de agenda, debate público e problemas sociais: uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social. São Paulo: BIB - Revista Brasileira De Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais, (49), 79–94. 2000.

FERRO, L. F.; DITTERICH, R. G.; FERREIRA, J. N. F.; FRANZ, F. L. V.; JACOBOWSKI, R.; LANG, R. M. F.; KHALAF, D. K.; ROSA, F. C.; GUSSO, A. K.; MINCOV, B. M.; BURNAGUI, J. G. *Controle social e conferências de saúde: o que são e como podemos participar para construir a saúde que precisamos*. Curitiba: UFPR, 2021.

HABERMAS, J. *Três modelos normativos de democracia*. São Paulo: Lua Nova, 1995.

JORGE, M. S.; VENTURA, C. A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. *Textos contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 2012.

JUNGER DA SILVA, Gustavo; CAVALCANTI, Leonardo; LEMOS SILVA, Sarah; TONHATI, Tania; LIMA COSTA, Luiz Fernando. *Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Departamento das Migrações*. Brasília, DF: OBMigra, 2023.

KINGDOM, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Longman, 2011.

KLEBA, M. E. *et al.* O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010.

LANDERDHAL, M. C. *et al.* Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

- LASWELL, H.D. Politics: Who Gets What, When, How. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.
- LUSSI, Carmen. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. São Paulo: Psicologia USP, 2015.
- LYNN, L. E. Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear, 1980.
- MITTELBACH, J. C. D. S.; PERNA, P. D. O. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos conselhos de saúde enquanto segmento dos trabalhadores de saúde. *Cogitare enferm*, Curitiba, v. 19, n. 2, 2014.
- MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, jan.2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00068.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994.
- MEAD, L. M. Public Policy: Vision, Potential, Limits”, *Policy Currents*. New York: Newsletter of the Public Policy Section, APSA, 1995.
- PRADO, Marco Aurélio Máximo; ARAUJO, Suzana Almeida. Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo. Disponível em: < [Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia \(bvsalud.org\)](http://bvsalud.org/Políticas_de_atendimento_a_migrantes_e_refugiados_no_Brasil_e_aproximações_da_psicologia)>. Acesso em: 31 de mai.2024.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. DE S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. DE J.. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 139–147, jan. 2013.
- SCHATTSCHNEIDER, Elmer. *The Semi Sovereign People*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960.
- SILVA, A. X. DA; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007.
- SMITH, G. *Democratic innovations: designing institutions for citizen participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- TOFANI, L. F. N.; CARPINTERO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/21.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

UFRR. (2018). Centro de Referência para migrantes e refugiados é inaugurado na UFRR. Recuperado de <<http://ufr.br/ultimas-noticias/4386-centro-de-referencia-para-imigrantes-e-refugiados-em-roraima--e-inauguradona-ufr>> Acesso em: 28 de mai. 2024.

WENDHAUSEN, A; CARDOSO, S. M. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, set/out 2007.

ANEXO 1 – PROPOSTAS FINAL DA 13.^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE/PR

Tema Central: Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia –
Amanhã vai ser outro dia.

EIXO I: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS	
Número Proposta	Compilação das propostas
1	Investir na ampliação das práticas integrativas complementares de tratamento e profissionais capacitados, como terapias e farmácias vivas/orgânicas. Promover o uso racional de medicamentos e reduzir a prescrição, dispensação e uso indiscriminado de medicamentos. Investir em programas de orientação.
3	Ter todas as especialidades médicas no território, ou dar condições de acesso a elas para os usuários do SUS que necessitem. Proporcionar condições no território para atendimentos de saúde mental, e recursos para este atendimento como a implantação de ambulatório ou CAPS. Implantação de sala de partos e condições para cirurgias de pequeno porte em municípios com menos de 15 mil habitantes. E ainda condições de trabalho, carreira e salários dignos aos trabalhadores da saúde em todos os níveis e categorias.
8	Formação de Políticas Públicas para o autismo; formação de equipe multidisciplinar especializada, com profissionais das áreas de Pediatria, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Psicopedagogia, Psicomotricidade e Serviço Social para atendimento de crianças com diagnóstico de TEA; implementação de Terapias ABA (Terapia Aplicada de Comportamento) para o atendimento de pessoas com autismo.
45	Promover no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) o fortalecimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando a necessidade e a realidade de cada localidade, ampliando e destinando REPASSE FINANCEIRO (incentivo) aos municípios, para que os municípios possam implementar e fortalecer os programas de Atenção Primária em Saúde (APS), com fiscalização da utilização do recurso pelo Estado, para implantação de políticas públicas por meio de campanhas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), incentivo do bem-estar por meio de exercício físico e meios de locomoção saudáveis, ampliação do horário de atendimento das UBS, além da capacitação de equipes para atendimentos dos Programas, como por exemplo, o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), ESF, primando pelo tratamento preventivo da saúde da população. Ampliar e implantar leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, observando a Lei nº10.216/2001 e Portarias Ministeriais nº 148, de 31 de janeiro de 2002 e 3088, de 23 de dezembro de 2011, com a disponibilização / construção de mais hospitais Psiquiátricos, além de ampliar as equipes multidisciplinares e os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS nos municípios.
56	Clínica para reabilitação de dependência química com atendimento sensibilizador para população LGBTQIA+, atendendo cada especificidade. Esclarecimento: pelo fato de já termos perdido usuária, a qual nos procurou, e buscamos local, porém sem sucesso em nossos encaminhamentos, pois não havia entidade que a reconhecesse como demanda em seus atendimentos. Sendo assim a mesma retornou para Cracolândia, onde morreu assassinada.

83	<p>Promover ações de educação permanente aos Conselheiros Municipais de Saúde quanto a estrutura e funcionamento do SUS, princípios e diretrizes e compreensão ampliada de saúde; o seu papel dentro do conselho, e atuar de forma coerente com as finalidades a que se propõe; realizar capacitações bimestrais para os membros do Conselho Municipal de Saúde, e cobrar que estes realizem palestras e capacitem a população para que haja um melhor entendimento do papel da comunidade, na construção e manutenção do sistema de saúde que queremos; de forma a realizar a fiscalização do cumprimento da legislação vigente e garantir o acesso de toda a população ao serviço de saúde.</p>
----	---

EIXO I: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS	
Número proposta	Compilação das propostas
96	Proporcionar um plano de cuidado voltado a saúde mental dos trabalhadores da saúde em nível estadual.
165	Ampliação das especialidades em quantidade e diversidade no município, com foco em psicologia, psiquiatria com disponibilização de Neuropediatra na rede municipal de saúde (como nas APAEs).
167	Garantir equipe mínima de saúde (médico, enfermeiro técnico de enfermagem, zelador, atendente) no horário de atendimento estendido para os distritos.
197	Incentivo estadual para implantação de CAPS AD para atendimento em Pérola a nível de consórcio entre os municípios da região.
199	Convênio com incentivo estadual para a região da 12ª Regional de Saúde, para casas de acolhimento a pacientes psiquiátricos que apresentam outras comorbidades e não possuem famílias.
229	Requerer junto ao Estado capacitação aos trabalhadores de saúde, bem como, referenciado para atendimento da pessoa com espectro autista.
275	Um melhor atendimento a carceragem local junto a UBS. Que o estado amplie os recursos junto ao município para que se faça convênios junto a comunidades terapêuticas.
289	Garantir e ampliar o Programa Médicos para Brasil, com co-financiamento por parte do Estado, com a possibilidade de contratação de equipe multiprofissional (enfermeiro, dentista, fisioterapeuta, psicólogo e outros).
290	Que os municípios de Pequeno Porte tenham autonomia quanto a utilização dos recursos financeiros vindos do Estado e gastem conforme necessidade do município e não conformedeterminação do Estado, respeitando as leis e aprovação do Conselho Municipal de Saúde e Regional de Saúde mediante Projeto de Aplicação.
292	Que o Estado do Paraná implante/contratualize Serviço de referência em Neuropediatria na Macroeste.
308	Inclusão de exames laboratoriais ofertados pelo SUS, como exemplo PSA livre, sorologia para Dengue, entre outros.
310	Garantia da Integralidade nos tratamentos oftalmológicos (hospitais que ofertam vagas não são cadastrados para fornecimento dos colírios). Colírios no SISMEDEX.
311	Procedimento padrão mais simples para realização de laqueaduras.
313	Verificar a possibilidade de agilizar a autorização de exames, concentrando a liberação em um único local (UBS's), inclusive os exames de alta complexidade.
322	Realiza estudo para verificar viabilidade da implementação de projeto piloto de práticas alternativas Horta Comunitária da UBS Cem Casas para as demais unidades básicas de saúde.
324	Criação de uma coordenação específica exclusiva para os agentes de saúde.
325	Garantir mais um técnico de segurança do trabalho e um engenheiro na vaga de concurso público para a saúde do trabalhador, da vigilância em saúde.
326	Estabelecer fluxo de contra referência hospitalar na alta dos pacientes do IDF para a Atenção Primária.
328	Garantir atendimento com equidade. Elaborar critérios para visitas domiciliares com capacitação da equipe, e PSF mais atuante com equipe multidisciplinar; realizar reuniões na Câmara onde será repassado e orientado o Legislativo.
330	Valorização da classe de enfermagem; Orientação com grupos de apoio para todas as faixas etárias. Ex.: autismo, usuários de droga e álcool.

335	Resolver o problema de atendimentos, procedimentos e cirurgias com especialidades (ortopedia, mastologia, odontologia e cirurgião pediatra).
-----	--

EIXO I: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS	
Número Proposta	Compilação das propostas
337	Facilitar a regulação por SAMU, pois não há mais leitos nos municípios e existe dificuldades quando o paciente é internado fora da regional de saúde.

Eixo II: O papel do Controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas	
Número proposta	Compilação das propostas
3	Fortalecer o direito humano do acesso equânime as políticas públicas de saúde (População negra; Quilombolas; Indígenas; Ribeirinhos; Pessoas em situação de rua; Refugiados; Ciganos; Moradores de favela e periferia; Pessoas que vivem com HIV/Aids; Pessoas com deficiência; Pessoas privadas de liberdade e Jovens em medidas socioeducativas; Pessoas inseridas em comunidades terapêuticas e nos espaços de saúde mental; Trabalhadores informais, como catadores de materiais recicláveis, artesãos, camelôs e profissionais do sexo, LGBTQIA+, pessoas do movimento sem terra).
4	Valorização das equipes da Atenção Básica, evitando a rotatividade por meio de concurso com a garantia do financiamento para as equipes completas, estruturas físicas, equipamentos e a vinculação com o território, para aumentar a resolutividade e fortalecer o elo entre trabalhadores e usuários do SUS.
7	Implantar educação continuada em saúde para profissionais de saúde, incluindo saúde mental.
9	Apoiar por meio do investimento financeiro do Governo do Estado ao Controle Social dos Conselhos Municipais de Saúde, para estrutura e independência financeira (não mais dependendo das Secretarias Municipais de Saúde) para formação, qualificação e aquisição de equipamentos e desenvolvimento de ações de prevenção e promoção a saúde junto a suas comunidades em parceria com as entidades legalmente constituídas do terceiro setor.
36	O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas: Incentivar a comunidade, mediante ações educativas, para a adoção de condutas que visem o descarte ambientalmente adequado de resíduos sólidos urbanos visando à diminuição de focos para a proliferação de vetores e o risco de enchentes e inundações. Fortalecer as estratégias de educação em saúde dirigidas à população de catadores de materiais recicláveis que atuam em áreas prioritárias de enfrentamento da leptospirose, por meio de parcerias com líderes comunitários, escolas entre outros equipamentos públicos, com intuito de aumentar a conscientização quanto ao uso de EPIs, os cuidados com o ambiente, reconhecimento dos principais sintomas da doença e busca precoce de atendimento. Criar programas de capacitação para conselheiros de saúde e lideranças da comunidade, com utilização de novas metodologias e de recursos tecnológicos que facilitem a participação dos conselheiros de saúde, municipais, distritais e locais e demais cidadãos.
46	E, aos Conselhos Locais de Saúde (movimentos sociais, associações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Igrejas), fortalecendo suas estruturas e ampliando seu funcionamento e apoio junto à comunidade, descentralizando e fortalecendo a parceria com o SUS, também proporcionando auxílio ao deslocamento para participações em reuniões dos Conselhos de Saúde.
70	Viabilizar orçamento “recursos financeiros” para que a Secretaria Estadual de Saúde possa promover e intensificar ações de controle social, (aquisição de estruturação, equipamentos, ao Conselho Municipal local) para formação qualificação dos conselheiros municipal.

74	Implementação de programas de saúde mental voltados para o envolvimento da comunidade em projetos que aproximem a população das ações e da compreensão das necessidades em saúde no âmbito biopsicossocial, (...)
----	---

Eixo II: O papel do Controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas	
Número Proposta	Compilação das propostas
	Centros de pesquisa e atendimento as pessoas LGBTQ1A+ para regiões de saúde, atualmente contratado no CPATT em Curitiba.
102	Implementar o Projeto “Mente Cidadã” para promoção da saúde mental. (Atendimento da equipe psiquiatra, psicóloga e etc.).
104	Rever as questões relacionadas à saúde da mulher, melhora na agilidade em relação ao tempo de espera pelo resultado do exame de cito patológico, aumento de cotas mensais de exames como mamografia, bem como redução para 30 anos a idade para fazer mamografia.
105	Aumentar serviços de especialidades, IML regional, residência terapêutica regional, UTI neonatal, construção de CAPS regional e terapeuta ocupacional.
172	Fortalecimento e incentivo financeiro e capacitação para os profissionais de saúde, para que sejam implantados os tratamentos alternativos como fisioterápicos.

Eixo III: garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	
Número proposta	Compilação das propostas
1	Programa Permanente em Saúde Animal — manejo populacional de cães e gatos com vacinação, desverminação, controle de ectoparasitas, controle populacional, fiscalização de maus-tratos e educação em guarda responsável.
21	Ampliação na liberação de vagas para consultas com especialidades.
38	Implantar um Centro Especialidade Odontológicas (CEO) que atenda a 22ª Regional de Saúde.
49	Implantar conselho vigente de álcool e drogas; aumentar investimento para a contratação, através de concurso público, para profissionais de saúde; realizar concurso público ou PSS (ACS e ACE) para preenchimento das vagas de profissionais de saúde; manter acesso a consultas e exames especializados no COMESP.
85	Liberar mais verbas para qualificação dos profissionais de saúde médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACSs, ACEs, odontologia, fisioterapeuta e nutricionista, para treinamentos e oficinas; Recursos para criar uma Clínica para atendimentos aos pacientes com autismo.
88	Implantar mais comunidades terapêuticas femininas que dispõe de equipe mínima multiprofissional e ampliar as vagas em unidade de acolhimento adulto regionalizado juntamente com criação de um serviço de pequeno porte para atendimento psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico em município de pequeno porte que não comporta o CAPS pelo SUS.
118	Recursos financeiros para equipe multidisciplinar especializado para crianças com necessidades especiais como: TEA TDH e TOD.
125	Apoio financeiro ao consócio CISAMUSEP referente ao aumento de oferta das especialidades conforme necessidade dos municípios.
127	Garantir custeio do consócio CISAMUSEP entre o governo federal, estadual e municipal em 33% cada ente federado; Criação de grupo com repasse financeiro estadual/federal para atendimento a família de usuário de drogas e alcoolismo
130	Fortalecer os serviços médico—hospitalares em oftalmologia dentro da Macro Noroeste, em especial as cirurgias de catarata, com a contratualização de novos prestadores para preencher os vazios assistenciais, através da discussão no espaço da CIR — Comissão Intergestores Regional da 15ª Regional de Saúde.
131	Aumento de repasse financeiro; oferecer cursos de qualificação.

Eixo III: garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	
Número proposta	Compilação das propostas
132	Rever apoio financeiro de hipertensos e diabéticos, com renovação de receitas e entrega de medicações.
133	Implantar um programa de promoção e prevenção em saúde do homem, ampliando os horários de atendimento médico na Unidade Básica de Saúde para homens trabalhadores.
135	Regionalização do atendimento ao paciente com Síndrome Pós Poliomielite; Revisão e ampliação do teto financeiro do Programa QUALICIS (Qualificação do Consórcio Intermunicipal de Saúde); Garantir e financiar o atendimento multiprofissional e de estimulação (fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, fisioterapia e outros) a toda criança e adolescente com Síndrome de Down e outras deficiências, mesmo não matriculadas na escola da APAE (desvinculação do atendimento em saúde do atendimento educacional).
142	Valorização dos profissionais de Saúde com plano de cargos e carreiras e que seja revista a decisão do STF que barrou o piso nacional para os profissionais de enfermagem.
143	Aumentar de investimento na Capacitação dos profissionais da rede básica de saúde com contratação de servidores concursados para primeiro atendimento nas unidades básicas de saúde.
161	Criar um consórcio com outros municípios da 20ª regional de saúde, para a implantação de CAPS Regional para atendimentos em Saúde Mental.
164	Buscar estratégia para revogação da PEC 241, que congela por 20 anos os gastos com Saúde.
168	Capacitação para todos os trabalhadores de saúde sobre Prontuário Eletrônico e também sobre violências entre outros agravos, para melhor acolhimento e acompanhamento e encaminhamento dos usuários; Organizar os grupos de atendimento sobre prevenção e promoção de saúde para saúde mental, idoso e etc. para acompanhamento por equipe multiprofissional para atendimento integral do paciente com o apoio da gestão e demais autoridades; Apoio da gestão para implementação do Planifica SUS com coordenador de equipe; Ampliar recursos para o consorcio (atendimento especializado).
171	Criar um Ambulatório Hospitalar ou uma referência estadual de apoio ao diagnóstico, manejo e tratamento de pacientes com tuberculose.
174	Fortalecimento dos HPP (Hospital de Pequeno Porte) na reorganização dos valores vinculados a esses serviços e financiamento para os serviços de qualidade; Fortalecimento, implantação e implementação das linhas de cuidado na APS, através de apoio financeiro, técnico e administrativo.
175	Implantar a RAPS (rede de atenção psicossocial) na área da 22ª (vigésima segunda) regional de saúde em especial aos municípios de pequeno porte com instalação de todos os pontos de atenção (CAPS1, CAPS-AD, CAPS3, CAPS-IJ) com financiamento e apoio técnico do estado na implantação dos serviços da rede de saúde mental.
176	Incluir na linha de cuidado da Pessoa com deficiência no QualiCIS uma equipe multidisciplinar com profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, para fazer matriciamento nos municípios e atendimento dos pacientes da região, garantindo seu financiamento; agilizar, por parte do Estado, os resultados do Teste Elisa para dengue, a fim de proporcionar as ações de vigilância em saúde em tempo oportuno (15 dias).
178	Facilitar o acesso a leitos de Saúde Mental.
179	Solicitar alteração da forma de repasses estaduais garantindo abertura para que os municípios utilizem conforme suas necessidades, seguindo os princípios da equidade, pois os recursos vêm de forma engessada.
180	Resolução do problema das águas nas comunidades com foco principal nas UBS, com laboratório Estadual para análise de agrotóxicos nas águas.

Eixo IV: Amanhã será um outro dia para todas as pessoas	
Número proposta	Compilação das propostas
30	Autonomia da primeira regional de saúde com gestão plena dos recursos financeiros da atenção secundário e terciária (diagnóstico e tratamento).
99	Criação de mecanismos de esclarecimento e uso da Saúde Pública, visto que não temos nenhum parâmetro para o uso consciente da Saúde pública.
104	Auxílio financeiro para hospedagem em Cascavel para pacientes em tratamento de câncer.
109	Garantir no mínimo 300 AIH's/mensais para o hospital regional do município 220 de Toledo-PR.
110	O Estado através da regional de saúde contrate auditoria para fiscalização das pactuações de AIHs de Cirurgias Eletivas pelos prestadores hospitalares para que cumpram a cota pactuada mensalmente com os municípios da 20ª Regional de Saúde.
117	Solicitar ao estado a implantação de telemedicina: teleatendimento, teleregulação e telesaúde.
118	Ampliar o cofinanciamento estadual do Programa HOSPSUS em no mínimo 80% sobre o valor atual, pactuando de acordo com a necessidade regional a rede de atenção à saúde no cuidado materno infantil e ampliação do Programa HOSPSUS, com a criação de uma estratégia de qualificação permanente dos hospitais que fazem parte a rede de atenção à saúde, certificando e incentivando financeiramente os hospitais que mais atenderem aos critérios de qualidade.
120	Solicitar alteração da forma de repasses estaduais garantindo abertura para que os municípios utilizem conforme suas necessidades, seguindo os princípios da equidade, pois os recursos vêm de forma engessada.
124	Implantação do Ambulatório de Feridas no município de Colombo, ofertando o serviço de curativos especiais e contemplando o serviço de Estomaterapia - feridas, estomas e incontinências.
126	Viabilização de recursos para implantação e custeio de uma clínica de hemodiálise em Laranjeiras do Sul para atendimento de pacientes da microrregião.
127	Implantação de uma regional de saúde na região de Cantuquiriguaçu.
128	Criação de um Centro de Hemodiálise na microrregião de Laranjeiras do Sul.
131	Promover educação continuada e permanente para as equipes de saúde sobre abordagens efetivas de apoio aos usuários para adoção de comportamentos saudáveis, capacitando sobre acolhimento as comunidades que necessitam ser atendidas na sua especificidade, como LGBTQIA+, população negra, Indígenas, ciganos, imigrantes, população em situação de rua, população idosa, atendimento à população vítima de violências, também sobre práticas integrativas e complementares (PICS) e acompanhamento pós COVID, fortalecendo a equipe multiprofissional, além dos serviços das ações intersetoriais e das parcerias com os órgãos competentes, ONGS e coletivos sociais.
134	Reajuste do financiamento Federal de construção, incentivo e custeio dos serviços que compõe a Rede da Pessoa com Deficiência - PcD, como: CER II, CER III, e CER IV, os quais não são reajustados desde 2012.
136	Apoio a educação e os técnicos do SUS nas APAE's.

EIXO I: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS	
Número proposta	Compilação das propostas
1	Aumento da verba destinada a saúde, melhorar a fiscalização e flexibilizar a utilização de verbas disponíveis de repasses federais;
2	Revogar a Emenda Constitucional Nº 095/2016, a qual congela os gastos públicos em saúde por 20 anos.
3	Revisar, reajustar e reformular a tabela SUS (SIGTAP) com ajustes financeiro e incremento de incentivo financeiro para custear diagnósticos e tratamentos. Aumentar os repasses e disponibilizar os recursos de acordo com a realidade de cada região/município.
4	Requerer ao Estado Federativo que realize atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, inclusão de Componentes da Assistência Farmacêutica, bem como a ampliação da RENAME, garantindo aumento de medicamentos de todos os tipos, para tratamento dos pacientes.
5	Reimplantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família — NASF, com a finalidade de ser garantido o “apoio matricial” técnico-pedagógico complementar ao processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família, estas consideradas como “equipes de referência” da Atenção Primária a Saúde — APS, assim como suporte assistencial de ação clínica específica aos usuários, mediante a atuação de equipes compostas por multiprofissionais de diferentes áreas de conhecimento, promovendo uma intervenção interdisciplinar através do atendimento compartilhado e responsabilidades mútuas, mediante estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, com troca de saberes gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos, desta forma aprimorando a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da Atenção Primária em Saúde, como conseqüentemente do atendimento à Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Política Nacional da Saúde Mental, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Política Nacional de Assistência Social, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e Política Nacional de Humanização — HumanizaSUS.
6	Revogar os itens da Portaria 2.979/2019 e outras legislações relacionadas que acabaram com a garantia da oferta e manutenção das equipes multiprofissional na APS e NASF, com retomada de fomento financeiro, construindo um modelo de financiamento per capita que reflita a real quantidade populacional do território.
7	Cumprir aos percentuais legais de investimentos orçamentários de todas as esferas do Poder Público, quais sejam, Federal, Estadual e Municipal, sendo que a União deverá investir no mínimo 10% da Receita Corrente Bruta, Estados 12% de sua Receita e Município 15% de sua receita.
8	Promover reajuste da tabela SUS, vinculando a tabela SUS a um índice de correção anual, diminuindo a defasagem dos valores pagos, ampliando o interesse dos prestadores de serviços especializados, bem como solicitar que o Ministério Público e Tribunal de Contas não consideram os profissionais do atendimento básico para a contabilização no índice de folha.

EIXO I: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS	
Número proposta	Compilação das propostas
9	Implantação do piso salarial Nacional dos trabalhadores, plano de cargos e carreiras e outros direitos trabalhistas, na perspectiva de combater a precarização de salários.
10	Requerer junto ao Estado/MS a ampliação da faixa etária para realização de mamografias em mulheres de 40 a 80 anos.
11	Fortalecer, nos três níveis de governo, programas de atenção à saúde para as pessoas com deficiência, com base no modelo proposto pela OMS, que seja consistente e inclusivo, garantindo aos cidadãos de todas as faixas etárias e tipos de deficiência e equidade e o real acesso aos serviços de reabilitação e assistência.
12	Valorização das equipes da Atenção Básica, evitando a rotatividade por meio de concurso com a garantia do financiamento para as equipes completas, estruturas físicas, equipamentos e a vinculação com o território, para aumentar a resolutividade e fortalecer o elo entre trabalhadores e usuários do SUS.
13	Promover o qualificação e integração dos dados em saúde, mediante a efetiva integração entre os sistemas de informação do Ministério da Saúde, investindo em sistemas mais modernos, que se comuniquem entre si e que possibilitem análise epidemiológica adequada e rápida e investir na criação de prontuário eletrônico único, a fim de unificar os dados do paciente em todo o território nacional.
14	Ampliar recursos financeiros para mais atendimentos e exames especializados (neurologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, equipe multiprofissional) para pessoas com deficiência.
15	Aumento do custeio para a realização de exames laboratoriais e de imagens (para que sejam realizados no município e com maior celeridade) e maior custeio do transporte sanitário de pacientes, Assistência Farmacêutica Municipal, Saúde Mental Municipal, Saúde Bucal Municipal, Estratégia de Saúde da Família, revisão do Teto de custeio do SAMU em 60%, além do aumento do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) de São José dos Pinhais, pois aplicação de recursos em saúde não é gasto; mas, sim, investimento.
16	Fortalecer o Programa Brasil Sorridente com maior financiamento federal para sua reestruturação.
17	Reajuste do financiamento Federal de incentivo e custeio, dos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial — RAPS, como: CAPS, CAPS II, CAPS I, CAPS III, UA, Serviço Residencial Terapêutico, Equipe de Consultório na Rua, Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, os quais não são reajustados desde 2011.
18	Reajuste do financiamento Federal de construção, incentivo e custeio dos serviços que compõe a Rede da Pessoa com Deficiência - PcD, como: CER II, CER III, e CER IV, os quais não são reajustados desde 2012.
19	Criação de incentivo financeiro Federal na APS para contratação de Equipe Multiprofissional, através de Ações Estratégicas, com o objetivo de atender a grande demanda de usuários crônicos da APS. Os profissionais poderiam ser: Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, Educador Físico, Farmacêutico Clínico, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional.
20	Garantia da carreira do profissional de saúde do SUS. Bem como, seu financiamento.
21	Criação de um centro de referência para atendimento integral especializado para crianças com autismo e transtornos mentais.
22	Criação do Projeto da Rede de Apoio e Atenção à Saúde da Pessoa Transgênera, estendido a família.
23	Aprimorar os instrumentos de Divulgação do Serviço de Ouvidoria do Ministério da Saúde.
24	Atendimento móvel para a população rural.

EIXO I: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS	
Número proposta	Compilação das propostas
25	Construção de mais unidades de saúde para atender a população urbana.
26	Centro de convivência do idoso durante o dia (creche de idosos).
27	Emenda parlamentar Federal e Estadual para incentivo hospitalar que atendem municípios de fronteira, diretamente ao Prestador Hospitalar; Ex: hospital de Dionísio Cerqueira atende Município de Barracão-PR.
28	Revisão do programa Farmácia Popular Federal. O programa nas farmácias particulares libera a entrega da medicação para 30 dias e após exatamente 30 dias que o paciente poderá retirar novamente. O que acarreta em muitos pacientes do interior, nos finais de semana, por alguns dias sem medicação. Se vem um dia antes o sistema não libera a medicação. Ideias: entrega para dois meses e não mensal com dia estabelecido pelo sistema. Também a medicação não é entregue conforme a receita médica na totalidade.
29	Ampliação da meta quantitativa de procedimentos junto ao Prestador de Saúde APAE, ampliando o Recurso Financeiro repassado pelo Ministério da Saúde.
30	Reestruturar a equipe que compõe equipe de atenção básica de saúde da família com inclusão de: nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e farmacêutico.
31	Aumentar o investimento em saúde por parte da União. Aumento através do CONSUD a oferta de órtese e próteses.
32	Reduzir impostos de equipamentos e insumos quando forem adquiridos pelo SUS.
33	Incluir pelo CONITEC nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de medicamentos para câncer metastático através do SUS, que através dos estudos internacionais e relatos nacionais de pacientes, comprovadamente proporcionam prolongamento de vida com qualidade.
34	Revisar o teto financeiro do serviço de reabilitação intelectual.
35	Aprovação dos processos judiciais para a aquisição dos medicamentos não dispensados pelo SUS.
36	Discutir financiamento nas esferas Federal e Estadual quanto aos financiamentos dos programas dos CAPS I, SAMU, APAE, Atenção à Saúde. Discussão com gestores municipais, com parlamentares e SESA.
37	Flexibilidade para aplicação de recursos financeiros recebidos da Esfera Nacional destinada a saúde.
38	Pleitear maior número de médicos no Programa Mais Médicos para municípios de fronteira.

EIXO II: O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA SALVAR VIDAS	
Número proposta	Compilação das propostas
1	Criar mecanismo de transparência para dar visibilidade a aplicação de recursos provenientes de Emendas parlamentares destinadas a área da saúde, de modo que os conselhos de saúde aprovelem e monitorem os recursos recebidos.
2	Reformulação do sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) para que os conselhos de saúde possam inserir documentos como resoluções, atas/listas de presenças, moções, pareceres, instrumentos de gestão etc., e estes fiquem disponíveis ao público: a iniciativa atenderia ao princípio da transparência na administração pública.
3	Atualizar a resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), especificando por segmentos quais entidades poderão compor os conselhos de saúde, de forma clara para que todos tenham entendimento da legislação.

EIXO III: GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA	
Número proposta	Compilação das propostas
1	Reajustar a tabela de valores do SUS e atualização de itens.
2	Viabilizar Hospital Universitário (parceria da Universidade Federal da Fronteira Sul) ROTARY e Associação amigos da Saúde de Realeza.
3	Capacitação dos Conselheiros sobre as atividades de controle social e capacitação continuada para os profissionais da saúde.
4	Ampliar recursos e profissionais na área da terapia alternativa.
5	Ampliação das especialidades na área da saúde mental e neurológica (adulto e pediátrica).
6	Ampliação da faixa etária e de novos grupos prioritários no início da campanha da vacina contra influenza e evitar a prorrogação de fases, agilizando a imunização da população.
7	Solicitar ao governo federal o retorno da verba do programa farmácia popular, para que o SUS realize as compras dos medicamentos que abrangem o programa para pacientes hipertensos e diabéticos, facilitando assim o acompanhamento e o cuidado estes pacientes.
8	Reestruturar a equipe que compõe equipe de atenção básica de saúde da família com inclusão de: nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e farmacêutico.
9	Criação de programas ou estratégias que permitam o acesso em horários estendidos as equipes de saúde da família – ESF, inclusive para municípios de pequeno porte, com garantia de financiamento.
10	Implantação de serviços de centro de especialidades odontológicas que atendam os municípios de pequeno porte no nível secundário, através de estratégias de regionalização;
11	Aperfeiçoamento do sistema e-sus de forma que o acesso aos prontuários seja universal.
12	Corrigir o financiamento da assistência farmacêutica conforme os índices inflacionários propiciando a ampliação das farmácias nos municípios.
13	Programa para atendimento a pessoas autistas.
14	Garantir o atendimento suficiente a demanda apresentada no SUS, compatível com as necessidades de cada território.
15	Priorizar as ações preventivas na Atenção Básica do SUS o qual proporciona menos gastos com a alta complexidade.
16	Acesso, atenção e atendimento integral aos grupos prioritários sendo eles, idosos, gestantes, crianças, portadores de necessidades especiais e doenças crônicas.
17	Acesso, atenção e atendimento integral as famílias em risco social e de saúde.
18	Realização de parcerias públicas e privadas entre o Estado e União, visando uma contrapartida maior para contratações de prestadores de serviços, com objetivo da ampliação dos serviços no SUS;
19	Inserir à instituição como porta de entrada nas UBS/ESF criando vagas para os atendimentos dos serviços das instituições no próprio do SUS – SISREG, criando fluxo de encaminhamento e controle. Desenvolvimento de Fluxograma e Protocolo.
20	Combate a <i>fake news</i> relacionado a vacina (acesso a informação a medicina baseada em evidências).
21	Garantir que os três níveis do governo realizem campanhas sobre saúde mental, produzam material informativo e educativo, financiem eventos anuais nas datas importantes sobre a história da saúde mental com o objetivo de esclarecer e sensibilizar a população sobre sofrimento psíquico, uso/abuso de álcool e outras drogas, visando combater o preconceito e possibilitar a inserção e inclusão das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade.
22	Implantar a Política Nacional de Cuidados Paliativos com capacitação para as equipes de saúde e familiares, bem como o financiamento para o desenvolvimento das ações, como (...)

EIXO III: GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA	
Número proposta	Compilação das propostas
	Atendimento domiciliar de equipe multidisciplinar e insumos como fralda, oxigênio, suplemento alimentar.
23	Garantir financiamento para equiparação salarial de técnicos de saúde bucal e vigilânciasanitária.
24	Que o governo federal invista na divulgação e conscientização da importância da vacinação principalmente para os profissionais de saúde.
25	Revisão da política nacional da atenção básica, quanto ao critério populacional por equipe, visando diminuir o número da população adstrita por equipe, aumentando a qualidade de atendimento. E aumentar o número e diversidade de categoria profissional da equipe.
26	Campanhas e ações voltadas a prevenção das ISTS.
27	Pleitear recursos federal/estadual para custeio de transporte, alimentação e hospedagem de pacientes e acompanhantes para tratamento fora do domicílio.
28	Pleitear junto o Estado/MS a revisão para os indicadores de cobertura do exame citopatológico, sendo coletado anualmente.
29	Incentivo financeiro para a promoção da saúde na população imigrante (Haitianos).
30	Garantir o financiamento para implantação das políticas públicas no cuidado de todas as pessoas acometidas de sofrimento psíquico, dependência química, transtornos neurológicos, indígenas, dos idosos, das mulheres vítimas de violência e LGBTQIAP+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, quer, intersexuais, assexuais, pansexuais).
31	Integração de um sistema informatizado de prontuário único que englobe a rede de atenção básica, especializada e hospitalar facilitando o acesso ao histórico do paciente em qualquer unidade de saúde em que o mesmo procure atendimento, tendo em vista as ferramentas disponíveis no momento.
32	Fortalecer as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) com relação a atenção à saúde do trabalhador.
33	Atualização das ferramentas de pesquisa de dados, tanet e tabwin — DATASUS, para facilitar a utilização.
34	Implantar, implementar e fortalecer ações, programas e projetos voltados para a pessoa idosa nos instrumentos de gestão e Fortalecimento da estratégia e saúde das famílias investindo em capacitação permanente em saúde e na reorganização do processo de trabalho por meio da implementação de mecanismos de cobrança de desempenho e melhor fiscalização da efetividade do serviço.
35	Diminuir produtos químicos nos cigarros e bebidas alcoólicas.
36	Revisar as regras de repasse de incremento do PAP (Piso da Atenção Primária), de modo que todos os municípios possam receber um percentual, mesmo sem indicação dos parlamentares, que o gestor municipal da saúde tenha autonomia para aplicar o recurso na atenção básica alinhando com seu Plano Municipal de Saúde conforme necessidade, acabando com o “orçamento secreto.
37	Revisar as regras do repasse do incremento do MAC recursos destinados a média e alta complexidade, possibilitando que os municípios que prestam tais serviços possam receber mesmo sem indicação dos parlamentares um percentual dos recursos proporcional ao número de atendimentos creditado como incremento MAC, e assim o gestor municipal da saúde tenha autonomia para dar sequência na indicação do objeto considerando as necessidades do Planejamento Regional Integrado — PRI.
38	Elaboração de centro de acompanhamento psicossocial, para desenvolver ações de continuidade a nível psicológico (CAPS para municípios de pequeno porte).

EIXO IV: AMANHÃ SERÁ UM OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS	
Número proposta	Compilação das propostas
1	Prever em nível estadual e federal financiamento para redes da pessoa com deficiência (visual, motora, auditiva, intelectual/autismo).
2	Garantir que o ministério de saúde e as secretarias estadual e municipal de saúde fortaleçam o sistema nacional de auditoria (SNA) do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da criação de uma política nacional do SUS (PNAS), conforme deliberado na 13ª conferência nacional de saúde.
3	Criação de lei que oriente a destinação exclusiva de recursos ao campo da saúde mental, buscando garantir assim uma expansão da oferta de atendimento psicológico à população nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente os efeitos da pandemia da Covid—19.
4	Criação de uma linha de cuidados, com financiamento específico, para tratamento de pacientes sequelados (temporais e crônicas) por consequência do contágio do vírus da Covid—19.
5	Aumentar o financiamento de procedimentos, exames e cirurgias eletivas e reajustar as tabelas de exames e cirurgias, de acordo com a necessidade de cada estado.
6	Implantar novas políticas públicas relacionadas a Saúde Mental — Distúrbios Neurológicos (TDH e autismo), etc.
7	Rever estratégia por microrregião, sobre a implantação de CAPS por demanda e não por número de habitantes.
8	Implementar atendimento integral com equipe multiprofissional capacitada à pessoa com Transtorno do Espectro Autista e sua família, bem como prover estratégias para a implementação de ações intersetoriais no que tange à temática, garantindo o financiamento compatível pelo ente Estadual e Federal.
9	Apoio da União e Estado para implementação e atualização de protocolos de acesso à medicamentos, inclusive de alto custo, considerando aspectos clínicos e condições financeiras do paciente, com garantia de financiamento adequado.
10	Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, tais como: cirurgias eletivas (com fortalecimento dos mecanismos de transparência nas filas de espera), oxigenoterapia domiciliar, consultas com especialistas nas diferentes linhas de cuidado (reabertura do SIAPS); com garantia de financiamento equitativo tripartite.
11	Revogar o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde denominado Programa Previne Brasil, pois o pagamento por desempenho não pode ser visto somente como uma metodologia quantitativa, pois fere os princípios dos SUS e não promove ativamente a saúde. Implantar modalidade de financiamento que incentive e financie o cuidado centrado no território e nas equipes da ESF, inclusive com as equipes multiprofissionais e retomar um modelo de financiamento per capita que reflita a real quantidade populacional do território e aumentar o incentivo financeiro nacional da Atenção Primária à saúde.
12	
13	Revogação da lei federal complementar 173/2020 que trata da paralisação da contagem de tempo de contribuição, aposentadoria e demais benefícios do servidor público no período de maio de 2020 a dezembro de 2021.
14	Revisar os medicamentos e tratamentos de saúde do rol da ANS devolvendo os que foram retirados pela atual gestão federal e acrescentando os novos tratamentos de saúde que surgem com obrigatoriedade de adesão do SUS e dos planos particulares de saúde e atualização anual do mesmo.
15	Incluir fralda geriátrica no Programa Farmácia Popular.
16	Executar o plano de saneamento básico através de incrementos dos recursos das esferas municipais, estaduais e federais.

EIXO IV: AMANHÃ SERÁ UM OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS	
Número proposta	Compilação das propostas
17	Distribuir melhor os recursos do SUS, unificando os Blocos para investir conforme a necessidade do município Atualizar os valores da tabela do SUS dos procedimentos e consultas médicas e revisar a tabela de medicamentos Colocar no orçamento recursos paracapacitar os conselheiros da sociedade Civil, para que tenham maior conhecimento sobre suas atribuições Colocar no orçamento recursos para a implantação de um prontuário eletrônico integrada, onde conste desde a entrega dos documentos, fila de espera, entre outros dados, para consulta do usuário em meio físico e eletrônico.
18	Fortalecer o investimento voltado ao Programa Nacional de Imunização com intuito de apoiara pesquisa, o desenvolvimento e a produção nacional de vacinas e promover a quebra de patentes relacionadas a tecnologias utilizadas no enfrentamento às emergências de saúde nos casos em que o detentor da patente não consiga atender satisfatoriamente o interesse nacional.
19	Promover a eliminação das amarras fiscais que impedem o Estado de ampliar os seus gastose investimentos no Sistema Único de Saúde e também promover o aumento da tributação da renda e do patrimônio para reorganização do orçamento federal beneficiando a saúde pública do país;
20	Reavaliar o número de AIHs – Autorização de Internamento Hospitalar dos municípios pois o percentual existente não acompanha o crescimento populacional e reajustar o vos valorespagos pela Tabela do SUS.
21	Recurso de DPVAT, ser destinado ao atendimento na UPA que é quem atende os pacientes acidentados, assim como reavaliar a política em relação ao CAPS, possibilitando que mais municípios tenham CAPS e atendam melhor sua população.
22	Repasse de Recursos Financeiros aos municípios para realizar atividade com crianças com desenvolvimento atípico.
23	Buscar recursos financeiros Federal e Estadual para o atendimento da população fronteiriça e estrangeiros, bem como integrar o profissional Farmacêutico na Equipe mínima da PNAB.
24	Reformular a Política Nacional de Atenção Básica referente a Carga horária do profissional médico que compõe a ESF, contratar dois profissionais médicos com carga horária de vinte horas semanais.
25	Disponibilizar um espaço físico para atendimento à população indígena dispendo de salasde atendimento e equipamentos.
26	Garantir o acesso a saneamento básico (banheiros) nas comunidades indígenas.
27	Ampliar o financiamento a nível federal e principalmente estadual para Atenção Primária à Saúde de forma contínua, para construção, reforma e ampliação de unidades de saúde,pagamento de Recursos Humanos e aquisição de equipamentos necessários.
28	Fortalecimento ao combate ao uso abusivo de drogas.
29	Reformulação da PEC 41/2003 art. 37, inciso xi o qual cita que a remuneração e o subsídio dos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos dos municípios não poderão exceder o subsídio mensal, em espécie do prefeito municipal, o qual dificulta à contratação depofissionais.
30	Criar uma linha de financiamento federal para urgência e emergência, visando o fortalecimento e melhorias dos hospitais de pequeno porte dos municípios.
31	Implantar um Plano de carreira para os profissionais da saúde atrelada ao alcance deindicadores de saúde a nível local e capacitações no decorrer dos anos para o alcance das metas de melhoria possibilitando dessa forma que o município possa receber os recursosvinculados aos indicadores em sua totalidade.

EIXO IV: AMANHÃ SERÁ UM OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS	
Número proposta	Compilação das propostas
32	Garantir o planejamento licitatório, por parte do ministério da saúde, para a compra de inseticida para bomba costal de combate à dengue de forma a garantir a quantidade suficiente para que todos os ciclos do ano sejam contemplados.
33	Melhorar os sistemas de informação do ministério da saúde de forma que eles converse entre si, gerando relatórios mais consistentes, informativos, de fácil acesso e interativos.
34	Rever as tabelas de financiamento de programas para adolescentes e programa saúde na escola, reformular o incentivo financeiro e fazer repasse para as estratégias de saúde da família.
35	Pactuar as condicionalidades de saúde do usuário ao repasse de programas sociais.
36	Alterar os critérios para implantação de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) em municípios com população inferior a 15 mil habitantes.
37	Repasse de financiamento adequado por meio da União para custeio de despesas com profissionais habilitados e medicamentos no tratamento e acompanhamento de pessoas com TEA (Transtorno do Espectro Autista).
38	Ampliação de recurso financeiro para implantação e custeio dos leitos de cuidados prolongados e leitos de saúde mental, álcool e droga, nos hospitais gerais.
39	Inclusão da vacina Meningite B no Calendário Vacinal.

Fonte: Conselho Estadual de Saúde/PR, 2023

ANEXO 2 – RELATÓRIO FINAL DA 17.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Nº. da Proposta	<i>Eixo 1 – Brasil que temos. Brasil que queremos.</i>
1	<p style="text-align: center;">Descrição</p> <p>Destinar recursos específicos aos entes federados, visando a construção e fortalecimento das redes de enfrentamento à violência contra a populações estigmatizadas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexual (LGBTQIA+), indígena, quilombola, povos tradicionais de terreiros, imigrantes, população em situação de rua, população de ocupação urbana, pessoas com deficiência e outras reconhecidas como sujeitos de direito do SUS, com garantia da integralidade do atendimento à saúde, educação permanente de profissionais e popular, serviços por linha de cuidado e que as ações sejam construídas em diálogo constante com a comunidade, movimentos sociais e lideranças dos territórios, fortalecendo as assistência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS, varíola, monkeypox e outros, com reestruturação, e incentivar a atuação das redes de assistência às pessoas em situação de violência, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e Ministério de Direitos Humanos (grifo nosso).</p>
71	<p><i>Eixo 2: O papel do Controle Social e dos Movimentos Sociais para salvar vidas</i></p> <p>Garantir as ações, em ambientes presenciais e/ou online, para qualificação em Educação Popular e Educação em Saúde, que permita uma incidência política e controle social, criando ligações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), propostos pela ONU, na Agenda 2030, bem como ampliar ações e estratégias qualificadas e efetivas no enfrentamento da tuberculose, HIV e Aids e coinfeção TBHIV, garantindo a produção de dados epidemiológicos, sobre todas as populações vulnerabilizadas e negligenciadas, considerando seus marcadores sociais, em especial: população privada de liberdade, população em situação de rua, adolescentes e jovens, pessoas idosas, <u>imigrantes</u>, população negra, povos originários e tradicionais e populações trans que vivem e convivem com HIV/Aids e Tuberculose (grifo nosso).</p>
74	<p>Promover a articulação entre os conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; em situação de rua; mulheres LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; ribeirinhas; <u>imigrantes e refugiadas</u>; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todo o seu ciclo de vida (grifo nosso).</p>
133	<p>Criar uma Gerência de Migração e Saúde no âmbito da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, do Departamento de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com</p>

	função de implementação e fiscalização da política de saúde da população migrante, articulando com os vários níveis do Ministério da Saúde e produzindo orientações sobre o tema para a rede do SUS; criação, no âmbito desta gerência, de setor destinado a produzir e ofertar informação sobre a estrutura do funcionamento do SUS a imigrantes e refugiados, atuando na capacitação das pessoas trabalhadoras e gestoras, na análise de indicadores e na manutenção de Observatório específico sobre o tema (grifo nosso).
110	<p>Eixo 3 – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a Democracia</p> <p>Assegurar que o repasse fundo a fundo efetivado pelo Ministério da Saúde seja realizado com a inclusão de dados de relatórios de imigrante disponibilizados trimestralmente pela Polícia Federal à autoridade sanitária municipal com base na solicitação de residência realizada por imigrantes (grifo nosso).</p>
111	<p>Ampliação do acesso aos serviços da rede de proteção à mulher migrante, com respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém-chegadas em regiões e postos de fronteira (como em abrigos e centros de saúde), contemplando a atenção psicossocial.</p> <p>Eixo 4 – Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas</p>
54	Instituir um sistema de proteção e promoção da saúde com a criação de coordenadorias/departamentos voltados para a saúde de populações em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, Pessoas com Deficiência, <u>imigrantes</u> , <u>refugiados</u> , povos indígenas e comunidades tradicionais, com a inclusão de serviços de saúde integrados e medidas de inclusão social, priorizando essas populações no acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção das 15 categorias profissionais de saúde para o trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS (grifo nosso).
82	Ampliar e garantir o repasse de recursos financeiros da união, estados e municípios destinados aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todos os níveis de atenção, com: previsão de construção de sedes próprias para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação das equipes de Atenção Básica incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a formação de profissionais, a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais para mulheres, crianças, adolescentes, população negra, indígena, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoa com deficiência e situação de rua, <u>imigrantes</u> , entre outros (grifo nosso).

Adaptado pelo Autor, 2024.