

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

VALÉRIA CRISTINA DADALTO PIMENTA DE SOUZA

Instituições Participativas e Instituições Representativas: convergência de agendas e encontros efetivos

MARINGÁ - PR
2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

VALÉRIA CRISTINA DADALTO PIMENTA DE SOUZA

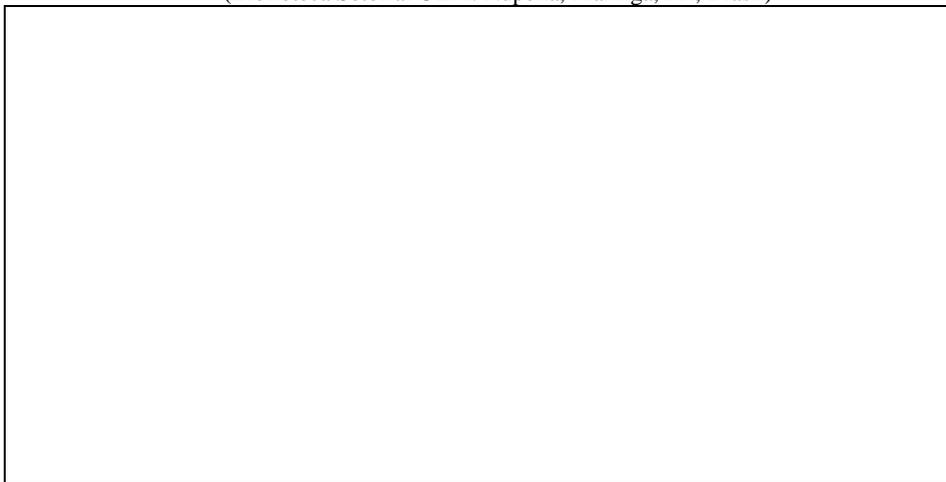
Instituições Participativas e Instituições Representativas: convergência de agendas e encontros efetivos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.
Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof^a. Dra. Carla Almeida

MARINGÁ - PR
2016

“Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)”
(Biblioteca Setorial UEM. Nupélia, Maringá, PR, Brasil)



Nome da bibliotecária responsável.

VALÉRIA CRISTINA DADALTO PIMENTA DE SOUZA

Instituições Participativas e Instituições Representativas: convergência de agendas e encontros efetivos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Carla Almeida
Universidade Estadual de Maringá (UEM) (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Chaves Teixeira
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Prof^a. Dr^a. Maria Lígia Ganacim G. Elias
Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em:

Local de defesa: Bloco H-35, sala , *campus* da Universidade Estadual de Maringá.

*Aos meus filhos João Pedro e Marco Antônio,
razões do meu viver;*

*Ao meu esposo, Tomby,
pelo amor, parceria, dedicação
e compreensão;*

*Aos meus pais José e Maria,
Os alicerces de minha vida;*

*A minha irmã Márcia,
pelo incentivo e apoio;*

*À professora Carla, minha orientadora,
pela dedicação,
competência e brilho nos olhos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por ter me concedido a benção de chegar ao final desta pesquisa.

A minha professora Carla Almeida, pelas inúmeras orientações, pelas trocas de mensagens, pelo entusiasmo que sempre demonstrou, por acreditar em mim e na minha pesquisa e por me apresentar a um mundo novo.

Às professoras Maria Lígia Elias e Celene Tonella pelas contribuições na banca de qualificação.

A todos os professores do Programa de Mestrado Profissional de Políticas Públicas pelas aulas que ficarão bem guardadas em minha memória.

Aos colegas de turma pelo incentivo e colaboração.

Ao amigo Almir Xavier pela inestimável ajuda.

As minhas chefias da Regional de Saúde por apoiarem e acreditarem no projeto.

A todos que de alguma forma me ajudaram nesta caminhada, deixo aqui minha gratidão.

Instituições Participativas e Instituições Representativas: convergência de agenda e encontros efetivos.

RESUMO

A presente dissertação dialogou com os estudos mais recentes sobre as Instituições Participativas, objetivando analisar se houve convergência entre as agendas das Instituições Participativas e Instituições Representativas. Em segundo lugar, objetivou-se saber se essa convergência foi fruto de encontros efetivos ou não. As Instituições Participativas foram representadas pela 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná e as Instituições Representativas pela Assembleia Legislativa do Estado. O trabalho abordou a conceituação teórica sobre Instituições Participativas com ênfase nas Conferências de Políticas Públicas. Para análise desta convergência foram estudadas as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde que demandaram tratamento do poder legislativo e os projetos de lei referentes à saúde pública no período de 2011 a 2014. A pesquisa revelou que existe convergência de agendas entre as Instituições Participativas e as Instituições Representativas, porém detectou que essa convergência não é fruto de encontros efetivos. Buscou-se identificar caminhos que poderão contribuir para que em breve a efetividade dos encontros seja alcançada porque é preciso atenção especial de pesquisadores para a necessidade das Instituições Participativas serem olhadas também para fora destas. Tornou-se de fundamental importância saber se seus produtos alcançam e transformam positivamente as políticas públicas em torno das quais as Instituições Participativas foram construídas.

Palavras-chave: Instituições Participativas. Instituições Representativas. Conferências de Políticas Públicas. Convergência de agendas. Encontros efetivos.

Participatory Institutions and Representative Institutions: agenda convergence and effective meetings

ABSTRACT

This current dissertation dialogued with the latest studies on Participatory Institutions, aiming to analyze whether there was convergence between the agendas of Participatory Institutions and Representative Institutions. Secondly, it is aimed to find out whether this convergence was the result of effective meetings or not. The Participatory institutions were represented by the 10th Health State Conference of Paraná and Representative Institutions by the State Legislative Assembly. The work addressed the theoretical conceptualization of Participatory Institutions with emphasis on Public Policy Conference. To analyze this convergence, they were studied the deliberations of the 10th Health State Conference which required treatment of the legislative power and the bills relating to public health in the period from 2011 to 2014. The survey revealed that there is convergence between the agendas of Participatory Institutions and Representative Institutions, therefore, it found that this convergence is not the result of effective meetings. It is sought to identify ways which could contribute to that soon the effectiveness of meetings is achieved because it is need special attention of researchers to Participatory Institutions necessity are also looked outside of it. It is become extremely important to know whether their products reach and transform the public policy positively surrounding of which the Participatory Institutions were built.

Keywords: Participatory Institutions. Representative Institutions. Public Policy Conference. Convergence of agendas. Effective meetings.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Demonstrativo das Conferências Nacionais de Saúde | 28 |
| Quadro 2 - Demonstrativo das Conferências Estaduais de Saúde do Estado do Paraná – 1991 – 2011 | 33 |
| Quadro 3 – Produção legislativa em relação às diretrizes das conferências – pertinência temática e filtro qualitativo..... | 44 |
| Quadro 4 - Leis Ordinárias e Complementares e Emendas Constitucionais – limite de 1 ano e filtro qualitativo | 45 |
| Quadro 5 – Demonstrativo das Classificações das Deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde..... | 50 |
| Quadro 6 – Projetos de Lei distribuídos por ano | 53 |
| Quadro 7 – Projetos de Lei e Lei Sancionadas Assembleia Legislativa Paraná – área – Saúde Pública – 2011 e 2015 | 54 |
| Quadro 8 – Leis Sancionadas que possuem relação com as Deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde..... | 56 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 - PROJETOS DE LEI DOS ANOS 2011 A 2014 E SUAS RELAÇÕES COM AS DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE | 69 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde |
| CES | Conselho Estadual de Saúde |
| DIEST | Diretoria de Estudos e Políticas para o Estado |
| FUNEAS | Fundação Estatal de Atenção em Saúde |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IPARDES | Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IPs | Instituições Participativas |
| IRs | Instituições Representativas |
| MPAS | Ministério da Previdência Social e Assistência Social |
| OPs | Orçamentos Participativos |
| PCCV-SUS | Planos de Cargos, Carreira e Vencimento do SUS |
| PES | Plano Estadual de Saúde |
| PID | Programa de Inclusão Digital |
| PMDB | Partido do Movimento Democrático Brasileiro |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PP | Partido Progressista |
| PPA | Plano Plurianual de Ação |
| PPS | Partido Popular Socialista |
| PRB | Partido Republicano Brasileiro |
| PSB | Partido Socialista Brasileiro |
| PSD | Partido Social Democrático |
| PSDB | Partido da Social Democracia Brasileira |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| SESA | Secretaria de Estado da Saúde |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |

SUS

Sistema Único de Saúde

UNE

União Nacional dos Estudantes

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ | 20 |
| 2.1 AS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ | 30 |
| 3 CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS..... | 37 |
| 3.1 INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS, INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS: PROCEDIMENTOS DE PESQUISA PARA O DIAGNÓSTICO DE SUAS POSSÍVEIS CONVERGÊNCIAS | 43 |
| 4 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ E AS DELIBERAÇÕES QUE REQUEREM INICIATIVA DO LEGISLATIVO..... | 49 |
| 4.1 AS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS DO ESTADO DO PARANÁ E SUAS RELAÇÕES COM AS DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE..... | 53 |
| 4.2 ENCONTROS EFETIVOS ENTRE AS AGENDAS OU ENCONTROS NÃO EFETIVOS? | 59 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| REFERÊNCIAS | 66 |
| APÊNDICE | 69 |
| TABELA 1 - PROJETOS DE LEI DOS ANOS 2011 A 2014 E SUAS RELAÇÕES COM AS DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE..... | 69 |

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa dialogou com os estudos mais recentes sobre as Instituições Participativas com o intuito de saber se há convergência entre as agendas das Instituições Participativas e das Instituições Representativas. Para tanto as Instituições Participativas (IPs) serão representadas pela 10ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná e as Instituições Representativas (IRs) pela Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Este estudo também permitiu analisar se a convergência comprovada é resultado de encontros efetivos entre as IPs e as IRs ou não. A delimitação da temática deu-se pelo fato das Conferências de Saúde do Estado do Paraná fazerem parte de minha atuação profissional, cumprindo assim as exigências postas pelo edital do Programa de Mestrado Profissional do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá. A ideia é que ao final desta pesquisa sejam apresentadas contribuições para o aprimoramento e fortalecimento da Política Pública de Saúde Paranaense por meio das Conferências Estaduais.

Esta dissertação de mestrado baseou-se principalmente na pesquisa de Thamy Pogrebinski (POGREBINSCHI, 2010) que sugeriu uma relação de complementaridade entre os Institutos da Democracia Participativa e da Democracia Representativa. Em sua pesquisa, Pogrebinski (2010), fundamenta-se na construção de um banco de dados de 1.935 diretrizes advindas das conferências nacionais e 3.750 proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional, no período de referência entre 1988 e 2009. A pesquisadora constatou que as conferências nacionais não só têm influenciado a iniciativa de proposições no Congresso Nacional, como também o têm feito de maneira relativamente eficiente, uma vez que diversas proposições aprovadas, além de emendas constitucionais promulgadas, são tematicamente pertinentes às diretrizes extraídas das diversas conferências estudadas. Para o desenvolvimento desta pesquisa, adaptou-se a metodologia da pesquisadora Thamy Pogrebinski, partindo do pressuposto de que as IPs podem fortalecer as IRs por meio de análises de convergências das agendas entre as Instituições Participativas e Instituições Representativas. Por meio de 623 deliberações resultantes da 10ª Conferência Estadual de Saúde realizada em 2011 e das proposições legislativas referentes à Saúde Pública da Assembleia Legislativa do Paraná entre os anos 2011 e 2014 (o equivalente a uma legislatura dos deputados estaduais).

Objetivou-se, como supracitado, identificar a convergência entre essas agendas e também saber se essa convergência de agendas é fruto de um encontro efetivo ou não, dialogando com bibliografias recentes acerca do estudo do entorno institucional das IPs. A

pesquisa fez-se necessária, primeiramente, devido à ampla visão que revela das IPs, pois é fundamental que seus produtos alcancem e transformem positivamente as políticas públicas em torno das quais elas foram construídas. Fez-se necessária, também, como subsídio para estudos vindouros neste mesmo campo temático.

O surgimento de mecanismos institucionais de participação, principalmente após os anos 2000 na América Latina, tornou-se fenômeno relevante, despertando interesse de pesquisadores do Brasil e do mundo nos estudos sobre a participação da sociedade civil na gestão de Políticas Públicas (ROMÃO, 2014; ISUNZA VERA e GURZA LAVALLE, 2012). Cortes (2011) conceituam as IPs como

mecanismos de participação criados por lei, emendas constitucionais, resoluções ou normas administrativas governamentais que permitem o envolvimento regular e continuado dos cidadãos com a administração pública, tanto diretamente quanto através de representantes, como ocorre com mais frequência. São instituições porque não se constituem em experiências episódicas ou eventuais de participação em projetos ou programas governamentais ou de organizações da sociedade civil ou do mercado. Ao contrário, estão instituídas como elementos característicos da gestão pública brasileira. (CORTES, 2011, p. 137)

As IPs são estudadas pelos autores brasileiros há pelo menos três décadas. Vistas como inovação democrática nos anos de 1980 - com destaque para as experiências de orçamentos participativos de Lages, Pelotas e Porto Alegre – são consideradas uma novidade institucional resultante das interações entre atores da sociedade civil, partidos políticos e burocracias locais. Pires (2014) afirma que é possível que passado este período, as IPs tornaram-se uma realidade inegável da atuação governamental no Brasil.

Essas práticas participativas variam, desde as mais tradicionais, como o referendo e o plebiscito, até as menos conhecidas como as conferências nacionais de políticas públicas, ouvidorias e as mesas de negociação e diálogo (POGREBINSCHI, 2013). Cortes (2011) divide as IPs em quatro tipos básicos: (i) canais de expressão individual, como pesquisas de satisfação e serviços que recebem demandas, sugestões ou reclamações por telefone ou via internet, e Ouvidorias; (ii) Processos Conferencistas; (iii) Conselhos de Políticas Públicas e de Direitos e, por fim (iv) os Orçamentos Participativos (OPs).

O aumento das IPs no Brasil aconteceu de forma gradual. Em 1990, concentravam-se fortemente na esfera local de governo. No início dos anos 2000 houve uma ascensão para o nível federal, principalmente a partir de 2003, ano que teve início um esforço sistemático de incorporação de formas de interação com a sociedade civil em diferentes áreas de atuação do

governo. Foram criados quinze novos conselhos nacionais, o equivalente a 50% sobre o que existia em 2000. De 2003 a 2011 foram realizadas 82 conferências nacionais de Políticas Públicas com a participação de mais de 5 milhões de pessoas entre as etapas municipais e estaduais (PIRES, 2014).

Silva (2011) chama a atenção para as diferentes fases na pesquisa e avaliação das IPs. Segundo ele, a primeira geração de estudos deste campo foi caracterizada, em grande medida, pela preocupação em defender as IPs enquanto instrumentos para alcance de determinados objetivos político-normativos subjacentes ao processo de democratização brasileiro. Essa fase contribuiu para o fornecimento de suporte empírico e para o surgimento da segunda geração de estudos críticos sobre as IPs (SILVA, 2011).

Na segunda geração de estudos sobre IPs, observou-se um número crescente de análises que enfocam os significativos descompassos existentes entre os objetivos político-normativos democratizantes que alimentavam o ideário participacionista e as suas expressões empíricas. Por fim, uma terceira geração parece transitar de um debate sobre a pertinência ou importância das IPs para uma análise dos efeitos desta difusão em termos dos processos de produção política e de seus resultados (políticos, socioeconômicos, culturais etc.) (SILVA, 2011).

Para Silva (2011), as IPs vêm atingindo hoje sua meia-idade, ou seja, já não são mais novidades, embora ainda não tenham alcançado o amadurecimento. A fase atual propicia reflexões sobre as experiências vividas e sobre os rumos a serem seguidos no futuro. Tatabaga e Blikstad (2011) afirmam que a bibliografia sobre a Participação tem avançado no Brasil.

Temos hoje uma produção diversificada e qualificada que, a partir da identificação das variáveis relevantes, alia o conhecimento profundo dos casos em foco a um investimento no sentido da generalização teórica. Os métodos e estratégias de pesquisa também avançaram com uma interessante combinação das técnicas “quanti” e “quali”. Tal avanço permitiu a emergência de uma nova leva de estudos sobre as experiências de inovação participativa a partir de registros mais amplos, que remetem à sua ancoragem institucional e societal. Para isso, esses estudos mobilizam um conjunto mais diversificado de referências analíticas que, no todo ou em parte, busca lidar com os desafios da relação. Ou seja, a ênfase se desloca da análise dos desenhos institucionais e da dinâmica política interna dos espaços participativos – característica principal da produção até meados dos anos 2000 – para desenhos de pesquisa que elegem como problemas centrais a forma como esses espaços se conectam com os seus contextos mais amplos e os significados que adquirem a partir desses pontos de referências externos. (TATABAGA E BLIKSTAD, 2011, p.179-180)

Na mesma direção, Almeida (2015) agrupa em três enfoques o estudo mais recente sobre IPs, sendo eles: i) estudos que prestam maior atenção às conexões das IPs com outras instituições do Estado e com instâncias da sociedade civil; ii) estudos que abandonam a polarização entre Participação e Representação e passam a analisar suas múltiplas possibilidades de combinação e tensão e iii) estudos orientados pelo interesse em mensurar, de forma mais rigorosa, os efeitos das IPs nas Políticas Públicas e nos governos. Almeida (2015) caracteriza esses enfoques da seguinte maneira:

Atenção mais forte para o entorno institucional e societal das IPs como garantia de uma compreensão mais adequada de suas dinâmicas e de seus efeitos sobre a democracia. Conceitos como “circuitos de representação” (ZAREMBERG, 2012), “regimes de controles sociais” (ISUNZA VERA e GURZA LAVALLE, 2012), “ecologías institucionales” (CAMERON y SHARPE, 2012) e “arreglos institucionales de políticas públicas” (PIRES e GOMIDE, 2013) tentam dar conta desse entorno institucional e suas conexões com a sociedade. Esse enfoque é fortemente marcado também pela “descoberta” de que algumas IPS operam com novas modalidades de representação e nessa direção ganha centralidade os estudos que buscam nominar, qualificar esse tipo de representação e suas bases de legitimidade. (ALMEIDA, p. 4, 2015).

Ainda nessa linha, as autoras Almeida et. al (2015) mapearam e descreveram a produção acadêmica nacional sobre os conselhos de políticas públicas entre 2000 e 2011 e apontaram tendências de uma nova fase de estudos sobre as IPs

(...) caracterizada pela sofisticação dos métodos de análise, pelo esforço comparativo, por um olhar para além das instâncias de participação, buscando localizá-las no entorno mais amplo, pela busca por generalização dos resultados consoante a um maior investimento teórico e um enfoque mais “realista”, ou seja, menos “laudatório e “normativo”. Tais mudanças teriam sido possíveis pelo próprio avanço da agenda de pesquisa nas fases anteriores. Esses balanços realizados nas ciências sociais também localizam os pontos cegos do debate: a relação entre participação e políticas públicas e os impactos da participação sobre os Estados. (ALMEIDA ET. AL, p. 269, 2015).

Para Almeida (2015), a bibliografia recente sobre as IPs demonstra a preocupação dos pesquisadores em investigar o ambiente institucional no qual as IPs estão inseridas. Diferentemente do que era investigado anteriormente, as dinâmicas internas das IPs, principalmente dos conselhos de políticas públicas. Atualmente, os estudos estão preocupados em abordarem as IPs como parte de uma institucionalidade. Autores como Isunza Vera e

Gurza Lavalle (2012), por exemplo, usam a nomenclatura “regimes de controles democráticos” para caracterizarem as “arquiteturas” das “inovações institucionais”.

Wampler (2011b) considera as IPs como “enxertos” na estrutura do Estado e da democracia representativa. Nelas, representantes do governo e da sociedade civil estabelecem laços que unem os cidadãos com o Estado, o governo com a sociedade. O autor enfatiza que é necessário compreender as IPs no seu contexto mais amplo para entender melhor como elas transformam os processos de formulação de políticas, bem como os seus resultados (WAMPLER, 2011b). Para ele, as IPs fazem parte de processos de produção de políticas públicas de caráter incremental, portanto não se deve esperar que, a partir de sua mera existência e atuação, aconteçam transformações drásticas, de forma que sejam enxergadas como parte de um processo conjunto de resolução incremental de problema, pelo qual governos recorram a múltiplos fluxos de informação e interesses para definir agendas políticas.

Os resultados alcançados pelas Instituições Participativas variam. Estudos identificam mudanças no conteúdo e na forma de deliberação, melhorias do bem-estar social, melhorias das capacidades políticas dos cidadãos. Para Wampler (2011a), o objetivo principal que fundamenta a criação das IPs

É o de melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados diretamente ao Estado ou indiretamente, por meio de terceirização. Os cidadãos e as lideranças comunitárias geralmente se envolvem no processo, pois esperam, muito razoavelmente, que os esforços transformem a maneira como e para quem as agências do governo alocam seus escassos recursos. (WAMPLER, 2011a, p. 44)

Para Wampler (2011a), a atuação dos cidadãos e das lideranças comunitárias nas IPS permite a possibilidade de exercer sua participação tanto na fiscalização quanto na proposição de políticas públicas. O Brasil é considerado referência de ponta em termos de inovação democrática. A institucionalização de experiências participativas colocou o desafio de desenvolver um campo de investigação sobre as chamadas “Instituições Participativas” e sua efetividade (PIRES, 2011).

Romão (2014) considera as Conferências como parte de um amplo conjunto de instrumentos de participação, tendo a Constituição Federal de 1988 como marco legal para o estabelecimento de instrumentos e iniciativas de participação direta no país. O artigo 1º, parágrafo único diz: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Segundo Romão (2014), a arquitetura

participativa no Brasil possui ligação com o movimento de descentralização de políticas públicas, sendo a área de saúde pública pioneira neste processo com a implantação do Sistema Único de Saúde. A articulação de participação social a partir de conselhos, audiências públicas, conferências, a participação de usuários do Sistema Único de Saúde, prestadores de serviços, gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) foram o grande modelo gerador dos parâmetros para a participação da sociedade civil na gestão pública.

Faria e Lins (2013) definem Conferências como espaços institucionais de participação, representação e deliberação que requerem esforços diferenciados, tanto de mobilização social, quanto de construção da representação política e do diálogo em torno da definição de uma determinada agenda de Política Pública.

Tendo em vista as discussões acerca das Instituições Participativas, o presente trabalho foi estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo consiste no aprofundamento teórico das IPs com ênfase nas Conferências de Políticas Públicas e Conferências de Saúde. O segundo capítulo apresenta o resgate da Saúde Pública brasileira sob o viés das Conferências Nacionais e Estaduais de Saúde do Estado do Paraná. No terceiro capítulo é feita uma conceituação teórica sobre os Conselhos de Políticas Públicas e também é apresentada a metodologia utilizada para a elaboração desta dissertação de mestrado. Por fim, no quarto capítulo concentra-se a análise das deliberações resultantes da 10ª Conferência Estadual de Saúde e das Proposições Legislativas da Assembleia Legislativa Paranaense. Consta inclusive o resultado final da pesquisa empírica por meio de análises das Deliberações e Proposições Legislativas com o intuito de avaliar se a conversão de agendas resultantes das diretrizes das Deliberações entre sociedade civil e governo na Conferência Estadual e das Proposições Legislativas na Assembleia Legislativa do Paraná são frutos de encontros efetivos entre as IPs e as IRs.

2 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

O problema central desta pesquisa situou-se na análise da convergência das agendas das Instituições Participativas, representadas pela 10ª Conferência Estadual de Saúde com a agenda do Poder Legislativo (Instituições Representativas). Para tanto considerou-se de fundamental importância a retomada de alguns momentos e acontecimentos principais que marcaram a trajetória da construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, dentro do qual as Conferências de Saúde estão inseridas.

Segundo Fontinele (2008), até o final do século passado, o Brasil não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população. Atuava de forma eventual em situações de epidemias¹. As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde deram-se a partir de interesses meramente mercantis. As regiões que não tinham alguma importância estratégica para a economia do país ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Significa dizer que, até então, o Brasil não possuía nenhuma política voltada para a atenção à saúde de seus habitantes.

A cura de doenças era realizada por instituições de caridade sustentadas pela igreja e por doações ou por médicos que atendiam apenas quem podia pagar por seus serviços. Porém, as transformações ocorridas na segunda década do século XX, como a abundância de mão de obra e a dificuldade de importação de matéria-prima, em função da Primeira Guerra Mundial, geraram no Brasil um processo de industrialização. Tal processo ampliou a urbanização e o desenvolvimento de uma classe operária influenciada por teorias anarco-sindicalistas², que acreditavam que os sindicatos podiam ser utilizados como instrumentos para mudar a sociedade, que passaram a exigir melhorias nas condições de trabalho. Assim, entre os anos de 1917 e 1919 ocorreram diversas greves, que mesmo reprimidas, permitiram avanços na conquista de direitos. Destes movimentos operários obtiveram-se como resultado a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Eloy Chaves em 24 de Janeiro de 1923. Essa dáta foi considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil.

A lei Eloy Chaves, segundo Oliveira e Teixeira (1986), foi uma das mais importantes medidas tomadas para que se constituísse o embrião do Esquema Previdenciário no Brasil,

¹ Manifestação, em uma coletividade ou região, de um corpo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista (Ver Guia de Vigilância Epidemiológica – 6ª edição – Brasília / DF. 2006 – pg. 800)

² Forma anarquista do sindicalismo

criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs eram fundos constituídos nas fábricas organizadas por empresas, que recebiam a contribuição dos empregados, empregadores e do governo, objetivando garantir a aposentadoria dos contribuintes.

As CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e, conforme aponta Bravo (2000), a medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos IAPs, pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder à cobertura ampla. Neste momento de transformação das CAPs em IAPs, no ano de 1941, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Educação, que tinham como objetivo ampliar o conhecimento do governo federal sobre as atividades de educação e saúde do país e também por meio destas conferências a articulação para aumentar a capacidade de execução dos programas governamentais, estabelecendo parâmetros mais claros para as atribuições de cada ente federado (SOUZA et. al, 2013a).

O decreto de convocação para a 1ª Conferência Nacional de Saúde estabelecia que seu objetivo seria (BRASIL, 1941):

[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía [] (BRASIL, 1941).

Nesta época, a intenção do Governo Federal na realização destas conferências era a articulação entre os Estados da Federação e o Governo Federal com o objetivo de fortalecer o controle e o poder do Governo Federal. Percebe-se esta característica pelo caráter técnico-administrativo desta conferência e pelo número reduzido de participantes, visto que a 1ª Conferência Nacional de Saúde contou com apenas setenta participantes (SOUZA et. al, 2013a).

Apesar da legislação nacional prever a convocação das conferências a cada dois anos, a 2ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu apenas em dezembro de 1950, no final do governo Dutra, nove anos após a precedente. Com o tema destinado a analisar “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”, pretendia construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhados entre os gestores estaduais e os do nível federal. A 2ª conferência tratou de temas como: malária, segurança do trabalho, condições de prestação de

assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há relatório conhecido desta conferência (BRASIL, 2009).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, iniciativa mais voltada a separar os dois setores (saúde e educação) do que a promover a resolução dos problemas sanitários do país. A aprovação da Lei n. 2.312 de 03 de setembro de 1954 definiu as Normas Gerais para a Defesa e Proteção da Saúde. Essa decisão constituiu um dos pontos fundamentais para a Política Sanitária da época. Regulamentada em 1961, com a instituição do Código Nacional de Saúde, foi considerado a primeira tentativa de organização de um sistema nacional de saúde (BRASIL, 2009).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde³ ocorreu somente em julho de 1963, após treze anos da realização da 2ª Conferência. Houve um debate mais amplo e com a participação da sociedade, porém no regimento interno desta conferência estava claro que essas pessoas não conectadas aos órgãos oficiais eram apenas convidadas, não possuindo direito a voto (SOUZA et. al, 2013a). Seu tema também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do Sistema de Saúde. Apresentou propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um Plano Nacional de Saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas Deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de setenta (BRASIL, 2009).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1967 e teve como tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focalizando a identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde. Assim como as três conferências subsequentes, foi realizada no período do regime militar. Retomou-se o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos Estados e Territórios (BRASIL, 2009).

Após o início da ditadura militar, em 1964, a Política de Saúde vai reforçar o modelo de saúde que prioriza os hospitais, os remédios e o modelo de Assistência Contributiva. A estratégia que o governo usou foi a de subsidiar grupos privados para construir grandes hospitais. Em seguida, credenciavam-se esses hospitais para prestarem serviços ao Instituto

³ Os relatórios finais da 3ª à 7ª e da 9ª à 14ª Conferências Nacionais de Saúde, estão disponíveis no endereço eletrônico <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios.htm>.

Nacional de Previdência Social (INPS) (FONTINELE, 2008). Neste contexto, foi convocada a 5ª Conferência Nacional de Saúde pelo governo de Ernesto Geisel, realizada em agosto de 1975 e que possuía cinco temas. Um dos temas tratava da implementação da Lei 6.229/75 que criava o Sistema Nacional de Saúde. A conferência previu a distribuição de atribuições entre o Ministério da Saúde (ações coletivas de Saúde Pública) e o Sistema de Assistência Médica Previdenciária (ações de Assistência à Saúde Individual). Foram discutidas estratégias e mecanismos de implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A principal contribuição da 5ª Conferência foram as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

Em 1977, é instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), orientado, coordenado e controlado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, ficando responsável pela proposição da Política de Previdência e Assistência Médica, Farmacêutica e Social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e das entidades a ele vinculadas.

Porém, estas mudanças não deram conta da problemática enfrentada na área da saúde. Para Bravo (2000), tais reformas na estrutura de organização dos serviços não conseguiram reverter a ênfase na Política de Saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social por meio de ações curativas, comandadas pelo setor privado. Afirma ainda que este sistema já vinha sendo criticado desde o período militar na década de 60, porque foi mantido à força no regime militar até o final dos anos 70.

Para Teixeira (1989), deve-se destacar que se foi reforçando o modelo privatizante por meio da Previdência Social. Ao mesmo tempo em que abriu espaço nessa nova ordenação institucional para a discussão das ações governamentais de saúde, possibilitando a elaboração de programas através dos quais o movimento sanitário, com habilidade política, foi experimentando suas propostas de forma localizada e marginal. As principais diretrizes desses programas foram a utilização da Rede Pública para uma atenção integral, introduções de mecanismos de planejamento na administração dos serviços, introdução da perspectiva da cogestão entre órgãos públicos e a participação dos profissionais e da população no controle da gestão dos serviços.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em agosto de 1977, ou seja, dois anos após a realização da 5ª Conferência, e também teve em seu tema a avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais. Nesta conferência, houve

novamente o debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, compreendida como um “corpo de doutrina para fins operacionais que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças” (BRASIL, 1977).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1980 e reuniu 400 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Debateu-se a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal. Também foi objeto de discussão uma proposta do então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de se criar um seguro-saúde, uma contribuição previdenciária adicional destinada a financiar a instituição (BRASIL, 2009). A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi a última realizada durante o regime militar e, ainda que nos mesmos moldes das anteriores, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde. Mudanças que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor (BRASIL, 2009).

Fontinele (2008) ressalta que na década de 70 as lideranças sindicais que haviam sido quase que extintas na sua totalidade por conta do regime militar, não participavam das discussões sobre o sistema de prestação de serviços médicos nem dos movimentos de trabalhadores. Porém, em 1976, havia um movimento de reestruturação dos movimentos sociais, nascia o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Formado por profissionais de saúde, na sua maioria da classe médica, tinha como eixo principal de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade.

Segundo Teixeira (1989), o Movimento da Reforma Sanitária, neste momento, representou o deslocamento de forças da sociedade civil em direção à oposição ao regime militar. Democratizar a saúde como estratégia para democratizar a sociedade. No final da década de 70 essa proposta era denominada de SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. O Movimento da Reforma Sanitária nasce num momento em que o modelo estatal de organização da saúde se mostrava inadequado para a realidade sanitária nacional e dentro

de um contexto de democratização, associado à emergência das classes populares como sujeitos políticos. Diz ainda que essa redemocratização iniciada ao final dos anos 70 postulou novas exigências, em termos de resolução da enorme dívida social acumulada nos últimos anos, do atendimento às necessidades, do aumento da equidade e justiça social na implementação das Políticas Públicas, da recuperação do princípio federativo e da melhoria da qualidade do serviço público. Ou seja, o movimento buscava um redirecionamento da organização do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Teixeira (1989), as estratégias de lutas pela Reforma Sanitária tiveram três direcionamentos básicos: i) a politização da questão da saúde visando aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; ii) a alteração da norma legal necessária a criação do Sistema Único Universal de Saúde; iii) a mudança do arcabouço e das práticas institucionais sob orientação dos princípios democráticos. O Movimento da Reforma Sanitária, que teve início no final da década de 70, teve seu ápice com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A previsão de eleição da Assembleia Constituinte, a qual se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira, fez que fosse convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A convocatória da 8ª Conferência significou o início do processo de politização da saúde, cuja organização teve um intenso envolvimento de profissionais da saúde, intelectuais, sindicatos, centrais de trabalhos, movimentos populares e partidos. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o resultado de uma ampla discussão entre profissionais de saúde e intelectuais do meio sobre a redemocratização da saúde e das formas de organização desse sistema.

Conforme disposto no art. 3º do decreto – lei 91.466 de 23 de julho de 1985 – da convocação da 8ª Conferência, a composição dos membros participantes se daria a partir da representação das organizações sindicais de empregados e empregadores, com representantes das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde; representantes de outras entidades expressivas da sociedade civil. Ainda com relação aos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o tema central a ser tratado, foi aprovado por meio do Regimento Especial:

- I – Saúde como direito inerente a personalidade e cidadania;
- II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização, integração orgânico-institucional, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Territórios e Municípios) na prestação de serviços à saúde;

III – Financiamento do Setor de Saúde

Dessa forma, a conferência deveria refletir, na sua estrutura temática, uma discussão principalmente teórica, tentando um resgate histórico das preocupações da 3ª Conferência, em que foi discutida “a saúde para todos e a municipalização como caminho”, acrescida dos avanços ocorridos nos últimos anos.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, reuniu mais de 5.000 participantes, em um processo que, começando nos municípios, envolveu quase 50 mil pessoas. Foi um coroamento de alguns anos de debate. O resultado foi um texto constitucional moderno e abrangente sobre saúde, um dos mais avançados do mundo, que na sua proposta final contém importantes pontos de análise, tais quais menciona Rocha (2008): a) o conceito de saúde relacionado com a perspectiva social, política e econômica; b) a saúde como um direito social da população e responsabilidade do governo; c) a criação de um sistema único com a participação da comunidade, descentralizado e com assistência integral; d) a integração da saúde no sistema de seguridade social. A importância deste documento extrapolou o setor de saúde e estimulou a realização de outras conferências em outras áreas a partir da década de 1990.

Em 19 de Setembro de 1990, entra em vigor a Lei 8.080, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e que prevê no seu artigo 2º - “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a).

Em 28 de Dezembro de 1990 é promulgada a Lei 8.142 que “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”. Diz em seu artigo 1º “O SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I – a Conferência de Saúde; II – o Conselho de Saúde”. Estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter conselhos de saúde, teria de realizar conferências (art. 1º, caput) com periodicidade de quatro anos (BRASIL, 1990b). Contemplando assim as seguintes proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986):

[...] resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando

totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (Idem, Resolução 1, do tema 2).

[...] O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

- a) referente à organização dos serviços: Descentralização na gestão dos serviços; Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; Unidade na condução das políticas setoriais; Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; Participação da população (...); Fortalecimento do papel do município; Introdução de práticas alternativas de assistência (...)
- b) atinentes às condições de acesso e qualidade. Universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; Equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; Atendimento oportuno segundo as necessidades; Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; Atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis; Direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças; Direito à assistência psicológica (Idem, Tema 2, p. 18-19) (BRASIL, 1986).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em agosto de 1992 com o tema central “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: 1) Sociedade, Governo e Saúde (com subtema: Seguridade Social); 2) Implementação do SUS; 3) Controle Social e 4) Outras deliberações e recomendações. Segundo seu relatório final houve a produção de 253 deliberações e a participação de quase 3.000 delegados e participantes e mais de 1.500 observadores. Considerada a descentralização como uma das principais contribuições desta conferência, a defesa dos municípios como atores no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do INAMPS – que, de fato, ocorreu no ano seguinte. (BRASIL, 2009)

A 10ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu entre os dias 2 a 6 de setembro de 1996 e teve em seu temário 1) Saúde, Cidadania e Políticas Públicas; 2) Gestão e Organização dos Serviços de Saúde; 3) Controle Social na Saúde; 4) Financiamento da Saúde; 5) Recursos Humanos para a Saúde; e 6) Atenção Integral à Saúde. Segundo relatório final da conferência participaram 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada de 15 a 19 de dezembro de 2000, com tema “O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social” com 22 subtemas para debate.

Segundo relatório final, houve a participação de 2.500 delegados, que debateram os temas em 180 grupos de trabalho com apresentação de 296 proposições.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde Nacional foi realizada em 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, com dez eixos temáticos. Com a participação de mais de 4.000 pessoas, divididas em 135 grupos de trabalho. Foram apresentadas 723 diretrizes relativas aos 10 eixos temáticos tratados, além de 90 moções de caráter geral.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em novembro de 2007. Sendo que dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, isto é, 77% de todos os municípios do país. Participaram da Conferência Nacional quase cinco mil pessoas, entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares, professores, na qualidade de delegados e observadores. O tema central foi: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”. Os debates foram organizados em torno dos seguintes eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. Foram aprovadas 691 resoluções e 157 moções.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde cujo temário “Todos usam o SUS – SUS na Seguridade Social: Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”, aconteceu em Brasília entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011 e contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, dentre elas, 2.937 delegados, com a aprovação de 343 propostas e 82 moções.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em Brasília/DF entre os dias 1 e 4 de dezembro de 2015, com o tema: Saúde Pública de Qualidade Para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro. As diretrizes aprovadas nesta conferência já estão disponíveis para consulta por meio do endereço eletrônico <http://conferenciasaude15.org.br>, porém seu relatório final ainda não foi divulgado.

O quadro 1 mostra as Conferências Nacionais de Saúde realizadas até o ano de 2011 com seus respectivos Ministros da Saúde e Presidente da República.

Quadro 1 - Demonstrativo das Conferências Nacionais de Saúde

| Conferência | Data | Ministro da Saúde | Presidente da República |
|--------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1ª | 06/1941 | Gustavo Capanema | Getúlio Vargas |
| 2ª | 12/1950 | Pedro Calmon M. de Bittencourt | Eurico Gaspar Dutra |
| 3ª | 06/1963 | Wilson Fadul | João Belchior Goulart |

| | | | |
|-----------------|---------|------------------------------------|---------------------------|
| 4 ^a | 09/1967 | Leonel Tavares Miranda Albuquerque | Arthur da Costa e Silva |
| 5 ^a | 08/1975 | Paulo de Almeida Machado | Ernesto Geisel |
| 6 ^a | 08/1977 | Paulo de Almeida Machado | Ernesto Geisel |
| 7 ^a | 03/1980 | Waldyr Mendes Alcoverde | João Batista Figueiredo |
| 8 ^a | 03/1986 | Roberto Figueira Santos | José Sarney |
| 9 ^a | 08/1992 | Adib Domingos Jatene | Fernando Collor de Mello |
| 10 ^a | 09/1996 | Adib Domingos Jatene | Fernando Henrique Cardoso |
| 11 ^a | 12/2000 | José Serra | Fernando Henrique Cardoso |
| 12 ^a | 12/2003 | Humberto Sérgio Costa Lima | Luís Inácio Lula da Silva |
| 13 ^a | 11/2007 | José Gomes Temporão | Luís Inácio Lula da Silva |
| 14 ^a | 12/2011 | Alexandre Rocha Santos Padilha | Dilma Rousseff |
| 15 ^a | 12/2015 | Arthur Chioro | Dilma Rousseff |

Fonte: Elaboração da autora

As Conferências Nacionais de Políticas Públicas são consideradas pelos pesquisadores que estudam as IPs como um dos mais importantes Processos Participativos que promovem o diálogo entre Estado e sociedade nos três níveis da Federação. As Conferências de Políticas Públicas tornaram-se objeto de estudos de diversas instituições de pesquisa como o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) que, em parceria com outras instituições como DIEST (Diretoria de Estudos e Políticas para o Estado), PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) entre outras, vem publicando e provendo estudos que estão gerando conhecimento e fomentando novas pesquisas, contribuindo assim para o aperfeiçoamento destes importantes processos de ampliação da participação social no ciclo de Políticas Públicas no Brasil.

As conferências nacionais existem no Brasil desde a década de 1930, desde então até 2012, ocorreram 128 conferências sendo que 87 foram realizadas entre 2003 e 2012 com a participação de aproximadamente 7 milhões de pessoas, segundo estimativas que consideram apenas a população adulta do país. A expansão expressa pela dimensão quantitativa da participação se traduz em consequências que também são importantes, a saber, a capacidade das conferências de pautar importantes inovações introduzidas pelo governo federal. Entre elas, a criação do Sistema Único de Saúde, que teve suas diretrizes para a reorganização do SUS como uma das principais deliberações da 8^a Conferência Nacional de Saúde; a criação do SUAS – Sistema Único de Assistência Social - foi uma das deliberações da 4^a Conferência Nacional de Assistência Social que aconteceu em dezembro de 2003. Além de deliberações da 1^a Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em 2004, que serviram de bases

para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, assim como as deliberações da 11ª Conferência dos Direitos Humanos foram incorporadas pelo programa Nacional de Direitos Humanos.

As conferências nacionais também podem ser consideradas importantes pela capacidade de estabelecer pontos de vetos sobre determinadas políticas de governo, como foi o caso do bloqueio da proposta do Ministério da Saúde que pretendia introduzir as chamadas “Fundações Estatais de Direito Privado” na prestação de serviços de saúde e foram objetadas na 13ª como na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, seja em sua capacidade propositiva, seja em sua capacidade de veto, as conferências se tornam uma arena central de discussão em diferentes áreas de Políticas Públicas.

Para Petinelli (2013) as conferências se tornaram as principais instâncias de proposição de novas diretrizes de Políticas Públicas para compor o Plano Plurianual de Ação (PPA) do governo e de monitoramento e avaliação das ações governamentais nas três esferas de governo. Para a autora, as conferências públicas não apenas têm influenciado a formação da agenda de Políticas Públicas do Governo Federal de maneira relativamente eficiente, uma vez que em sua pesquisa ela detectou que as propostas aprovadas foram incorporadas nos programas do governo federal. Petinelli (2013) considerou também que as Conferências Nacionais de Aquicultura e Pesca, Conferência de Políticas para Mulheres e a Conferência de Promoção da Igualdade Racial tem equivalente importância e influência.

2.1 AS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ

As informações contidas nesta seção foram extraídas dos Relatórios Finais das Conferências de Saúde do Estado do Paraná disponibilizados no *Site* do Conselho Estadual de Saúde no endereço eletrônico www.ces.pr.gov.br.

A 1ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná aconteceu na capital do estado entre os dias 06 e 08 de outubro de 1991, com aproximadamente 1000 participantes. Foi precedida por 176 Conferências Municipais de Saúde, e discutiu o tema Saúde, Governo e Sociedade; Implantação do SUS e Controle Social.

Em seu relatório final dizia:

Os participantes da Conferência majoritariamente condenaram o modelo neoliberal do Governo Collor, cuja proposta reduz o papel do Estado, o que se expressa no setor da saúde com a substituição dos serviços públicos por

serviços privados contrariando frontalmente os princípios estabelecidos pela Constituição Federal.

Este desencontro entre as diretrizes legais e a atuação política do Governo Federal reforça o fato de que a saúde como direito do cidadão e dever do Estado só virá como uma conquista, daí a necessidade de se avançar na defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, na medida que este significa o combate a privatização do Estado, a recuperação da capacidade de investimento do setor público, o fortalecimento dos fundos de saúde e a descentralização do planejamento e da execução das ações de saúde e a atuação no sentido de diminuir o poder de influência das multinacionais do setor e o avanço do processo de participação da sociedade civil organizada.

A 2ª Conferência aconteceu após quatro anos, em outubro de 1995, convocada pelo poder executivo, teve como tema “O SUS no Paraná: Situação e Alternativas de Solução”. Neste mesmo ano houve a criação do Conselho Estadual de Saúde no dia 08 de março de 1995. Tal Conselho participou da elaboração da Conferência Estadual. Foram realizadas 277 Conferências Municipais de Saúde como etapa preparatória para a Conferência Estadual, no prazo de 90 dias antes da Conferência Estadual. Segundo Relatório Final da 2ª Conferência Estadual de Saúde participaram 1.227 pessoas, sendo 672 delegados e 555 observadores. Dos 672 delegados, 285 eram representantes do segmento de usuários, o equivalente a 42,4% do total de delegados, 219 de delegados representantes dos trabalhadores de saúde (32,6%), 128 delegados representantes da administração pública (19,5%) e 40 delegados representantes dos prestadores de serviço, representando 5,9% do total de delegados. Durante a realização da Conferência Estadual houve a eleição das entidades para compor o Conselho Estadual de Saúde e também foram eleitas as entidades que participariam como delegados na 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Após dois anos, aconteceu em Curitiba/PR a 3ª Conferência Estadual de Saúde entre os dias 14 e 16 de novembro de 1997, com temática central: O Equilíbrio Entre a Prevenção e o Tratamento das Doenças. Para a realização da 3ª Conferência, o Conselho Estadual de Saúde – CES/PR, elegeu uma Comissão para a Organização e Operacionalização da Conferência e aprovou em plenária do Conselho o Regulamento da Conferência que definiu o tema central e o número de participantes (delegados, convidados e observadores). Como delegados participaram somente os representantes dos quatro segmentos – usuários, trabalhadores, prestadores de serviços de saúde e administradores públicos, tendo como critério de ingresso na conferência a participação em Conferências Municipais de Saúde. Participaram 787 pessoas, sendo 671 delegados e 116 observadores. Os delegados

representantes do segmento de usuários somavam 47%; dos trabalhadores de saúde somavam 28%, da administração pública somavam 14% e de prestadores de serviço somavam 11%.

A 4ª Conferência Estadual de Saúde aconteceu nos dias 13, 14 e 15 de novembro de 1999, tendo como tema: “Saúde: Desafios para o século XXI”. Dos 399 municípios do Estado do Paraná, 334 realizaram as conferências municipais de saúde dentro do prazo estipulado pelo Regulamento da 4ª Conferência Estadual. Também foram realizados cinco eventos macrorregionais com o tema “Saúde em Debate” para discussão de questões regionais. Participaram da conferência 325 delegados do segmento de usuários, 179 do segmento de trabalhadores, 104 do segmento da administração pública e 70 delegados do segmento de prestadores de serviço de saúde, totalizando 678 delegados e 135 observadores.

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

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

Participaram da 5ª Conferência Estadual de Saúde 303 delegados do segmento de usuários, 181 delegados do segmento dos trabalhadores, 93 delegados do segmento da administração pública e 39 delegados dos segmentos dos prestadores de serviços de saúde, totalizando 616 delegados e 135 observadores. O tema central discutido foi: “10 anos de SUS: análise e perspectivas na visão do controle social”.

Em 2003, nos dias 24, 25 e 26 de outubro aconteceu a 6ª Conferência Estadual de Saúde que teve como tema central “A saúde que temos e o SUS que queremos”. Foi realizado fórum de debate de três subtemas, quais são: “As Estratégias de Controle Social para a Efetivação do SUS e a Gestão Participativa”; “Financiamento da Saúde - EC-29”; “Diagnóstico do Processo de Trabalho e a Reafirmação dos Princípios e Diretrizes para a Implantação da NOB/RH/SUS” e doze oficinas temáticas. Dos 399 municípios do Estado do Paraná, 391 realizaram suas Conferências Municipais de Saúde no prazo estipulado pelo

Regulamento da 6ª Conferência e contou com a participação de 96 delegados representantes do segmento da administração pública; 77 delegados representantes do segmento prestador de serviços; 224 delegados representantes do segmento de trabalhador em saúde e 409 delegados representantes do segmento de usuários, totalizando 806 delegados.

A 7ª Conferência Estadual foi realizada em Foz do Iguaçu entre os dias 1 e 4 de dezembro de 2005 cujo tema foi: Saúde do Cidadão, Pacto de Gestão, Responsabilidade dos Três Níveis de Governo e Controle Social. A 7ª Conferência Estadual de Saúde avaliou a situação da saúde no estado do Paraná, formulou e fixou diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, elegeu e homologou as instituições, órgãos e entidades do Conselho Estadual de Saúde do Paraná para a gestão 2006/2007.

A 8ª Conferência Estadual de Saúde foi realizada em Londrina entre os dias 11 e 14 de outubro de 2007, tendo como tema: “Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento”. Esta conferência avaliou a situação da saúde no estado do Paraná, formulou e fixou diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, elegeu e homologou as instituições, órgãos e entidades do Conselho Estadual de Saúde do Paraná para a gestão 2008/2009.

A 9ª Conferência Estadual de Saúde aconteceu em Curitiba nos dias 18 e 19 de dezembro de 2009 com o tema: “Ao SUS o que é do SUS – resgatando o ideário da Reforma Sanitária”. Participaram 839 pessoas sendo: 365 delegados representando o segmento de usuários, 217 representando o segmento de trabalhadores, 64 representando o segmento de prestadores, 78 representando o segmento de gestores, 98 observadores e 14 pessoas como apoio organizacional.

O quadro 2 demonstra as Conferências Estaduais de Saúde do Estado do Paraná desde a primeira até sua última edição, ocorrida em agosto de 2015.

Quadro 2 - Demonstrativo das Conferências Estaduais de Saúde do Estado do Paraná – 1991 – 2011

| Conferência | Data | Temas | Governador | Presidente CES |
|--------------------|----------------------------|---|-------------------|-----------------------|
| 1ª | 06 a 09 de outubro 1991 | Saúde, Governo e Sociedade; Implantação do SUS; 3º: Controle Social | Roberto Requião | - |
| 2ª | 12 e 14 de outubro de 1995 | O SUS no Paraná: Situação e Alternativas de Solução. | Jaime Lerner | Armando Raggio |

| | | | | |
|-----|-----------------------------|--|----------------------|----------------------------|
| 3ª | 14 e 16 de novembro de 1997 | O Equilíbrio Entre a Prevenção e o Tratamento das Doenças. | Jaime Lerner | Armando Raggio |
| 4ª | 13 e 15 de novembro de 1999 | Desafios para o Século XXI | Jaime Lerner | Armando Raggio |
| 5ª | 13 a 15 de dezembro de 2001 | 10 anos de SUS: Análise e perspectivas na visão do Controle Social | Jaime Lerner | Armando Raggio |
| 6ª | 24 a 26 de outubro de 2003 | A saúde que temos e o SUS que queremos | Roberto Requião | Ruy Pedruzzi |
| 7ª | 1 a 4 de dezembro de 2005 | Saúde do Cidadão; Pacto de Gestão Responsabilidade dos Três Níveis de Governo; Controle Social | Roberto Requião | Maria Goretti David Lopes |
| 8ª | 11 a 14 de outubro de 2007 | Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento | Roberto Requião | Raymundo Marques Machado |
| 9ª | 18 e 19 de dezembro de 2009 | Ao SUS o que é do SUS – resgatando o ideário da Reforma Sanitária | Roberto Requião | Antonio Garcez Novaes Neto |
| 10ª | 17 a 19 de outubro de 2011 | SUS Patrimônio do Povo Brasileiro: Construindo as redes de atenção à saúde do Paraná | Carlos Alberto Richa | Rosita Márcia Wilner |
| 11ª | 18 a 20 de agosto de 2015 | Saúde Pública de Qualidade para os Paranaenses | Carlos Alberto Richa | Antonio Garcez Novaes Neto |

Fonte: Relatórios Finais das Conferências Estaduais de Saúde – elaboração da autora

As Conferências Estaduais de Saúde do Paraná começaram a ser realizadas a partir de 1991, cumprindo o artigo 1º da lei federal nº 8.142/90 que assevera: “O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde”. A lei federal previa a periodicidade de 4 anos para a realização das Conferências Estaduais, mas o Estado do Paraná realizou até o ano de 2011 as Conferências Estaduais a cada 2 anos. O Conselho Estadual discutiu e aprovou o período de 4 anos para a realização das conferências alegando que em apenas 2 anos era inviável a execução das deliberações proposta. O início desta discussão se

deu na 148ª reunião ordinária, 17/12/2008, e culminou com a assinatura do decreto estadual nº 4476 de 24/03/2009, passando de 2 para 4 anos a realização das Conferências Estaduais de Saúde.

No Paraná as Conferências de Saúde possuem grande importância, pois suas deliberações subsidiam as ações do Poder Executivo na construção do Plano Estadual de Saúde. O Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 foi elaborado pelos gestores estaduais em parceria com o Conselho Estadual de Saúde (PARANÁ, 2013b). O plano expressa os objetivos, diretrizes e metas, que se baseiam na análise situacional e têm como referência o Plano Nacional de Saúde. O plano inicia-se com a análise da situação de saúde, abrangendo aspectos relacionados ao perfil demográfico, socioeconômico e o da morbimortalidade. Em seguida, apresenta a descrição da organização e funcionamento da gestão estadual do SUS e organização do Sistema Único de Saúde no Paraná. O processo de formulação do Plano Estadual de Saúde (PES) iniciou-se com a apresentação pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) de proposta de metodologia para elaboração do Plano e discussão de definição de cronograma para o detalhamento do documento, na 184ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde no dia 28/02/2012. Aprovada a metodologia, a SESA apresentou um diagnóstico da situação de saúde no Paraná em parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Isso se deu na 3ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual no dia 29 de março de 2012. A partir dessa reunião, o Conselho Estadual preparou contribuições ao Plano que foram enviadas, avaliadas e discutidas com a SESA. Na 5ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde, em 23 de maio de 2012, foi concluída a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Paraná, com sua aprovação formalizada por meio da Resolução CES/PR 006/12, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 8.735 de 18 de junho de 2012.

Alguns outros exemplos de incorporação das deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde na construção do Plano Estadual com relação ao controle social. Foram várias deliberações aprovadas que solicitavam a capacitação para os conselhos municipais de saúde tais como: a deliberação 421 – promover a participação dos Conselhos de Saúde no Programa de Inclusão Digital (PID), a deliberação nº 422 – desenvolver a política de educação permanente para o controle social do SUS, deliberação nº 430 – Organização do Conselho de Saúde com estrutura física e equipamentos, deliberação nº 431 – Financiamento para o controle social, com aumento de verbas vinda do estado e da União, deliberação nº 440 – Capacitação para os conselheiros estaduais e municipais de saúde, proporcionada pelo estado por meio da Educação Permanente em Saúde para efetivação do papel dos conselhos

municipais de saúde como fiscalizadores das ações do SUS, visando à formação de multiplicadores das informações recebidas, a deliberação nº 441 – capacitação e sensibilização de gestores e conselheiros sobre a importância do controle social e deliberação nº 442 – utilizar novas estratégias para o fortalecimento do controle social nos municípios com treinamentos contínuos dos conselheiros. Essas deliberações subsidiaram o Plano Estadual de Saúde na construção da diretriz 14 – Desenvolvimento da política estadual de educação permanente para o SUS e na diretriz 15 – Ampliação e fortalecimento dos espaços de participação da sociedade e do controle social. Como resultado concreto disto foi a implantação em 2014 do Curso de Capacitação para Conselheiros Estadual e Municipal de Saúde e Secretários (as) Executivos dos Conselhos que, em sua primeira fase, contemplou 10 regionais de saúde e em 2016 está oferecendo para as outras 12 Regionais, com cobertura dos 399 municípios do Paraná. O curso é presencial com carga horária de 136 horas. Com relação às deliberações que pleiteavam recurso financeiro para os conselhos, elas foram atendidas no ano de 2015 quando o governo estadual repassou para os municípios paranaenses o incentivo financeiro estadual no valor de R\$ 3.500,000, 00 (Três milhões e meio de reais), sendo R\$ 2.500.000,00 (Dois milhões e meio de reais) para custeio e R\$ 1.000.000,00 (Um milhão de reais) para investimento. Quantia repassada em parcela única para os 392 municípios do Estado do Paraná que aderiram ao programa, como parte integrante do Programa Estadual de Qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde (PQCMS). Cada município recebeu em parcela única referente ao incentivo de custeio no valor de R\$ 6.265,00 (seis mil duzentos e sessenta e cinco reais), e de R\$ 2.506,00 (Dois mil quinhentos e seis reais) para incentivo de capital.

Nas 16 (dezesesseis) diretrizes que compõe o PES – 2012-2015, pode-se afirmar que em todas elas existem relações com as deliberações aprovadas na 10ª Conferência Estadual de Saúde, sendo, portanto, as Conferências Estaduais de Saúde um importante mecanismo de participação institucional capaz de apresentar uma conexão direta entre as Políticas Públicas e os Processos Participativos no Estado do Paraná.

3 CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Federal de 1988, por meio de diversos artigos, definiu a participação social como necessária em algumas políticas específicas e abriu espaço para a reivindicação da partilha de poder nas mais diferentes áreas (BRASIL, 1988). Alguns dos conselhos foram criados a partir da regulamentação destas políticas constitucionalmente previstas, como o Conselho de Saúde, de Assistência Social e de Direitos da Criança e do Adolescente. Outros conselhos são resultados de demandas por participação em políticas para as quais ainda não tinham sido construídos sistemas nem institucionalidades específicas, como é o caso do de Segurança Pública. Neste sentido, os percursos transcorridos pelas diferentes áreas de políticas na direção da formalização da participação implicam uma variação muito grande de espaços (IPEA, 2013).

Os Conselhos de Políticas Públicas são entendidos como espaços públicos vinculados a órgãos do Poder Executivo, tendo por finalidade permitir a participação da sociedade na definição de prioridades para a agenda política, bem como na formulação, no acompanhamento e no controle das políticas públicas. Estes conselhos são constituídos em âmbito nacional, estadual e municipal, nas mais diversas áreas. Além disso, é importante ressaltar que eles permitem a inserção de novos temas e atores sociais na agenda política (IPEA, 2013).

Os conselhos podem ser considerados instituições híbridas, visto que o Estado e sociedade civil partilham o poder decisório e se constituem como fóruns públicos que captam demandas e pactuam interesses específicos de diversos grupos envolvidos em determinada área de política (AVRITZER e PEREIRA, 2005). Os conselhos são espaços permanentes em que as reuniões ocorrem com certa regularidade e há a continuidade dos trabalhos.

O número de conselhos nacionais aumentou consideravelmente desde o início da década de 1990. Enquanto, entre 1930 e 1989, foram criados apenas cinco conselhos nacionais, entre 1990 e 2009, somaram-se a eles mais 26 conselhos, tendo em vista a difusão da ideia de ampliar a participação no processo de formulação de políticas públicas pós-CF/1988 (IPEA, 2013).

Tatagiba (2005) considera que os conselhos gestores de políticas públicas constituem uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil contemporâneo. Fazem-se presentes em praticamente todos os municípios brasileiros, e, em sua grande maioria, apresentam articulação com os conselhos estaduais e nacional. Estão presentes nas áreas de saúde, educação, moradia, meio ambiente, transporte, cultura, dentre outros e

representam uma conquista inegável do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática. Para Tatagiba (2005) “sua novidade histórica consiste em apostar na intensificação e na institucionalização do diálogo entre governo e sociedade – em canais públicos e plurais – como condição para uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos”.

Segundo Almeida e Tatagiba (2012), os conselhos são compostos por representantes do estado, da sociedade civil e de prestadores de serviços públicos. Essa composição torna o processo decisório mais permeável aos diversos interesses implicados na elaboração e execução das políticas públicas, favorecendo decisões mais justas e legítimas. Para Almeida e Tatagiba (2012):

Os conselhos gestores são também espaços nos quais se fomenta um importante aprendizado de convivência democrática, tanto para os atores da sociedade quanto do Estado. Tem exigido que o Estado dê publicidade as suas ações, apresente contas, exponha os critérios que balizam acordos; e, da sociedade civil, tem exigido que se qualifique para essa participação, o que amplia seu conhecimento dos processos que envolvem a gestão pública e possibilita a construção de novos referenciais capazes de equilibrar a defesa dos interesses privados e corporativos com reconhecimento do caráter coletivo dos direitos implicados (ALMEIDA e TAGAGIBA, 2012, p. 73).

Cortes (2013) considera os conselhos como fórum altamente institucionalizados, organizados e regulados por regras legais e administrativas estabelecidas em cada área de política pública. Seus participantes representam interesses específicos dessas áreas e fazem parte da estrutura administrativa das áreas de políticas públicas a que estão vinculados. As agendas dos conselhos, as questões sobre as quais estes têm poder para decidir e o seu papel institucional são modelados por regras preestabelecidas e pelas necessidades criadas pelas características institucionais de cada área. Cortes (2013) apresenta algumas características próprias dos conselhos que nos ajuda a identificá-los:

- Relação com os governos: em geral, criados por regras legais (Constituição, emendas constitucionais e leis federais) e por atos administrativos (ministeriais ou dos conselhos nacionais), mas também podendo ser criados por leis municipais. Dependem do gestor municipal para o seu funcionamento e manutenção;
- Quanto aos participantes: são estabelecidos por regras legais e administrativas federais; grupos sociais diretamente interessados na área de política pública a qual o conselho é afeto;

- Questões de pauta: tipo de agenda e as questões sobre as quais podem decidir são modeladas pelas regras preestabelecidas e pelas necessidades da área de política pública a qual o conselho é afeto;
- Regras de funcionamento: regras gerais são estabelecidas por leis ou normas administrativas federais, mas o do funcionamento do fórum é definido pelos regimentos internos de cada conselho. Agendas de debates dependem da dinâmica política setorial, as ações dos gestores de cada área vão construindo as pautas. Predomina a participação indireta, por meio da representação. A maioria tem: encontros regulares, núcleos de coordenação formados por conselheiros; decisões por consenso, mas, por vezes, existem intensas discussões que podem levar à votações, especialmente nos conselhos municipais das cidades maiores e das capitais;
- Papel institucional: arenas setoriais municipais em que diferentes interesses podem ser representados. Devido ao alto grau de institucionalização, seu papel institucional depende, em grande parte, da área de política pública a que estão afetos.

Assim como os conselhos de políticas públicas, as conferências também começaram a ser estudadas na década de 1990 na tentativa de entender não apenas seu modo de funcionamento, mas também seu papel no processo político decisório e suas potencialidades na contribuição do aprofundamento da democracia brasileira (SOUZA et. al, 2013a). Para Pogrebinschi (2013):

Os conselhos nacionais de políticas públicas são, portanto, instâncias que dão continuidade ao trabalho das conferências nacionais durante os seus interstícios, seja garantindo que as demandas nelas apresentadas convertam-se em políticas públicas – por meio, por exemplo, de moções de apoio a projetos de lei – seja promovendo a execução destas – por meio, por exemplo, dos atos normativos que lhes são próprios, as resoluções – seja as monitorando – por meio, por exemplo, de suas reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como de seus grupos de trabalho e comissões internas. (POGREBINSCHI, 2013, pag. 261)

Para Souza (2011), o uso da noção de espaço público é influenciado pelas visões a respeito da emergência de experiências da sociedade civil no período de redemocratização do país, de modo que a construção de espaços públicos se dava tanto com a ampliação do debate no interior da sociedade civil como na democratização da gestão estatal. Deste modo, as

conferências como espaços públicos institucionalizados estariam dentro deste processo de ampliação da participação social na gestão pública.

Souza (2011) considera as conferências como canais de participação, que se estabelece nos limites e nas regras definidos e configuram-se como uma via para a expressão de interesses e disputas entre os sujeitos políticos. O que sugere que as conferências seriam uma das formas do exercício da participação política em um sistema político. As conferências estão inseridas em um contexto político mais amplo e é uma das alternativas para a expressão de interesses dos grupos envolvidos.

Esta é a mesma visão dos autores que consideram as conferências como instituições participativas, como “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas” (AVRITZER, 2008). Isto quer dizer que há participação institucionalizada da sociedade na formulação das Políticas Públicas. Neste entendimento, consideram as conferências como instituições participativas nas quais a participação social é dotada de regulamentação por meio de leis, decretos, portarias ou resoluções.

Outros teóricos reconhecem as conferências como espaços integrados de participação, deliberação e representação (SOUZA, 2013). Consideram deliberação como momento de interação pública baseada no diálogo ou em discussões a respeito de uma questão social. As conferências são processo de diálogo e manifestação de opiniões para definição de uma agenda pública, marcada e viabilizada pela mobilização social e participação plural, viabilizada por mecanismos de representação.

Pogrebinschi (2010) considera que a partir de 2003, as conferências passaram a ser mais amplas, abrangentes e inclusivas. Sua amplitude se dá em relação à participação da população, seja ela, como delegados nas etapas municipais e estaduais ou na etapa nacional. Tornam-se mais abrangentes, por não se restringir somente as áreas da Saúde ou Assistência Social, atingindo uma ampla área de Políticas Públicas, compreendendo mais de 30 temas debatidos em conferência. Tornam-se mais inclusivas em decorrência da sua amplitude e abrangência, por reunirem um conjunto cada vez mais diverso e heterogêneo de grupos sociais, sobretudo aqueles representativos da sociedade civil, distribuídos entre ONGs, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, entidades empresariais e outras. Tornam-se, por fim, mais frequentes por trazerem dentre as suas diretrizes a demanda pela sua reprodução periódica, a qual encontra respaldo em políticas dos ministérios, secretarias, conselhos nacionais ou grupos de trabalho envolvidos na sua convocação e organização e, em alguns

casos, como por exemplo, na política de saúde, na própria legislação, que assegura a periodicidade de 4 anos conforme lei 8.142/90 (POGREBINSCHI, 2010).

As conferências nacionais possuem alguns elementos que caracterizam as suas formas de funcionamento. Souza et. al. (2013a) elaboraram um estudo das principais características de 82 conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011. Nesta pesquisa, constatou-se que as conferências nacionais são convocadas pelo Poder Executivo, 44% delas foram por decreto presidencial, 24% por portaria ministerial, 8% interministerial e 10% por resolução do conselho da área. Somente duas conferências, a 8ª e a 10ª Conferência de Direitos Humanos, foram convocadas pelo Poder Legislativo. Por meio da análise documental dessas 82 conferências nacionais observou-se que, após o ato convocatório, é constituída uma comissão organizadora nacional, com integrantes de outros órgãos federais e de organizações da sociedade civil, na qual são formulados os atos normativos e orientadores da conferência. Dentre esses atos está o regimento interno, documento responsável pela especificação das etapas e critérios de participação das conferências, como mostra a figura 1.



Figura 1 – Fases do processo conferencial

Fonte: Souza et. al (2013a)

Por meio da revisão de literatura e análise dos dados de 82 conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011 é possível identificar algumas características comuns às conferências, tais como: participação da sociedade e do governo. Sem a participação de um dos representantes o processo é prejudicado, porque as conferências são processos de promoção de diálogo entre a sociedade e o governo. Espera-se que as conferências sejam convocadas pelo poder executivo, o que reforça seu caráter propositivo. Outra característica importante é a existência de etapas interconectadas, começando nos municípios, passando

pelos Estados e culminando com a etapa nacional, reforçando seu caráter mobilizatório. Nas etapas municipais são eleitas propostas e os delegados que participarão na etapa Estadual, assim como nesta etapa também serão eleitas as propostas e os delegados que participarão da etapa Nacional (SOUZA, 2013). Segundo Souza e Pires (2013), ainda na atualidade o aspecto de articulação federativa aparece entre as motivações governamentais para a realização das conferências. A análise das justificativas para a realização das conferências nacionais, além da mobilização social, reside nas intenções ligadas à coordenação de Políticas Públicas nos três níveis de Federação, ainda de maneira não explícita nos objetivos das conferências.

Para Souza et. al (2013b), na atualidade, as conferências de políticas públicas despertam interesses acadêmicos e governamentais no que diz respeito a sua efetividade, ou seja, nos resultados gerados pelas suas práticas e não apenas sobre o processo em si. Neste sentido, estes pesquisadores investigaram experiências de monitoramento dos resultados de quatro conferências nacionais: Conferência de Políticas para Mulheres, Conferência de Juventude, Conferência de Assistência Social e Conferência Nacional de Aquicultura e Pesca, na tentativa de encontrar pistas sobre as implementações das decisões destas conferências. Para os autores as iniciativas de monitoramento, enquanto tentativas de acompanhamento dos resultados das conferências, são consideradas consequências diretas desses processos participativos que, ao mesmo tempo, podem contribuir com a identificação de seus efeitos. Segundo Souza et. al (2013a) o debate está ancorado na percepção de que não se pode falar em efetividade da participação quando não se tem informações concretas sobre o encaminhamento das decisões tomadas nas conferências ou sua aplicação nas políticas públicas. Nos casos que foram estudados, os pesquisadores verificaram que o monitoramento das deliberações das conferências nacionais é realizado pelo governo por meio das secretarias, ministérios e dos conselhos de políticas públicas. Os autores apontam que:

O trabalho aposta que se deve priorizar a atuação do conselho no monitoramento, uma vez que eles contam com a participação da sociedade civil e têm como função importante o controle social das ações do governo. Além disso, pode estreitar as ligações entre essas diferentes instâncias de participação – conselhos e conferências – fortalecendo-as. Além disso, sabe-se que o processo participativo terá maior legitimidade diante da população quanto mais os resultados puderem ser percebidos, como a implementação das decisões tomadas. (SOUZA et. al 2013b, p. 25)

Segundo Souza et. al (2013b), a experiência de monitoramento das conferências de políticas públicas ainda é fenômeno recente no Brasil, porém é uma tendência de fundamental importância para demonstrar o quanto esta instância é efetiva e averiguar se os objetivos

propostos no início do processo foram alcançados. A pesquisa demonstrou que as IPs estão se esforçando para o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e que é muito importante a construção de metodologias utilizadas para verificar os encaminhamentos dados às demandas postas pela sociedade nas conferências.

A pesquisa de Souza et. al (2013b), ao argumentar pela importância de se saber os caminhos percorridos pelas deliberações das conferências, reforça o argumento apresentado na introdução desse trabalho que se refere à necessidade de se olhar as IPs para além de suas fronteiras para compreender seus possíveis impactos. A pesquisa apresentada segue uma direção semelhante, porque abordou as possíveis convergências de agendas entre as IPs e as IRs e permitiu analisar se estas convergências diagnosticadas são resultados de encontros efetivos entre essas instituições, permitindo-nos a entender quais são os destinos das deliberações produzidas nas conferências.

3.1 INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS, INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS: PROCEDIMENTOS DE PESQUISA PARA O DIAGNÓSTICO DE SUAS POSSÍVEIS CONVERGÊNCIAS

Pogrebinschi (2010), inspiração para a tessitura desta dissertação de mestrado, coordenou a pesquisa intitulada “Entre Representação e Participação: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro”, realizada entre maio de 2009 e março de 2010, por meio de um convênio entre o Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e a Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL/MJ), apoiada pelo PNUD e pelo pesquisador Fabiano Santos. Para Pogrebinschi (2010), o surgimento de novas práticas democráticas de participação fortalece a representação política. A autora buscou comprovar que as conferências nacionais impulsionam a atividade legislativa do Congresso Nacional, fortalecendo, por meio de uma prática participativa e deliberativa, a democracia representativa no Brasil. A pesquisadora sugeriu a existência de uma relação de complementaridade entre os institutos de democracia participativa e da democracia representativa. Para chegar a essa conclusão, construiu um banco de dados com 1.937 diretrizes advindas das conferências nacionais e 3.750 proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional, no período de referência de 1988 a 2009. Pogrebinschi (2010) priorizou as diretrizes que indicassem tratamento legislativo, classificando-as segundo as seguintes características: i) diretrizes que sugeriam explicitamente a elaboração de projetos de lei emendas constitucionais, decretos e outras espécies legislativas; ii) diretrizes que

demandam criação, discussão, revisão e modificação de legislação já existentes; iii) diretrizes que demandam regulamentação de leis; iv) diretrizes que demandam aprovação, apoio ou rejeição de projetos já em tramitação no Congresso Nacional; v) diretrizes que demandem explicitamente a criação de políticas nacionais gerais ou específicas e vi) diretrizes cuja forma e conteúdo demandem necessariamente formulação de Políticas Públicas. Após esta classificação Pogrebinschi (2010) utilizou a base de dados do Congresso Nacional para identificar propostas legislativas que tivessem identidade temática com as diretrizes das conferências. O quadro 3 elaborado por Romão (2014) demonstra esta primeira fase da pesquisa.

Quadro 3 – Produção legislativa em relação às diretrizes das conferências – pertinência temática e filtro qualitativo

| | Projetos de Lei | Propostas de Emenda Constitucional | Leis Ordinárias e Complementares | Emendas Constitucionais |
|---|------------------------|---|---|--------------------------------|
| Produção legislativa do Congresso | 13.245 (100%) | 369 (100%) | 4.322 (100%) | 57 (100%) |
| Produção legislativa não resultante das conferências (pertinência temática) | 10.616 (80,2%) | 190 (51,5%) | 4.010 (92,8%) | 48 (84,2%) |
| Produção legislativa resultante das conferências (pertinência temática) | 2.629 (19,8%) | 179 (48,5%) | 312 (7,2%) | 9 (15,8%) |
| Produção legislativa não resultante das conferências (filtro qualitativo) | 12.679 (95,7%) | 323 (87,5%) | 4.271 (98,8%) | 56 (98,2%) |
| Produção legislativa resultante das diretrizes (filtro qualitativo) | 566 (4,3%) | 46 (12,5%) | 51 (1,2%) | 1 (1,8%) |

Fonte: Elaborado por Romão (2014) com base em Pogrebinschi (2010)

Além disso, Pogrebinschi (2010) refinou ainda mais as proposições, mantendo apenas aquelas que tratassem exatamente de algumas das demandas apresentadas em cada uma das diretrizes das conferências. Foram consideradas somente as proposições legislativas que receberam trâmite no Congresso Nacional no período de um ano (12 meses) imediatamente subsequente à realização de cada uma das 70 conferências nacionais para as quais foi realizada a pesquisa legislativa, ou seja, todas compreendidas entre 1988 e 2008. Foram concebidas parte integrante da pesquisa as proposições legislativas que no momento da realização da pesquisa (2009) eram consideradas inativas. Tratavam-se de projetos de leis e propostas de emendas constitucionais que tramitaram, isto é, foram introduzidas e/ou aprovadas durante o ano subsequente ao da realização de cada uma das conferências, porém deixaram de tramitar em algum momento posterior seja por terem sido arquivados, seja por não terem sido reapresentados nas sessões legislativas posteriores, seja por terem sido vencidos em votações, seja por terem sido substituídos e ou/fundidos com outros projetos de lei ou propostas de emenda constitucional. O quadro 4 apresenta seus resultados.

Quadro 4 - Leis Ordinárias e Complementares e Emendas Constitucionais – limite de 1 ano e filtro qualitativo

| | Leis Ordinárias e Complementares | Emendas Constitucionais |
|--|---|--------------------------------|
| Produção Legislativa total do Congresso | 4.322 (100%) | 57 (100%) |
| Produção Legislativa não resultante das diretrizes das conferências | 4.271 (99,7%) | 57 (100%) |
| Produção Legislativa resultantes das diretrizes das conferências após classificação com filtro qualitativo e aplicado limite de um ano | 215 (0,3%) | 0 (0%) |

Fonte: Elaborado por Romão (2014) com base em Pogrebinschi (2010)

Na conclusão da pesquisa, Pogrebinschi (2010) argumentou que as conferências nacionais impulsionam a atividade legislativa do Congresso Nacional, fortalecendo, assim, por meio de uma prática participativa e deliberativa, a democracia representativa no Brasil (POGREBINSCHI, 2010). Para a autora:

“A identificação da dimensão deliberativa é inerente às práticas participativas, e estas devem ser concebidas como inerente às instituições representativas. A representação política deve conter dentro de si o que se chama de participação social, e esta deve necessariamente envolver experiências deliberativas. Em outras palavras, democracia representativa,

participativa e deliberativa são modelos teóricos que devem ser conciliados na prática. E as conferências nacionais provam que isso é possível. (POGREBISNCHI, 2010, PAG. 80)

Sobre as conclusões de sua pesquisa, Pogrebinschi (2010) afirma:

A pesquisa permite perceber que a participação social não deve ser compreendida como o oposto da representação política – ou seja, que não há antagonismo entre participação e representação – e, especificamente, que representação não implica em não-participação e vice-versa, isto é, que participação não implica em não-representação. Práticas participativas e deliberativas como as conferências nacionais reproduzem internamente uma lógica representativa semelhante àquela adotada no Poder Legislativo, porém seu diferencial reside a) menos no aspecto da suposta ausência de mediação eleitoral e partidária entre as preferências dos cidadãos e a ação dos representantes e, b) mais na qualidade das deliberações produzidas, na especialização dos temas debatidos e na possibilidade de alteração das preferências dos cidadãos ao longo do processo, na medida em que se encontram expostos a informações produzidas por setores da sociedade civil diretamente envolvidos com o tema objeto da prática participativa em questão, no caso as conferências nacionais. (POGREBISNCHI, 2010, PAG. 79)

Porém, Romão (2014) chama a atenção quanto a esta busca entre a conexão das ações do governo federal por meio das conferências com o Poder Legislativo. Para o autor essa é uma maneira distinta de perceber os impactos – não diretamente sobre resultados em indicadores socioeconômicos, mas sobre o impacto na própria gestão pública, com a geração de novos programas ou alterações dos já existentes no sentido de observar as propostas das conferências. Romão (2014) faz uma crítica em relação ao trabalho de Pogrebinschi (2010), dizendo ser prematuro apontar alguma conexão relevante entre as diretrizes das conferências nacionais e a produção legislativa no Congresso Nacional. Para o pesquisador, apontar relação de causalidade entre o que se decide nas conferências e o que se propõe no Parlamento seria

[...] inferir que o deputado ou deputada somente poderia ter as conferências como elemento de referência para sua proposição, em um vácuo de outros inputs, o que nos parece descabido uma vez que há toda sorte de pressão e lobby sobre os parlamentares – advindos da sociedade e do próprio governo. É plausível considerar que os agentes sociopolíticos interessados em determinada alteração ou proposição de novas leis reconheçam nas conferências também um lugar de divulgação de seus interesses e princípios, mas não de maneira exclusiva (ROMÃO, 2014, p. 17).

Portanto, percebe-se por meio da crítica de Romão (2014) que apenas a convergência de agendas entre as IPs e as IRs não indicam, necessariamente, que haja encontros efetivos,

nos termos de Romão (2014) “não indica que as conferências sejam efetivas em promover impactos nas outras instituições”.

Quanto à efetividade das conferências nacionais, Romão (2014) faz as seguintes considerações:

1º - sobre a grande dificuldade de estabelecer metodologias de pesquisas que apontem os resultados em políticas públicas que possam ser devidos às conferências. Segundo ele, a produção acadêmica não direciona para propostas teóricas e metodológicas que privilegiem este tipo de abordagem;

2º os trabalhos de avaliação das conferências são feitos pelo IPEA, em que seus pesquisadores valorizam aspectos governamentais, antes negligenciados pela literatura. Segundo Romão os trabalhos ainda são incipientes e poucos conclusivos. Ele considera o fenômeno recente e as metodologias e enfoques analíticos ainda sendo testados;

3º para o autor ainda há pouco desenvolvimento de estruturas de gestão da participação nos ministérios e secretarias, o que acarreta baixa capacidade de monitoramento sobre as decisões dos conselhos. Ele considera baixa a influência das conferências na agenda governamental e ainda diz ser baixa a permeabilidade entre as diretrizes das conferências e os projetos legislativos no Congresso Nacional, ainda que pesquisas como a de Pogrebinski (2010) sustente o contrário.

Quanto ao aspecto da efetividade das Instituições Participativas, mais precisamente das conferências nacionais de políticas públicas, Romão (2014) destaca:

As próximas pesquisas sobre esse tema deverão levar em conta o ambiente político específico das conferências, sempre permeado pelas opções de decisão possíveis. As conferências são espaços de discussão pública nas quais as disputas sobre projetos e políticas são postas à mesa, tanto as de origem governamental, como as advindas da sociedade, ou ainda de uma combinação desses dois campos, apenas virtualmente separados. São ambientes em que segmentos sociais e políticos testam seus argumentos e buscam ampliar a base social de suas demandas ou pautas. Considerar tais disputas em sua relação com o contexto político nos parece fundamental para pesquisas futuras. (ROMÃO, 2014, p. 19)

Reconhecendo essas dificuldades apontadas por Romão (2014), a pesquisa desta dissertação de mestrado teve como objetivo realizar um diagnóstico da convergência entre as duas agendas e, dando um passo mais além, pretendeu apresentar pistas, ou seja, evidências que possam demonstrar se esta convergência foi fruto de encontros efetivos entre as IPs e as IR ou não. Caso não fossem efetivos, demonstrar-se-ia que ainda existe o isolamento das IPs. Seguindo este pressuposto, é que foi desenvolvida esta dissertação de mestrado e, por meio da

bibliografia estudada, evidencia-se que os demais pesquisadores das IPs estão preocupados, neste momento, em asseverar a necessidade de os produtos gerados pelas IPs possuírem a capacidade de alcançar e transformar positivamente as Políticas Públicas em torno das quais essas IPs foram construídas.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados critérios adaptados da pesquisadora Thamy Pogrebischi (2010) a fim de analisar se há convergência entre as agendas das IPs e das IRs. As IPs serão representadas pela 10ª Conferência Estadual de Saúde e as Instituições Representativas pela Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Na 10ª Conferência Estadual de Saúde foram aprovadas 623 deliberações excetuando-se as que requeriam tratamento do executivo. Considerou-se somente as deliberações que requeriam tratamento do poder legislativo. Após a leitura e a análise de cada uma dessas deliberações, foi construída uma tabela com as seguintes variáveis: i) deliberações que sugerem explicitamente a elaboração de projetos de lei, emendas constitucionais, decretos ou outras espécies legislativas previstas no artigo 59 da Constituição Federal de 1988; ii) deliberações que demandam criação, discussão, revisão e modificação de legislação existente; iii) deliberações que demandam regulamentação de leis; iv) deliberações que demandam aprovação, apoio ou rejeição de projetos já em tramitação na Assembleia Legislativa; v) deliberações que demandem explicitamente a criação de políticas estaduais gerais ou específicas e vi) deliberações cuja forma e conteúdo demandem necessariamente a formulação de políticas públicas.

Concomitantemente a este trabalho, foi realizado o levantamento das proposições legislativas especificamente na área de saúde pública, dentre os anos de 2011 a 2014, por meio da ferramenta de busca legislativa existente no site http://www.alep.pr.gov.br/atividade_parlamentar/pesquisa_legislativa. A tabela foi construída contendo as seguintes variáveis: data, lei/indicação legislativa, autoria, projeto nº e súmula/assunto e anotações. Após a construção desta tabela, afixada nos apêndices, fez-se a análise de cada um dos projetos de lei a fim de verificar se estes projetos possuíam alguma relação com as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde.

4 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ E AS DELIBERAÇÕES QUE REQUEREM INICIATIVA DO LEGISLATIVO

Analisar-se-á as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná e das proposições legislativas da Assembleia Legislativa do Paraná a fim de constatar se existe convergência entre as Instituições Participativas e Instituições Representativas brasileiras e se esta convergência é resultado de encontros efetivos ou não.

A 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada entre os dias 17 e 19 de outubro de 2011, teve como tema: “SUS: Patrimônio do Povo Brasileiro, Construindo as Redes de Atenção à Saúde no Paraná”. A etapa estadual aconteceu após a realização de 394 Conferências Municipais de Saúde, ocorridas nos seis meses que antecederam à Conferência Estadual (PARANÁ, 2013a). Segundo relatório final da conferência, participaram 963 delegados representantes do segmento de usuários do SUS, trabalhadores, gestores e prestadores, além de 168 observadores e 24 convidados. Os participantes se reuniram em fórum próprio, democrático, amplamente representativo e aberto a todos os segmentos sociais para debater e deliberar sobre propostas que visam o aperfeiçoamento do SUS (PARANÁ, 2013a).

Segundo o Regulamento da 10ª Conferência Estadual de Saúde: “A Conferência Estadual é fórum estadual de debate e deliberação sobre a Política Estadual de Saúde do Estado do Paraná, aberto a todos os segmentos da sociedade e tem a finalidade de: I. Avaliar a situação da Saúde do Estado; II. Formular, fixar e avaliar as diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, enquanto que públicas; III. Eleger e homologar as instituições, órgãos e entidades que irão compor o CES/PR, gestão 2012 a 2015; IV. Eleger Delegados para a 14ª Conferência Nacional de Saúde a ser realizado em 30 /11 à 4/12/2011, em Brasília-DF”.

Durante a realização da 10ª Conferência Estadual de Saúde foram aprovadas 623 deliberações. Essas deliberações foram o objeto de estudo. No primeiro momento da pesquisa, para construção do quadro 5, foi mantido o foco nas deliberações que indicassem e demandassem tratamento legislativo, portanto, foram excluídas as deliberações que demandassem tratamento do executivo.

Para classificação dessas deliberações foram utilizados critérios adaptados de Pogrebinschi (2010) sendo eles: (i) Deliberações que sugeriram explicitamente a elaboração de projetos de lei, emendas constitucionais, decretos ou outras espécies legislativas previstas no artigo 59 da Constituição Federal de 1988; (ii) Deliberações que demandavam criação, discussão, revisão e modificação de legislação existente; (iii) Deliberações que demandavam

regulamentação de leis; (iv) Deliberações que demandavam aprovação, apoio ou rejeição de projetos já em tramitação na Assembleia Legislativa; (v) Diretrizes que demandavam explicitamente a criação de políticas nacionais/estaduais gerais ou específicas; (vi) Diretrizes cuja forma e conteúdo demandavam, necessariamente, a formulação de políticas públicas.

Depois de realizada a leitura de cada uma das 623 deliberações, as deliberações que demandavam tratamento do legislativo foram distribuídas conforme demonstra o quadro 5.

Quadro 5 – Demonstrativo das Classificações das Deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde

| I. Deliberações que sugerem explicitamente a elaboração de projetos de lei, emendas constitucionais, decretos ou outras espécies legislativas previstas no artigo 59 da Constituição Federal de 1988 | II. Deliberações que demandam criação, discussão, revisão e modificação de legislação existente | III. Deliberações que demandam regulamentação de leis | IV. Deliberações que demandam aprovação, apoio ou rejeição de projetos já em tramitação na Assembleia Legislativa/Congresso Nacional; | V. Deliberações que demandem explicitamente a criação de políticas nacionais/estaduais gerais ou específicas | VI. Deliberações cuja forma e conteúdo demandem necessariamente a formulação de políticas públicas |
|---|--|--|--|---|---|
| Delib. nº 03 | Delib. nº 01 | Delib. nº 9 | Delib. nº 8 | Delib. nº 10 | Delib. nº 15 |
| Delib. nº 24 | Delib. nº 02 | Delib. nº 12 | Delib. nº 26 | Delib. nº 95 | Delib. nº 17 |
| Delib. nº 41 | Delib. nº 05 | Delib. nº 23 | | Delib. nº 112 | Delib. nº 25 |
| Delib. nº 99 | Delib. nº 06 | Delib. nº 27 | | Delib. nº 146 | Delib. nº 41 |
| Delib. nº 100 | Delib. nº 12 | Delib. nº 30 | | Delib. nº 201 | Delib. nº 94 |
| Delib. nº 102 | Delib. nº 22 | Delib. nº 32 | | Delib. nº 213 | Delib. nº 130 |
| Delib. nº 112 | Delib. nº 26 | Delib. nº 37 | | Delib. nº 375 | Delib. nº 375 |
| | Delib. nº 29 | Delib. nº 39 | | Delib. nº 496 | |
| | Delib. nº 31 | Delib. nº 40 | | | |
| | Delib. nº 77 | Delib. nº 92 | | | |
| | Delib. nº 83 | Delib. nº 127 | | | |
| | Delib. nº 84 | Delib. nº 151 | | | |
| | Delib. nº 85 | Delib. nº 153 | | | |
| | Delib. nº 108 | Delib. nº 201 | | | |
| | Delib. nº 112 | Delib. nº 526 | | | |
| | Delib. nº 131 | Delib. nº 552 | | | |
| | Delib. nº 134 | Delib. nº 622 | | | |
| | Delib. nº 172 | Delib. nº 28 | | | |
| | Delib. nº 175 | Delib. nº 16 | | | |
| | Delib. nº 187 | | | | |
| | Delib. nº 223 | | | | |
| | Delib. nº 225 | | | | |

| | | | | | |
|--|---------------|--|--|--|--|
| | Delib. n° 227 | | | | |
| | Delib. n° 300 | | | | |
| | Delib. n° 314 | | | | |
| | Delib. n° 321 | | | | |
| | Delib. n° 332 | | | | |
| | Delib. n° 336 | | | | |
| | Delib. n° 343 | | | | |
| | Delib. n° 357 | | | | |
| | Delib. n° 367 | | | | |
| | Delib. n° 375 | | | | |
| | Delib. n° 431 | | | | |
| | Delib. n° 467 | | | | |
| | Delib. n° 488 | | | | |
| | Delib. n° 492 | | | | |
| | Delib. n° 512 | | | | |
| | Delib. n° 516 | | | | |

Fonte: Relatório Final da 10ª Conferência Estadual de Saúde – elaboração da autora

Por meio do quadro 5 podemos, observa-se que das 623 deliberações da 10ª Conferência Estadual⁴, 81 foram classificadas como deliberações que requereriam tratamento do Poder Legislativo, equivalendo a 13% do total de deliberações da conferência - número bastante expressivo considerando que a Conferência de Saúde é promovida por órgãos ligados ao poder Executivo Estadual, portanto sendo natural que a maioria das deliberações sejam de competência do Poder Executivo.

O que mais nos chama atenção é que a maioria das deliberações, 38 (trinta e oito) das 81 (oitenta e uma) foram classificadas na coluna II, totalizando 46% do total de deliberações. Tal fato suscita o repensar da saúde pública paranaense e brasileira, algumas leis necessitam com urgência serem revistas e atualizadas, porque já não atendem mais as necessidades do Sistema Único de Saúde SUS, como, por exemplo, as deliberações n° 6, n° 12, n° 22 que tratam especificamente de revisão dos valores de repasse financeiro aos Estados e Municípios brasileiros.

Dezenove deliberações foram classificadas como deliberações que necessitavam a regulamentação de leis (coluna III) como é o caso da Deliberação n° 9 – Implantar a jornada de 30 horas para todos os trabalhadores do SUS. Falando especificamente dos trabalhadores do SUS do Estado do Paraná, mesmo os profissionais de saúde que possuem lei federal com jornada de 30 horas são obrigados a cumprir a carga horária semanal de 40 horas. O pedido de cumprimento desta deliberação, ou seja, do cumprimento da carga horária estabelecida pelas leis federais, assim como várias outras deliberações que possuem este mesmo sentido, está

⁴ As 623 deliberações aprovadas na 10ª Conferência Estadual de Saúde estão disponíveis no endereço eletrônico: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RelatorioFinal10CES_Pdf_oficial_.pdf

sendo solicitada desde a primeira Conferência Estadual de Saúde que aconteceu em 1991. Tal qual acontece com a deliberação nº 28 (vinte e oito) que diz: “Exigir a regulamentação da EC 29 de acordo com PLS (Projeto de Lei do Senado) 121-2007, incluindo a destinação de 10% da Receita Bruta da União, levando em consideração a distribuição dos recursos com equidade”. Esta deliberação também já foi aprovada por Conferências Estaduais e Nacionais passadas, porém necessita, primeiramente, a aprovação do Poder Legislativo (Estadual e Federal) para que seja cumprida.

Neste quadro, 7 (sete) deliberações ocupam a coluna I, informando-nos de que existem ações que não poderiam ser executadas pelo Poder Executivo sem antes passar pela Assembleia Legislativa para que leis sejam criadas, permitindo assim a execução destas políticas pela Secretaria de Estado da Saúde.

Poucas deliberações foram classificadas na coluna IV. Destaca-se a deliberação nº 8 – “Implantar o PCCV-SUS (Planos de Cargos, Carreira e Vencimento do SUS), conforme princípio e diretrizes nacionais, com destaque para a educação permanente de acordo com a Portaria GM/MS nº 996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde”. Esta deliberação só poderá ser executada mediante aprovação deste projeto que já está em tramitação na Assembleia Legislativa do Paraná.

Por outro lado, as deliberações classificadas na coluna V e VI tiveram, concomitantemente, 8 (oito) deliberações cada uma e ambas estão correlacionadas porque as políticas precisam ser criadas por lei, decretos e emendas e posteriormente necessitam serem formuladas também por meio destes dispositivos para que se permita a execução destas deliberações aprovadas na conferência.

As 623 deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde constante no relatório final não sofreram nenhum agrupamento apesar da conferência ter oferecido 10 oficinas diferentes com os temas: 1. Equidade em Saúde: das Pessoas com Deficiência, Idosos e População Negra, 2. Saúde Mental: Direito e Consciência; 3. O Paraná e a NOB/RH/SUS; 4. Vigilância em Saúde: Promoção da Saúde, Prevenção à Doenças e Outros Agravos; 5. Política de Saúde do Trabalhador no Paraná; 6. Termo de Compromisso de Gestão – Responsabilidade dos Gestores, 7. O Uso da Comunicação para o Fortalecimento do Controle Social; 8. DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais: Financiamento e Controle Social, 9. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Aborto: uma questão de saúde pública, 10. Financiamento da Saúde: responsabilidades, prestação de contas e a importância do controle. Se as deliberações aprovadas estivessem dispostas conforme os assuntos facilitaria a compreensão dos leitores do

relatório final da conferência. Não houve também um filtro das propostas semelhantes, o que também pode ter contribuído para o elevado número de propostas.

4.1 AS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS DO ESTADO DO PARANÁ E SUAS RELAÇÕES COM AS DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Com o intuito de pesquisar o encontro das agendas entre as Instituições Participativas e Instituições Representativas brasileiras, apresentar-se-á a análise do levantamento das proposições legislativas na Assembleia Legislativa do Estado do Paraná nos anos de 2011 a 2014, bem como suas relações com as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde. A busca pelas proposições legislativas foi realizada por meio do *Site* da Assembleia, na ferramenta de busca legislativa, endereço eletrônico http://www.alep.pr.gov.br/atividade_parlamentar/pesquisa_legislativa. Consideramos somente as proposições legislativas específicas da área da Saúde Pública para a construção do banco de dados apresentado no Apêndice.

Entre os anos de 2011 e 2015 foram apresentados, na área de Saúde Pública, 115 Projetos de Leis pelos deputados Estaduais da Assembleia Legislativa do Paraná conforme demonstrado no quadro 6.

Quadro 6 – Projetos de Lei distribuídos por ano

| Ano | Quantidade Projetos de Lei |
|--------------|-----------------------------------|
| 2011 | 45 |
| 2012 | 23 |
| 2013 | 33 |
| 2014 | 14 |
| TOTAL | 115 |

Fonte: Elaboração própria baseada nos projetos de lei nos anos 2011 a 2014

Observa-se que em 2011, ano da realização da 10ª Conferência Estadual de Saúde, foi o ano em que mais projetos de lei foram apresentados pelos deputados estaduais. Foram 45 projetos, ou seja, 39,13% do total, apresentados no período de 4 anos. Uma vez que em 2012 este número caiu para 23, o equivalente a 20% do total de projetos apresentados neste mesmo período. O ano de 2013 foi o que apresentou o segundo maior percentual de projetos de autoria dos deputados estaduais, foram 33, ou seja, 28,7% do total de projetos. No último ano

de legislatura foram apresentados somente 14 projetos na área de saúde pública, totalizando 12,18%.

Após análise de cada um dos 115 projetos de lei, referentes aos anos de 2011 a 2014, verificou-se que 26 projetos possuem relação com 49 deliberações da 10ª Conferência Estadual, conforme apresentado no apêndice deste trabalho. Este número representa 22,6% do total de projetos de lei. Dados bastante semelhantes aos da pesquisadora Pogrebinschi (2010), que classificou em torno de 19,8% dos projetos de leis, no cenário nacional, que possuíam relação com as conferências nacionais de políticas públicas. Esta análise conclui o primeiro objetivo da dissertação: demonstrou que existe a convergência de agendas entre as IPs e as IRs.

O quadro 7 apresenta a produção total da Assembleia Legislativa na área de Saúde Pública entre os anos de 2011 a 2014. Os números sugerem uma forte convergência entre as agendas das IPs e das IRs porque demonstram uma porcentagem bastante alta, tanto dos projetos de leis que possuem relação com as deliberações da conferência, que perfazem 22,6% do total, quanto das leis aprovadas que foram 17,65% do total aprovações.

Quadro 7 – Projetos de Lei e Lei Sancionadas Assembleia Legislativa Paraná – área – Saúde Pública – 2011 e 2015

| | Projetos de Lei | Leis Aprovadas |
|---|------------------------|-----------------------|
| Produção Legislativa total da Assembleia Legislativa | 115 (100%) | 17 (100%) |
| Produção Legislativa não resultante das diretrizes das conferências | 89 (77,40%) | 14 (82,35%) |
| Produção Legislativa resultantes das diretrizes das conferências | 26 (22,60%) | 3 (17,65%) |

Fonte: Elaboração da autora

Em análise, dos 26 projetos que possuem relação com as deliberações da conferência, 3 deles foram transformados em Leis, conforme demonstrado pelo quadro 8. Os outros 23 projetos foram arquivados, sendo 1 por ilegalidade, 7 devido ao final da legislatura (30,5%) e 15 por inconstitucionalidade (65,2%).

Apesar destes 23 projetos de lei terem sido arquivados, eles também foram analisados no estudo desta dissertação porque a pesquisa se preocupou em averiguar a relação

entre os projetos de leis apresentados pelos deputados e as deliberações das conferências, independentemente desses projetos terem sido transformados em lei ou não. De forma geral, os 23 projetos estabelecem relação de muita proximidade com as deliberações da conferência. Alguns projetos de lei que foram arquivados pelo motivo “final de legislatura” possuem relação com as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde. O Projeto de Lei nº 489/2014 que “Institui a semana estadual de conscientização e prevenção de diabetes, a ser realizado na semana 9 a 18 de novembro”, está relacionado com 4 deliberações aprovadas na 10ª Conferência Estadual de Saúde, sendo que a deliberação 48 solicita “implantar e implementar nos três níveis de governo campanhas educativas e preventivas de acidentes e causas de deficiências provenientes dos agravos de doenças, como diabetes, rubéola, toxoplasmose, DST/AIDS, entre outras” e a deliberação nº 234 diz: “Ampliar as palestras e orientações em saúde para entidades e/ou grupos de portadores de hipertensão, diabetes, gestantes, jovens e idosos”. Assim como o Projeto de Lei 417/2014 “que autoriza o poder executivo a criar serviços de acupuntura e homeopatia nas unidades de saúde e nos hospitais mantidos pelo poder público ou vinculado a eles” possui grande proximidade com o texto da deliberação nº 179 que solicita a “viabilização de técnicas alternativas e não experimentais a exemplo da acupuntura, regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina do SUS”. O projeto 235/2013 que “institui a política estadual de atenção às doenças da boca e da face”, foi um dos temas discutido e aprovado na 10ª Conferência Estadual de Saúde por meio das deliberações 578 e 170 que diziam “implantar ações de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde” e “ampliar serviços de fornecimento de prótese dentária total e parcial e fortalecimento da política integral em saúde bucal”.

Da mesma forma, os projetos arquivados por inconstitucionalidade possuem uma estreita relação com as deliberações da conferência, assim como o Projeto de Lei 88/2014 que “institui a política de atenção integral à saúde dos trabalhadores da administração pública do estado do Paraná e foi reivindicado por 3 deliberações aprovadas na conferência. A citar: a nº 15 que solicita a “inclusão de indicadores específicos relacionados à saúde do trabalhador nas pactuações com os municípios, de acordo com as especificidades do parque produtivo, com vistas a atender a política estadual de atenção integral à saúde do trabalhador do Paraná”; a deliberação nº 256 – “implantação da política estadual de saúde do trabalhador e da PNPS” e a deliberação nº 336 – “que o chefe do poder executivo elabore e encaminhe Projeto de Lei sobre a saúde do trabalhador voltado ao funcionalismo, colocando um ponto final na omissão do estado na área”.

O Projeto de Lei 656/2013, arquivado por inconstitucionalidade, tem em sua súmula a “Criação de regime especial de atendimento para mulher vítima de violência, nos serviços públicos de saúde de referência em cirurgia plástica e atendimento psicoterápico, no âmbito do estado do Paraná”, na forma como especifica também foi objeto de discussão e aprovação de 4 deliberações durante a 10ª Conferência sendo uma dessas deliberações a de nº 496 que assevera “garantir acesso da mulher a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral, visando à promoção da saúde em todas as fases do ciclo de vida, com ênfase no acompanhamento precoce das gestante e prevenção da gestação em mulheres com risco reprodutivo já existente, diagnóstico e tratamento adequado aos problemas clínicos, de saúde mental, de violência e especificidade de raça”. Mais um exemplo de Projeto de Lei arquivado por inconstitucionalidade que está relacionado com a deliberação nº 254, é o projeto 526/2012, o qual solicita a “estruturação de um programa permanente de enfrentamento da dengue e outras endemias”. Foram arquivados por inconstitucionalidade projetos de leis relacionados a doenças como diabetes, depressão pós-parto, obesidade, dependência química e saúde auditiva, temas de suma importância relacionados à saúde pública e que foram também discutidos e aprovados por meio de deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde.

O quadro 8 apresenta os 3 projetos de leis que possuem relação com as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde e que tiveram suas leis sancionadas.

Quadro 8 – Leis Sancionadas que possuem relação com as Deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde

| Qtde | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|-------------|----------------|--------------------------|--|--|-----------------------|
| 1 | 03/07/2013 | Projeto de Lei 272/2013 | Lei Sancionada Nº 17795 de 2013 Publicada no Diário Oficial Nº 9101 de 6/12/2013 | Cria a semana do check-up juvenil na rede pública estadual de saúde. (Dep. Wilson Quinteiro) | 196, 576 |

| Qtde | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|------|------------|-------------------------|---|---|----------------|
| 2 | 13/03/2013 | Projeto de Lei 76/2013 | Lei Sancionada Nº 17651 de 2013 Publicada no Diário Oficial Nº 9016 de 7/8/2013 | Cria uma rede previamente definida para o parto, que vincule cada unidade pré-natal do SUS a garantia de acesso automático a uma dada maternidade. (Dep. Gilberto Martin) | 501, 517 |
| 3 | 16/08/2011 | Projeto de Lei 641/2011 | Lei Sancionada Nº 16935 de 2011 Publicada no Diário Oficial Nº 8577 de 26/10/2011 | Institui o mês "Outubro Rosa", dedicado a ações preventivas à integridade da saúde da mulher. (Dep. Cantora Mara Lima). | 528 |

Fonte: Elaboração da autora

Ao analisar o conteúdo das 3 leis que foram sancionadas, verifica-se que elas são de grande relevância para o SUS Paranaense e que também possuem forte relação com as deliberações da 10ª Conferência porque contemplam temas que foram muito debatidos durante a Conferências de Saúde como a Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente. A Lei 17795/2013, que cria a semana do check-up juvenil na rede pública estadual de saúde, objetiva a contribuição para o fortalecimento da política de saúde do jovem e do adolescente da Secretaria Estadual de Saúde e conseqüentemente dos municípios Paranaenses. Assim como as deliberações da conferência que vão na mesma direção da garantia dos direitos integrais dos adolescentes e jovens paranaenses, porque na deliberação nº 196, solicita-se “Que a Secretaria Estadual de Saúde identifique os fatores de risco em adolescentes visando à redução dos casos de DST/HIV/ AIDS”. Na deliberação nº 576 fica bem claro a relação com a lei apresentada porque nela diz “reivindicar junto à Secretaria Estadual de Saúde recursos financeiros para custear campanhas de prevenção e programas de saúde do homem e do adolescente”. Já a lei 17651/2013 do Deputado Gilberto Martin nº 17651/2013 “cria uma rede previamente definida para o parto, que vincule cada unidade pré-natal do SUS a garantia de acesso automático a uma dada maternidade”. O deputado Gilberto

Martin é médico e foi Secretário de Estado da Saúde do Paraná entre os anos 2007-2010 (Governo Roberto Requião). Nesses anos aconteceram a 8ª e 9ª Conferência Estadual de Saúde, esta lei está diretamente ligada a 2 deliberações aprovadas na 10ª Conferência Estadual. A deliberação nº 501 afirma que “garantir a vinculação hospitalar para todas as gestantes, conforme classificação de risco”, texto bastante semelhante à súmula da lei proposta pelo Deputado por meio do Projeto de Lei 76/2013. Esta lei também vem ao encontro com o Plano Estadual de Saúde referente aos anos de 2012-2015 da Secretaria Estadual de Saúde que apresenta dentre seus objetivos principais a redução da mortalidade materno-infantil do Estado por meio da implantação da “Rede Mãe Paranaense”. A Rede tem, dentre suas ações, a constituição das referências para o atendimento hospitalar e ambulatorial para as gestantes e crianças de risco habitual, intermediário e alto risco. A lei 16935/2011 institui o mês "Outubro Rosa", dedicado às ações preventivas à integridade da saúde da mulher. Projeto proposto pela deputada Cantora Mara Lima, reitera sobre os cuidados da Saúde da Mulher, reivindicação também feita pela deliberação nº 528 na conferência que diz: “Melhor divulgação e apoio para a campanha de preventivo do câncer do colo de útero e de mama”. O “Outubro Rosa” já era conhecido como o mês da luta contra o câncer de mama. Criado no início da década de 90 pela Fundação Susan G. Komen for the Cure, várias entidades no mundo integram as comemorações do “Outubro Rosa”, realizando ações de mobilização para o diagnóstico precoce da doença. Desde 2010 o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), passou a integrar essa mobilização e em 2011 o Paraná tornou lei a instituição do “Outubro Rosa” no Estado.

Algumas questões suscitam reflexão, tais como: os deputados estaduais têm conhecimento sobre essas deliberações que demandam tratamento do legislativo? Os parlamentares possuem interesse em se apropriar destas deliberações para a proposição de Leis? Eles possuem a informação de que essas instituições participativas poderiam fortalecer o seu poder representativo conforme demonstrado por Pogrebinski (2010)?

Até certo ponto, a Assembleia Legislativa agiu acionada pelas práticas participativas e processos deliberativos. A pesquisa demonstrou que a democracia participativa e as práticas deliberativas têm tido um papel de reforço da democracia representativa, demonstrado pela convergência das agendas entre as Instituições Participativas e Instituições Representativas.

4.2 ENCONTROS EFETIVOS ENTRE AS AGENDAS OU ENCONTROS NÃO EFETIVOS?

Como exposto anteriormente, os números apresentaram a convergência de agendas entre as IPs e as IRs, representadas pela 10ª Conferência Estadual de Saúde e Assembleia Legislativa Paranaense, porque obtiveram-se resultados semelhantes ao de Pogrebinski (2010), levando-se em conta que em sua pesquisa, Pogrebinski avaliou um *corpus* muito mais extenso, ainda assim os números são equivalentes. A atual pesquisa da dissertação chegou a 22,6% e a pesquisa de Pogrebinski a 19,8%. A partir do uso de critérios adaptados e das valorações identificadas, evidenciou-se que existe convergência entre as agendas. Subsequentemente à existência de convergências, analisou-se alguns pontos que corroboraram para identificar se elas são fruto de encontros efetivos ou não.

Primeiro Ponto: verificação da participação dos deputados ou de seus representantes na 10ª Conferência Estadual de Saúde. Considerou-se relevante este questionamento porque a participação dos deputados na 10ª Conferência seria um indício de encontro entre as IPs e IRs. Na tentativa de buscar esta resposta, recorremos à secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde que nos informou que não houve a participação de nenhum deputado ou de seus representantes, nem na mesa de abertura e nem nos demais dias.

Segundo ponto: detecção de que não houve convite formal direcionado a Assembleia Legislativa do Paraná. Houve a presença de um servidor público da Assembleia, Sr. Fábio Hernandez Ribeiro de Araújo no processo eleitoral das entidades que iriam compor o Conselho Estadual que aconteceu durante a 10ª Conferência Estadual. Este questionamento sobre o “não” convite da Assembleia Legislativa poderia ser levado aos conselheiros estaduais. Até que ponto as IPs estão preocupadas que seus produtos alcancem para além de suas fronteiras? Será que os conselheiros estaduais, secretaria executiva do conselho e a própria secretaria de saúde não vislumbram que a possibilidade de participação de outras instâncias como o Poder Legislativo poderiam tornar o trabalho mais efetivo, uma vez que existem deliberações que necessitam o aval do legislativo para se tornarem realidade?

Terceiro ponto: Em consulta no site da Assembleia Legislativa não foi encontrado nenhuma palavra-chave denominada “Conferência”. Em busca nas proposições legislativas, ou seja, nos 115 projetos de lei, não há nenhuma menção as conferências. Este fato pode demonstrar o distanciamento existente entre as IPs e as IRs.

Quarto ponto - Com o intuito de saber se os deputados autores dos 26 projetos de lei relacionados com as deliberações da 10ª Conferência de Saúde são filiados a partidos que

possuem relação com as IPs, foi realizada uma pesquisa no *Site* da Assembleia Legislativa sobre a biografia de cada deputado. Constatou-se que em nenhuma delas os deputados citaram a participação em Conferências de Saúde. Somente a deputada do PT, Luciana Rafagnin, cientista política mencionou apoio aos conselhos de gestão pública. Alguns deputados mencionaram a participação em algum momento de suas vidas de movimentos sociais. Portanto, considera-se pequena a relação destes deputados com as IPs. Os 13 deputados estaduais autores dos 26 projetos de lei são dos seguintes partidos: PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), PT (Partido dos Trabalhadores), PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira), PSD (Partido Social Democrático), PRB (Partido Republicano Brasileiro), PPS (Partido Popular Socialista), PP (Partido Progressista) e PSB (Partido Socialista Brasileiro). Ney Leprevost, do PSD, foi o deputado que apresentou mais projetos, 5 no total. Ney é comentarista esportivo, sua biografia não possui nenhuma relação do deputado com as IPs. Evandro Júnior do PSDB apresentou 4 projetos de lei. O PSDB é um partido político que não está vinculado às IPs. Em sua biografia também não é apresentada nenhuma relação com as IPs. Dr. Batista do PMDB apresentou 3 projetos de lei, o deputado é médico, presidente da Comissão Estadual de Saúde Pública da Assembleia Legislativa e desenvolveu ações da Pastoral da Criança. Gilberto Ribeiro do PRB apresentou 3 projetos de lei, sua biografia não possui atividades relacionadas as IPs. Marcelo Rangel do PPS também foi autor de 3 projetos de lei. Marcelo foi radialista e também não apresentou nenhum envolvimento com as IPs. Anibelli Neto do PMDB, Luciana Rafagnin do PT, Antônio Carlos Belinati do PP, Wilson Quintero do PSB, Gilberto Martin do PMDB, Cantora Mara Lima do PSDB, Professor Lemos do PT e Teruo Kato do PMDB apresentaram um Projeto de Lei cada um. Anibelli Neto foi presidente da UNE (União Nacional dos Estudantes), Luciana Rafagnin, como citado anteriormente, é cientista política. Devido a ter participado de movimentos sociais e conselhos de gestão pública, Wilson Quintero foi diretor do DCE da UEM quando cursou direito, Gilberto Martin é médico, foi Secretário de Estado da Saúde e participou do Conselho Estadual de Saúde, portanto possui envolvimento com as IPs. Professor Lemos também participou de movimentos sociais e foi membro de sindicato dos professores, assim como Luciana Rafagnin, é filiado ao PT e possui grande envolvimento com as IPs. Os demais deputados não apresentaram em suas biografias nada que demonstrasse envolvimento com as Instituições Participativas. Diante do exposto, considera-se baixa a relação dos deputados com as IPs, mesmo entre àqueles que participam de partidos políticos nos quais as relações com as IPs são solidificadas, verificou-se que eles apresentaram poucos projetos.

Analisando estes três pontos, conclui-se que, apesar de existir a convergência de agendas entre as IPs e as IRs, no caso deste estudo dissertativo, a convergência parece não resultar de encontros efetivos. Vale relembrar que as conferências de políticas públicas são um dos mais importantes mecanismos de participação capaz de contribuir para o fortalecimento das IPs e que tem condições de, em um futuro próximo, contribuir também para o fortalecimento das IRs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos 25 anos, o Brasil conheceu uma explosão de participação social por meio de instituições e espaços públicos de participação e deliberação. Este processo, iniciado no final dos anos de 1980 com a redemocratização do país e promulgação da Constituição Federal de 1988, foi possível graças aos esforços teóricos e práticos de muitos protagonistas sociais e políticos. Desde então, diversas práticas participativas, impulsionadas pela Constituição e pelos governos democráticos que se seguiram a ela, têm sido institucionalizadas de forma crescente em todo o país. Tais práticas vão desde o plebiscito, orçamentos participativos, ouvidorias, conselhos e conferências de políticas públicas.

A pesquisa apresentada nesta dissertação de mestrado demonstrou a existência de convergência de agendas das Instituições Participativas e das Instituições Representativas Brasileiras. Para isso, as Instituições Participativas foram representadas pela 10ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Paraná e a Assembleia Legislativa Paranaense representou as Instituições Representativas. Porém a pesquisa empírica demonstrou que esta convergência de agendas pareceu não ser fruto de encontros efetivos entre estas instituições. Sugerimos essa conclusão com base em três pontos. O primeiro foi que não houve participação de nenhum deputado ou qualquer outro membro da Assembleia Legislativa na conferência estudada. O segundo ponto foi que nenhum Projeto de Lei ou lei possuía em seu texto referência sobre “Conferências” e, por fim, a pouca interação dos deputados e de seus partidos com as IPs.

As Instituições Participativas surgiram no Brasil há algumas décadas, no caso das conferências de políticas públicas, foram instituídas em 1941, no âmbito da reforma do então Ministério da Educação e Saúde Pública, conduzida pelo ministro Gustavo Capanema. Com seus objetivos definidos pela Lei 370/37, as conferências nacionais destinam-se, desde então, a “dar a conhecer ao governo federal as necessidades e demandas locais” e “orientar o governo federal na execução de políticas locais”. Como necessidades e demandas locais não são privilégios de técnicos e administradores, as conferências nacionais permitem, já há algumas décadas, que os próprios cidadãos tenham voz no processo de formulação e execução de planos nacionais de políticas. Elas consistem, usualmente, em um processo que envolve etapas locais inteiramente abertas à população, seguidas de etapas estaduais em todas as unidades federativas, culminando na etapa nacional, na qual estão presentes delegados da sociedade civil e do governo eleitos nas etapas anteriores. Em regra, de cada uma dessas etapas resulta um conjunto de deliberações, que são sistematizadas e rediscutidas até chegar-se às deliberações finais. Essas deliberações fornecem elementos que são absorvidos não

apenas pelo Poder Executivo, como também para o Poder Legislativo. Pogrebinschi (2010) demonstrou isto em sua pesquisa, que cruzou todos os atos legislativos do Congresso Nacional com as deliberações finais das conferências nacionais no período entre 2003 e 2010. A pesquisadora chegou à conclusão de que as conferências nacionais impactam positivamente, de forma não desprezível, a agenda do Legislativo. Pogrebinschi (2010) verificou que dos 1477 projetos de lei, 125 leis ordinárias e complementares e 6 emendas constitucionais aprovadas no período são inteiramente convergentes com as demandas finais das conferências nacionais.

Outra conclusão que a pesquisa de mestrado verificou, foram os resultados bastante positivos visto que dos 115 projetos de lei na área de saúde pública da Assembleia Legislativa Paranaense, 26 projetos (22,6%) possuem relação com 48 das 623 deliberações aprovadas na 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. Indo um pouco mais além, verificou-se que das 17 leis aprovadas na legislatura de 2011-2014 especificamente da área de saúde pública, em 3 há relação direta com as deliberações da 10ª Conferência Estadual de Saúde.

Por meio deste estudo, detectou-se a convergência das agendas entre as IPs e as IRs e um baixo grau de efetividade entre estes encontros. Pontuar-se-á alguns itens que poderiam contribuir para o aperfeiçoamento das conferências de saúde no estado do Paraná:

1 – Apresentar os resultados desta pesquisa à SESA, CES e Assembleia Legislativa Paranaense, porque os resultados desta demonstraram que os mecanismos de participação podem ser melhor aproveitados por alguns deputados estaduais visto que dos 115 projetos de leis apresentados por eles, 26 projetos estão ligados as conferências, o equivalente a 22,6% do total de projetos.

2 – A Secretaria Estadual de Saúde incorporou no Plano Estadual de Saúde grande parte das deliberações da 10ª Conferência, o que justifica sua realização e o gasto de R\$ 318.216,31 utilizados para a sua realização, pois nas 15 diretrizes propostas pelo Plano Estadual possuem relação com as deliberações da conferência. A SESA e o Conselho Estadual de Saúde, diante do conhecimento sobre a importância que os produtos das IPs atingiram para além de suas fronteiras poderiam estar convidando algumas IRs para participarem das conferências de saúde pelo menos na condição de convidados ou observadores, o que não comprometeria o exposto pelo regulamento / regimento interno das conferências estaduais de saúde e as tornariam mais eficientes tendo em vista que muitas deliberações aprovadas demandam tratamento do poder legislativo.

3 – A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, possuindo este conhecimento sobre as IPs poderiam utilizar de seus produtos, ou seja, de suas deliberações para legislar.

Alguns números podem elucidar melhor este item: em 2011, dois milhões de pessoas participaram das oito conferências nacionais realizadas no Brasil. Apenas uma delas, a conferência nacional de saúde, contou com etapas locais em 4.375 dos 5.570 municípios brasileiros, reunindo cerca de 600 mil pessoas. Supondo que os deputados tenham mais chances de ver seus projetos de leis aprovados quando são convergentes com as deliberações das conferências nacionais, elas seriam, no mínimo, uma fonte de informação valiosa para os parlamentares – supondo que eles queiram melhor nos representar e aumentar suas chances de se reeleger.

As conferências possibilitam, em particular em suas etapas municipais e estaduais, que os representantes tenham a chance de ouvir o que os seus eleitores – atuais e potenciais – normalmente apenas podem lhes dizer de quatro em quatro anos. O Projeto de Lei o nº 726/2013 de autoria do poder executivo que Institui a Fundação Estatal de Atenção em Saúde (FUNEAS) foi aprovado pelos deputados e foi ponto de veto na 10ª Conferência Estadual. Desde sua apresentação na Assembleia Legislativa, o Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde fez vários movimentos contrários à sua aprovação, inclusive greves. Mas em 11/03/2014 a lei foi sancionada. Apesar de ter sido criada por lei, o processo para sua instalação ainda não avançou. Os delegados representantes dos trabalhadores de saúde do Estado do Paraná que participaram da 15ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília entre os dias 1 e 4 de Dezembro assinaram uma moção de repúdio elaborada pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, sendo um dos itens da moção a eliminação de todos os chamados “novos” modelos de gestão (organizações, fundações estatais de direito privado, empresa brasileira de serviços hospitalares, instituto de saúde indígena e parcerias público-privadas). Lembrando que a criação de Fundações Estatais também foi vetada pela 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde.

4 – Ao analisar os projetos de lei que tiveram relação com as deliberações, ficou evidente que mais da metade deles foram arquivados com o parecer de inconstitucionalidade. Foram 57,6% dos projetos de lei que possuem relação com as deliberações da 10ª Conferência Estadual considerados inconstitucionais. Fato que suscita questionamentos. Haveria possibilidade de existir deliberações que são aprovadas na conferência que também poderiam ser consideradas inconstitucionais? Todos os projetos de lei passam pela Comissão de Constituição e Justiça que analisa se o projeto é ou não inconstitucional? Tal qual acontece com as deliberações das conferências, ao menos na conferência estadual de saúde não existe um parecer jurídico que diz se aquela deliberação é inconstitucional ou não. Talvez se existisse este filtro que possibilitasse excluir as deliberações que fossem institucionais,

haveria menos deliberações, o que poderia tornar o processo mais efetivo. Outra opção seria uma assessoria jurídica que possibilitasse a análise das deliberações antes de ir para a votação que identificasse a inconstitucionalidade ou não das propostas. Caso os encontros entre as IPs e as IRs fossem realmente efetivos, poderiam ajudar a melhorar esses pontos. Teríamos talvez um número menor de deliberações nas conferências e também menos projetos de leis arquivados por ilegalidade ou inconstitucionalidade. Poderíamos, também, levantar a hipótese de que se os deputados estaduais tivessem o conhecimento que os projetos de leis arquivados pelo motivo de final de legislatura também são discutidos durante as conferências, e são, portanto, interesse da população. Estes projetos poderiam ser retomados e reapresentados pelos parlamentares, porque eles são de interesse para a população e conseqüentemente para seus eleitores.

Enfim, esta dissertação procurou destacar a importância das IPs no cenário estadual e nacional através da convergência de agendas entre a 10ª Conferência Estadual de Saúde e a Assembleia Legislativa. Este trabalho apresentou sugestões para o aprimoramento das conferências de saúde por meio de apontamentos que contribuirão para que haja maior efetividade nestes encontros, reforçando a importância das IPs para a democracia brasileira, como um instrumento capaz de transformar e fortalecer não só as políticas públicas nas quais estão inseridas, como também o seu entorno.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carla; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**. no. 109, Mar 2012, p.68-92.

ALMEIDA, Carla. **Convergência e divergências na bibliografia da participação política: mapeando o debate**. Relatório semestral de pesquisa. Estágio de pós-doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia Política (UFSC), 2015.

ALMEIDA, Carla; CAYRES, Domitila; TATAGIBA, Luciana. Balanço dos estudos sobre os Conselhos de Políticas Públicas na última década. **Lua Nova**, 2015, no94, p. 255-294.

AVRITZER, Leonardo; PEREIRA, Maria de Lourdes D. Democracia, participação e instituições híbridas. **Teoria e Sociedade**, Belo Horizonte, Número Especial, p. 16 - 41, 2005.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional. **Opinião Pública**, v.14, p.43-64, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1977.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142 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. 1990b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de Seguridade Social – Saúde. In **CFESS/CEAD**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/CFESS, 2000.

CORTES, Soraya Vargas. As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. In: PIRES, Roberto Rocha C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011, p. 137-150.

FARIA, Claudia Feres e LINS, Isabella Lourenço. Participação e deliberação nas Conferências de Saúde: do Local ao Nacional. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis

Henrique Leite de. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades.** Brasília: IPEA, 2013, p. 73-94.

FONTINELE Junior, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF) Comentado.** Ed: 1
Goiânia: AB, 2008.

IPEA. **Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros.** Relatório de pesquisa.
Brasília. 2013.

ISUNZA VERA, Ernesto e GURZA LAVALLE, Adrian. Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México. **Novos estud.** – CEPRAP, São Paulo, n. 92, p. 105-121, Mar 2012.

OLIVEIRA, Jaime A de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M. Fleury – (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** 1 ed., Rio de Janeiro: Vozes, Petrópolis, 1986.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde. **Relatório Final 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná.** Curitiba: SESA: CES, 2013a. 179 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Saúde Paraná 2012-2015.** Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013b. 220 p.

PIRES, Roberto Rocha C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: IPEA, 2011.

PIRES, Roberto Rocha C. Da sociedade para o Estado: Desafios da Participação no Brasil. In: MARX, Vanessa. **Democracia Participativa, Sociedade Civil e Território:** Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. 202p.

PETINELLI, Viviane. Contexto político, natureza política, organização da sociedade civil e desenho institucional: alguns condicionantes da efetividade das Conferências Nacionais. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis Henrique Leite de. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades.** Brasília: IPEA, 2013, p. 207-242.

POGREBINSCHI, Thamy. **Entre Representação e Participação: As conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro,** 2010. Brasília: Ministério da Justiça, 2010.

POGREBINSCHI, Thamy. Conferências Nacionais e Políticas Públicas para grupos minoritários. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis Henrique Leite de. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades.** Brasília: IPEA, 2013, p. 243-278.

ROMÃO, Wagner de Melo. **Políticas públicas e democracia participativa: avanços e limites das conferências nacionais no Brasil.** Friedrich-ebert-Stiftung (FeS). Disponível em <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/10964.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

SILVA, Marcelo Kunrath. Dos casos aos tipos: Notas para uma apreensão das variações qualitativas na avaliação das Instituições Participativas. . In: PIRES, Roberto Rocha C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: IPEA, 2011, p. 233-246.

SOUZA, Clóvis H. L. Conferências e os desafios metodológicos de seu estudo. In: PIRES, Roberto Rocha C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011, p. 197-210.

SOUZA, Clóvis H. L. A que vieram as conferências nacionais? Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis Henrique Leite de. **Conferências nacionais**: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: IPEA, 2013, p. 53-72.

SOUZA, Clóvis H. L.; PIRES, Roberto R. C. Conferências nacionais como interfaces socioestatais: seus usos e papéis na perspectiva de gestores federais. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis Henrique Leite de. **Conferências nacionais**: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: IPEA, 2013, p. 279-298.

SOUZA, Clóvis H. L. et al. Conferências típicas e atípicas: Um esforço de caracterização do fenômeno político. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis Henrique Leite de. **Conferências nacionais**: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: IPEA, 2013a, p. 25-52.

SOUZA, Clóvis H.L. et. al. **Efetividade da participação na gestão pública**: experiências de monitoramento dos resultados de conferências nacionais. 37º Encontro Anual da ANPOCS, 2013b.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos Gestores de Políticas Públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**. 2005, n. 25, pp. 209-213.

TATAGIBA, Luciana; BLIKSTAD, Karin. Como se fosse uma eleição para vereador: dinâmicas participativas e disputas partidárias na cidade de São Paulo. **Lua Nova**. 2011, n.84, pp. 175-217.

TEIXEIRA, Sonia Fleury et. al. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

WAMPLER, Brian. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas? In: PIRES, Roberto Rocha C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011a, p. 43-52.

WAMPLER, Brian. Instituições Participativas como “enxertos” na estrutura do estado: A importância de contextos, atores e suas estratégias. In: PIRES, Roberto Rocha C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011b, p. 151-158.

APÊNDICE

TABELA 1 - PROJETOS DE LEI DOS ANOS 2011 A 2014 E SUAS RELAÇÕES COM AS DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|------------|--|-----------------------|
| 1 | 25/11/2014 | Projeto de Lei 490/2014 | | Dispõe a obrigatoriedade dos restaurantes e similares em conceder descontos e/ou meia porção para as pessoas que realizam cirurgia bariátrica ou qualquer outra gastroplastia na forma que específica, e dá outras providências. | - |
| 2 | 25/11/2014 | Projeto de Lei 489/2014 | | Institui a semana estadual de conscientização, prevenção e combate a diabetes, a ser realizado na semana 9 a 18 de novembro. | 48, 60, 234, 365 |
| 3 | 06/10/2014 | Projeto de Lei 417/2014 | | Altera a lei estadual nº 13.634, de 25 de junho de 2002, que "autoriza o poder executivo a criar o serviço de acupuntura e homeopatia nas unidades de saúde e nos hospitais mantidos pelo poder público ou a ele vinculados", conforme especifica e adota outras providências. | 179 |
| 4 | 26/08/2014 | Projeto de Lei 390/2014 | | Dispõe sobre a inclusão da dosagem de vitamina d, no rol exames de rotina solicitados nas unidades de saúde do estado do Paraná. | - |
| 5 | 15/07/2014 | Projeto de Lei 345/2014 | | Fica estabelecido no estado do Paraná, a criação de vagas especiais em frente aos hospitais públicos e privados, para pacientes ou acompanhantes, durante o atendimento médico. | - |
| 6 | 15/07/2014 | Projeto de Lei 340/2014 | | Institui a obrigatoriedade da realização de exame "teste molecular de DNA" em recém-nascidos e crianças de até um ano e meio de idade no estado do Paraná. | - |
| 7 | 16/06/2014 | Projeto de Lei 272/2014 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade do estado do Paraná em oferecer, para crianças com pré-diagnóstico de câncer, a realização de exames complementares e tratamento, no | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|------------|--|-----------------------|
| | | | | prazo de 30 dias. | |
| 8 | 03/06/2014 | Projeto de Lei 257/2014 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade de incluir no protocolo padrão de pré-natal, o exame de sangue para detectar o uso de substâncias químicas, de álcool ou drogas. | - |
| 9 | 26/05/2014 | Projeto de Lei 230/2014 | | Dispõe sobre a política de incentivo à saúde no estado do Paraná. | - |
| 10 | 31/03/2014 | Projeto de Lei 158/2014 | | Cria as diretrizes que consolidam a política estadual de atenção integral a pessoas com diagnóstico de obesidade e sobrepeso. | 211 |
| 11 | 19/03/2014 | Projeto de Lei 141/2014 | | Determina a comunicação, por parte dos hospitais, clínicas e postos de saúde que integram a rede pública e privada de saúde do estado, da ocorrência com indícios de maus tratos que envolva a criança, adolescente ou idoso, na forma que especifica. | - |
| 12 | 25/02/2014 | Projeto de Lei 89/2014 | | Cria o IPESAÚDE e dispõe o sistema de assistência à saúde dos servidores públicos do estado do Paraná e dá outras providências. | - |
| 13 | 26/02/2014 | Projeto de Lei 88/2014 | | Institui a política de atenção integral à saúde dos trabalhadores da administração pública do estado do Paraná. | 15, 256, 336 |
| 14 | 18/02/2014 | Projeto de Lei 37/2014 | | Obriga as empresas de planos de saúde, no âmbito do estado do Paraná, a autorizar todos os exames que exijam análise prévia, no prazo máximo de 24 horas, quando o paciente for idoso. | - |
| 15 | 09/12/2013 | Projeto de Lei 739/2013 | | Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros no estado do Paraná, para as pessoas com câncer e portadoras de doenças crônicas de natureza física ou mental e dá outras providências. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|-------|------------|-------------------------|--|---|--------------------|
| 16 | 09/12/2013 | Projeto de Lei 738/2013 | | Altera a redação do caput do art. 1º da lei estadual 14.425/04, estendendo o benefício previsto para os alunos portadores de doenças celíaca (intolerância ao glúten). | - |
| 17 | 09/12/2013 | Projeto de Lei 726/2013 | Lei Sancionada Nº 17959 de 2014 Publicada no Diário Oficial Nº 9162 de 11/3/2014 | Mensagem nº 185/2013 - institui a fundação estatal de atenção em saúde do estado do Paraná FUNEAS-PARANÁ, e dá outras providências. | - |
| 18 | 26/11/2013 | Projeto de Lei 673/2013 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação da utilização de agrotóxicos em produtos alimentícios no âmbito do estado do Paraná | 287 |
| 19 | 26/11/2013 | Projeto de Lei 672/2013 | | Regulamenta no âmbito do estado do Paraná o estabelecido em resolução nº 1.673/03 do conselho federal de medicina, e dá outras providências. | |
| 20 | 20/11/2013 | Projeto de Lei 656/2013 | | Cria regime especial de atendimento para mulher vítima de violência, nos serviços públicos de saúde, de referência em cirurgia plástica e atendimento psicoterápico, no âmbito do estado do Paraná, na forma como específica. | 411, 496, 499, 25, |
| 21 | 12/11/2013 | Projeto de Lei 600/2013 | | Obriga as farmácias do estado do Paraná, que participam do programa federal Farmácia Popular a afixarem em suas dependências a relação de remédios contemplados por esse programa. | 151 |
| 22 | 12/11/2013 | Projeto de Lei 599/2013 | | Dispõe sobre o local para colocação de prospecto informativo sobre o combate à dengue nas floriculturas, supermercados e lojas que comercializam vasos, adornos ou recipientes, localizadas no âmbito do estado. | 302, 254 |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|---|--|-----------------------|
| 23 | 11/11/2013 | Projeto de Lei 587/2013 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade da realização, em todo o território do estado do Paraná, do teste da linguinha. | - |
| 24 | 06/11/2013 | Projeto de Lei 582/2013 | | Denomina "dra. Tiyoco Miyabukuro" a UTI neonatal do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. | - |
| 25 | 23/10/2013 | Projeto de Lei 548/2013 | | Torna obrigatória a instalação de elevador que comporte uma maca em edifícios públicos e privados, de uso residencial, comercial ou misto, no estado do Paraná. | - |
| 26 | 23/09/2013 | Projeto de Lei 441/2013 | | Acrescenta o artigo 3-a e incisos na lei 17.598/13, que dispõe sobre o plano de atendimento médico nos locais de realização de provas para vestibulares, seleções, concursos públicos ou privados, shows e demais eventos similares no âmbito do estado do Paraná. | - |
| 27 | 02/09/2013 | Projeto de Lei 385/2013 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de cartazes, nos estabelecimentos comerciais que ofereçam serviços de aplicação de tatuagem permanente, a título oneroso ou não, informando que essa aplicação impede a doação de sangue pelo período de um ano, a contar da data da aplicação. | - |
| 28 | 27/08/2013 | Projeto de Lei 379/2013 | | Proíbe o uso de procedimento de radiografia com o objetivo de comprovar a realização de procedimentos aos planos de saúde. | - |
| 29 | 26/08/2013 | Projeto de Lei 375/2013 | Lei Sancionada Nº 17901 de 2013 Publicada no Diário Oficial Nº 9115 de 31/12/2013 | Dispõe sobre a comunicação, por parte dos hospitais, clínicas e postos de saúde que integram a rede pública e privada de saúde do estado do Paraná, das ocorrências envolvendo embriaguez, consumo de drogas e /ou energéticos por criança ou adolescente, na forma que especifica. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|-------|------------|-------------------------|---|---|----------------|
| 30 | 20/08/2013 | Projeto de Lei 367/2013 | | Determina a instalação de proteção transparente nos balcões utilizados para exposição de alimentos consumidos no sistema de autosserviço ou "self-service" no estado do Paraná. | - |
| 31 | 12/08/2013 | Projeto de Lei 352/2013 | Lei Sancionada Nº 17901 de 2013 Publicada no Diário Oficial Nº 9115 de 31/12/2013 | Determina a comunicação, por parte dos hospitais, clínicas e postos de saúde que integram as redes públicas e privadas de saúde do estado, das ocorrências envolvendo embriaguez ou consumo de drogas por crianças ou adolescentes. | - |
| 32 | 05/08/2013 | Projeto de Lei 333/2013 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade do estado do Paraná de oferecer exame genético capaz de detectar a probabilidade de mulheres desenvolverem câncer, | - |
| 33 | 08/07/2013 | Projeto de Lei 285/2013 | | Dispõe sobre o atendimento médico e as políticas de remoção, em eventos com grande aglomeração de pessoas. | - |
| 34 | 08/07/2013 | Projeto de Lei 280/2013 | | Que dispõe sobre a obrigatoriedade do uso de seringas com agulha retrátil em hospitais e prontos-socorros. | - |
| 35 | 03/07/2013 | Projeto de Lei 272/2013 | Lei Sancionada Nº 17795 de 2013 Publicada no Diário Oficial Nº 9101 de 6/12/2013 | Cria a semana do check-up juvenil na rede pública estadual de saúde. | 196, 576 |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|---|---|-----------------------|
| 36 | 26/06/2013 | Projeto de Lei 267/2013 | | Dispõe sobre a instalação de casas de apoio nas regionais de saúde do estado. | - |
| 37 | 24/06/2013 | Projeto de Lei 260/2013 | | Estabelece critérios para dispensação e controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, bem como sobre o controle especial somente sobre medicamentos classificados como entorpecentes e sobre a prescrição farmacêutica de antimicrobianos. | - |
| 38 | 05/06/2013 | Projeto de Lei 235/2013 | | Institui a política estadual de atenção às doenças da boca e da face, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SESA. | 578, 170 |
| 39 | 03/06/2013 | Projeto de Lei 224/2013 | | Fica proibida no estado do Paraná a atuação de médicos não portadores de registro profissional no conselho regional de medicina (CRM). | - |
| 40 | 23/04/2013 | Projeto de Lei 151/2013 | | Dispõe sobre a oferta de sobremesas dietéticas e light nos cardápios de restaurantes e estabelecimentos similares. | 224 |
| 41 | 19/03/2013 | Projeto de Lei 87/2013 | | Implanta o cadastro visual infantil no estado. | - |
| 42 | 18/03/2013 | Projeto de Lei 84/2013 | | Limita o tempo para o agendamento e realização de procedimentos cirúrgicos e exames de diagnósticos e laboratoriais no sistema único de saúde do estado. | 241 |
| 43 | 13/03/2013 | Projeto de Lei 76/2013 | Lei Sancionada Nº 17651 de 2013 Publicada no Diário Oficial Nº 9016 de 7/8/2013 | Cria uma rede previamente definida para o parto, que vincule cada unidade pré-natal do SUS a garantia de acesso automático a uma dada maternidade. | 501, 517 |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|---|--|-----------------------|
| 44 | 26/02/2013 | Projeto de Lei 60/2013 | | Obriga a realização do "teste da linguinha", em todos os recém-nascidos nas maternidades e demais estabelecimentos hospitalares, tendo como finalidade diagnosticar precocemente problemas de sucção durante a amamentação e posteriormente na mastigação e fala. | - |
| 45 | 20/02/2013 | Projeto de Lei 46/2013 | Lei Promulgada Nº 18120 de 2014 Publicada no Diário Oficial Nº 9238 de 2/7/2014 | Altera o artigo 1º e o parágrafo único do artigo 1º, da lei nº 16.786/2011, que dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva. | - |
| 46 | 06/02/2013 | Projeto de Lei 24/2013 | | Dispõe sobre a obrigação de treinamento e capacitação de pessoal para prestar suporte básico de vida e sobre o uso de desfibriladores automáticos externos nos estabelecimentos públicos e privados de grande concentração. | - |
| 47 | 05/02/2013 | Projeto de Lei 2/2013 | | Mensagem nº 001/2013 - institui as diretrizes básicas para a concessão de parcela compensatória de insalubridade ou de periculosidade no âmbito da administração pública direta e autárquica do poder executivo, inclusive as instituições de ensino superior do estado. | - |
| 48 | 05/12/2012 | Projeto de Lei 620/2012 | | Altera o artigo 1º da lei nº 14.855/05 (dispõe sobre padrões técnicos de qualidade nutricional, a serem seguidos pelas lanchonetes e similares, instaladas nas escolas de ensino fundamental e médio, particulares e da rede pública). | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|------------|--|-----------------------|
| 49 | 27/11/2012 | Projeto de Lei 600/2012 | | Altera o artigo 1º da lei nº 8.627/87, inserindo dentre as provas obrigatórias a que realiza o diagnóstico precoce do retinoblastoma (teste do olhinho). | - |
| 50 | 21/11/2012 | Projeto de Lei 584/2012 | | Estabelece a obrigatoriedade de constar placa de advertência sobre o uso inadequado de anabolizantes e suas consequências para a saúde do ser humano, nas dependências de academias de ginástica, centros ou clubes esportivos, ou similares em todo o estado. | - |
| 51 | 20/11/2012 | Projeto de Lei 581/2012 | | Obriga a rede pública e privada de saúde a observar a prioridade imposta pelo estatuto do idoso para a realização de consultas médicas e exames laboratoriais. | - |
| 52 | 24/10/2012 | Projeto de Lei 526/2012 | | Cria o serviço gratuito teledengue no Paraná. | 254 |
| 53 | 10/10/2012 | Projeto de Lei 502/2012 | | Torna obrigatória a afixação de cartazes nas escolas, hospitais e postos de saúde das redes pública e privada, assim como em terminais de transporte coletivo, contendo, além do calendário, informações sobre vacinações infantis obrigatórias. | - |
| 54 | 17/09/2012 | Projeto de Lei 485/2012 | | Determina a inserção de orientações sobre melhorias da qualidade de vida no verso dos receituários médicos utilizados pela rede pública de saúde. | - |
| 55 | 29/08/2012 | Projeto de Lei 454/2012 | | Cria a política de diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto nas redes pública e privada de saúde. | 531 |
| 56 | 27/08/2012 | Projeto de Lei 445/2012 | | Torna obrigatório o cumprimento da ordem de inscrição e a divulgação da listagem dos pacientes que aguardam cirurgia na rede pública hospitalar do estado do Paraná. | NE |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|--|---|-----------------------|
| 57 | 08/08/2012 | Projeto de Lei 397/2012 | | Torna obrigatória a realização de exame de ecocardiograma nos recém-nascidos portadores de síndrome de down nas unidades hospitalares que integram o Sistema Único de Saúde. | - |
| 58 | 06/08/2012 | Projeto de Lei 376/2012 | | Obriga as operadoras de planos de saúde a avisarem imediatamente aos consumidores sobre o descredenciamento de hospitais e médicos. | - |
| 59 | 09/07/2012 | Projeto de Lei 352/2012 | | Institui lições de primeiros socorros na rede de ensino do estado do Paraná. | - |
| 60 | 03/07/2012 | Projeto de Lei 332/2012 | | Estabelece o programa paranaense de saúde do pré diabético, e dá outras providências. | 234, 365, 48, 60 |
| 61 | 27/06/2012 | Projeto de Lei 306/2012 | Lei Sancionada Nº 18169 de 2014 Publicada no Diário Oficial Nº 9257 de 29/7/2014 | Altera a lei estadual nº 16.086, de 17 de abril de 2009, que dispõe que os responsáveis pelas farmácias e drogarias estabelecidas no estado deverão afixar placa, em local visível ao público, contendo nome e número de inscrição no conselho regional de farmácia - CRF, do técnico (farmacêutico) responsável, bem como o seu horário de trabalho. | - |
| 62 | 19/06/2012 | Projeto de Lei 270/2012 | | Determina a impressão do quadro de vacinas obrigatórias nas embalagens de leite tipo c e b. | - |
| 63 | 04/06/2012 | Projeto de Lei 253/2012 | | Institui o programa paranaense de assistência aos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC e dá outras providências. | 566 |
| 64 | 04/06/2012 | Projeto de Lei 249/2012 | Lei Sancionada Nº 17598 de 2013 Publicada no Diário | Dispõe sobre a permanência de ambulância nos locais de realização de provas para vestibulares, seleções, concursos públicos ou privados e demais eventos similares, no âmbito do estado do Paraná e dá outras providências. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|--|--|-----------------------|
| | | | Oficial Nº 8976 de 12/6/2013 | | |
| 65 | 23/05/2012 | Projeto de Lei 228/2012 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de bula magistral em medicamentos manipulados. | - |
| 66 | 18/04/2012 | Projeto de Lei 172/2012 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos de atendimento de saúde e congêneres, de manter dispenser de parede contendo álcool gel antisséptico, no âmbito do estado do Paraná, e dá outras providências. | - |
| 67 | 03/04/2012 | Projeto de Lei 143/2012 | Lei Sancionada Nº 17242 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº 8756 de 17/7/2012 | Dispõe sobre a obrigatoriedade do uso de protetor para estetoscópios por profissionais da área de saúde do estado do Paraná. | - |
| 68 | 29/02/2012 | Projeto de Lei 55/2012 | | Dispõe sobre o fornecimento de lenços umedecidos desinfetantes, nos locais que especifica, e dá outras providências. | - |
| 69 | 28/02/2012 | Projeto de Lei 51/2012 | | Altera o § 1º, do artigo 1º, e acresce os artigos 2º e 3º a lei nº 16.107, de 18 de maio de 2009. (política de entrega voluntária de remédios vencidos). | 195 |
| 70 | 28/02/2012 | Projeto de Lei 50/2012 | Lei Sancionada Nº 17231 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº | Obriga a realização do "teste do coraçãozinho" em todos os recém-nascidos nos berçários das maternidades do estado do Paraná. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|-------|------------|-------------------------|---|--|----------------|
| | | | 8755 de 16/7/20 12 | | |
| 71 | 16/11/2011 | Projeto de Lei 892/2011 | | Acrescenta o artigo 2º à lei nº 16.760 de 29 de dezembro de 2010. (informação de ocupação de leitos hospitalares, credenciados pelo SUS). | - |
| 72 | 08/11/2011 | Projeto de Lei 879/2011 | Lei Sancionada Nº 17231 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº 8755 de 16/7/2012 | Dispõe sobre a realização do "teste do coraçãozinho" (exame de oximetria de pulso) em todos os recém-nascidos, no âmbito do estado do Paraná. | - |
| 73 | 08/11/2011 | Projeto de Lei 876/2011 | Lei Sancionada Nº 17231 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº 8755 de 16/7/2012 | Altera o artigo 1º da lei nº 8627/1987, inserindo dentre as provas obrigatórias a que detecta a cardiopatia congênita. (provas para diagnóstico precoce em crianças nascidas nas maternidades e casas hospitalares). | - |
| 74 | 31/10/2011 | Projeto de Lei 859/2011 | | Dispõe sobre a instalação de painel informativo, com relação de medicamentos disponíveis para entrega imediata, em todas as unidades da rede pública de saúde do estado do Paraná. | - |
| 75 | 10/10/2011 | Projeto de Lei 804/2011 | | Dispõe sobre as farmácias e drogarias localizadas no território do estado do Paraná a execução de serviços de inalação, medição de pressão e aplicação de medicação injetável. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|--|---|-----------------------|
| 76 | 10/10/2011 | Projeto de Lei 802/2011 | | Dispõe sobre a realização de teste de compatibilidade HLA no material coletado na doação de sangue, no âmbito do estado do Paraná, para a inclusão no registro nacional de doadores de medula óssea (redome). | - |
| 77 | 05/10/2011 | Projeto de Lei 798/2011 | Lei Sancionada Nº 17350 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº 8836 de 9/11/2012 | Determina a obrigatoriedade de instalação de anteparo de vidro acima dos balcões de "buffets" em restaurantes. | - |
| 78 | 05/10/2011 | Projeto de Lei 792/2011 | | Institui a política estadual de mobilização para doação de medula óssea no estado do Paraná. | - |
| 79 | 05/09/2011 | Projeto de Lei 725/2011 | | Institui, no âmbito do estado do Paraná, a política estadual de práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde e dá outras providências. | - |
| 80 | 05/09/2011 | Projeto de Lei 723/2011 | | Determina o livre acesso dos usuários do sistema único de saúde, em locais que especifica. | - |
| 81 | 05/09/2011 | Projeto de Lei 721/2011 | | Dispõe sobre a regulamentação das profissões de técnico em estética e tecnólogo em estética, no âmbito do estado do Paraná. | - |
| 82 | 29/08/2011 | Projeto de Lei 689/2011 | | Dispõe sobre a ampliação da licença maternidade nos casos de nascimento prematuro ou de criança portadora de enfermidade ou malformação grave, no âmbito do estado do Paraná e dá outras providências. | - |
| 83 | 29/08/2011 | Projeto de Lei 688/2011 | | Dispõe sobre a garantia de diagnóstico e tratamento aos portadores de epilepsia, no âmbito do estado do Paraná, e dá outras providências. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|--|--|-----------------------|
| 84 | 24/08/2011 | Projeto de Lei 677/2011 | | Dispõe sobre a criação do programa de prevenção ao glaucoma. | - |
| 85 | 23/08/2011 | Projeto de Lei 672/2011 | | Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos nos postos de saúde do estado do Paraná. (portadores de câncer de mama, ginecológico, próstata, pulmão e leucemia). | - |
| 86 | 23/08/2011 | Projeto de Lei 666/2011 | | Cria a exigência para que os laboratórios e clínicas de análise sanguínea sugiram a todos os pacientes e usuários a possibilidade de doação de sangue como amostra para efeitos de manutenção do banco de dados de eventuais doadores de medula óssea. | - |
| 87 | 16/08/2011 | Projeto de Lei 641/2011 | Lei Sancionada Nº 16935 de 2011 Publicada no Diário Oficial Nº 8577 de 26/10/2011 | Institui o mês "Outubro Rosa", dedicado a ações preventivas à integridade da saúde da mulher. | 528 |
| 88 | 16/08/2011 | Projeto de Lei 634/2011 | Lei Sancionada Nº 17051 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº 8636 de 23/1/2012 | Revoga a lei nº 16.815, de 20 de maio de 2011, que veda o licenciamento ou a revalidação, de medicamentos manipulados por farmácias e ervanários. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|--------------|----------------|--------------------------|--|---|-----------------------|
| 89 | 08/08/2011 | Projeto de Lei 613/2011 | | Dispõe sobre a obrigatoriedade de todos os hospitais e maternidades no estado do Paraná disponibilizarem pulseira antissequestro para os recém-nascidos e crianças e dá outras providências. | - |
| 90 | 12/07/2011 | Projeto de Lei 570/2011 | Lei Sancionada Nº 17144 de 2012 Publicada no Diário Oficial Nº 8710 de 10/5/2012 | Dispõe sobre a prevenção e o combate às doenças associadas à exposição solar do trabalhador rural, do pescador e do aquicultor, e dá outras providências. | - |
| 91 | 20/06/2011 | Projeto de Lei 508/2011 | | Dispõe sobre a obrigação dos hospitais públicos e privados de informar sobre o direito da gestante de ter um acompanhante. | 27, 504 |
| 92 | 07/06/2011 | Projeto de Lei 485/2011 | | Institui a campanha permanente de incentivo e esclarecimento sobre a doação de órgãos no estado do Paraná. | - |
| 93 | 30/05/2011 | Projeto de Lei 454/2011 | | Cria o centro de reabilitação para dependentes químicos, no município de Piraquara. | 85, 86, 94 |
| 94 | 23/05/2011 | Projeto de Lei 432/2011 | | Estabelece diretrizes visando a garantia da saúde auditiva da população do estado do Paraná. | 514 |
| 95 | 23/05/2011 | Projeto de Lei 430/2011 | | Garante, em caso de urgência médica, aos integrantes das polícias civil e militar, do corpo de bombeiros militar, da polícia federal, da polícia rodoviária federal e agentes penitenciário, a internação e o tratamento médico em qualquer hospital ou clínica privada (particular), quando se tratar de ferimento ocorrido em decorrência do estrito exercício de suas funções, bem como nos deslocamentos de | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|-------|------------|-------------------------|---|---|----------------|
| | | | | casa para o trabalho e vice-versa. | |
| 96 | 03/05/2011 | Projeto de Lei 376/2011 | Lei Promulgada Nº 17083 de 2012 Publica da no Diário Oficial Nº 8679 de 26/3/2012 | Obriga a adoção de medidas de segurança que evitem a troca de sangue em casos de transfusão nas dependências de hospitais públicos ou privados, casas de saúde e maternidade, no âmbito do estado do Paraná e dá outras providências. | - |
| 97 | 27/04/2011 | Projeto de Lei 351/2011 | | Cria a política estadual de saúde da mulher detenta. | - |
| 98 | 06/04/2011 | Projeto de Lei 295/2011 | | Obriga os hospitais da rede pública e privada, a serem estruturados, a disponibilizarem acomodações para acompanhantes. | - |
| 99 | 06/04/2011 | Projeto de Lei 291/2011 | Lei Promulgada Nº 17085 de 2012 Publica da no Diário Oficial Nº 8683 de 30/3/2012 | Estabelece a obrigatoriedade dos hospitais do estado do Paraná a afixar, em lugar visível, a lista dos médicos plantonistas e do responsável pelo plantão. | - |
| 100 | 04/04/2011 | Projeto de Lei 281/2011 | | Estabelece normas para a dispensação de medicamentos e produtos de saúde no estado do Paraná e dá outras providências. | - |
| 101 | 04/04/2011 | Projeto de Lei 278/2011 | Lei Promulgada Nº 17509 de 2013 Publica da no Diário | Denomina de Said Felício Ferreira o Hospital Universitário de Maringá - UEM. | - |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Deliberação Nº |
|-------|------------|-------------------------|--|--|----------------|
| | | | Oficial Nº 8913 de 8/3/2013 | | |
| 102 | 30/03/2011 | Projeto de Lei 262/2011 | | Institui no estado do Paraná a realização do exame de DNA para detecção da mutação responsável pela incidência do tumor de córtex adrenal em crianças do Paraná. | - |
| 103 | 30/03/2011 | Projeto de Lei 256/2011 | Lei Sancionada Nº 16959 de 2011 Publicada no Diário Oficial Nº 8603 de 5/12/2011 | Dispõe sobre a obrigatoriedade de higienização dos óculos utilizados para os filmes em terceira dimensão. (3D) | - |
| 104 | 30/03/2011 | Projeto de Lei 254/2011 | | Denomina José Alencar Gomes da Silva o Hospital Universitário Regional de Maringá, localizado na Avenida Mandacarú, nº 1590, zona 7, no município de Maringá - estado do Paraná. | - |
| 105 | 28/03/2011 | Projeto de Lei 230/2011 | | Cria o programa de controle e prevenção no centro cirúrgico. | - |
| 106 | 18/03/2011 | Projeto de Lei 195/2011 | | Institui a obrigatoriedade de existência de equipamentos de mini UTI móvel em ambulâncias do estado do Paraná. | 488, 562, 617 |
| 107 | 15/03/2011 | Projeto de Lei 184/2011 | | Cria no estado do Paraná o programa de vacinação contra o HPV - Papiloma Virus Humano - na rede pública de saúde. | - |
| 108 | 03/03/2011 | Projeto de Lei 151/2011 | | Institui unidades geriátricas nas instituições hospitalares estadual do Paraná. | 263 |

| Qtd e | Entrada | Nº Projeto de Lei | Lei | Súmula (Assunto) | Delib eraçã o Nº |
|------------------|----------------|------------------------------|------------|---|---------------------------------|
| 109 | 01/03/2011 | Projeto de Lei 129/2011 | | Estabelece a política estadual de prevenção da saúde dos jovens usuários de computador. | - |
| 110 | 01/03/2011 | Projeto de Lei 112/2011 | | Dispõe sobre a notificação compulsória da violência contra a mulher, o idoso e o portador de necessidades especiais, atendidos em serviços de urgência e emergência de unidades de saúde públicas e privadas do estado do Paraná. | - |
| 111 | 24/02/2011 | Projeto de Lei 90/2011 | | Cria o programa estadual de acompanhamento médico de crianças de 0 (zero) a 2 (dois) anos, no estado do Paraná. | - |
| 112 | 23/02/2011 | Projeto de Lei 70/2011 | | Institui o programa paranaense de assistência aos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC e dá outras providências. | 566 |
| 113 | 17/02/2011 | Projeto de Lei 51/2011 | | Estabelece o programa paranaense de saúde do pé diabético, e dá outras providências. | 234, 365, 48, 60 |
| 114 | 17/02/2011 | Projeto de Lei 47/2011 | | Concede acréscimo na licença maternidade nos casos de recém-nascidos prematuros que deverão permanecer em UTI neonatais ou em incubadoras. | - |
| 115 | 17/02/2011 | Projeto de Lei 46/2011 | | Denomina de Enfermeiro Francisco Aparecido, o Hospital Geral de Telêmaco Borba. | - |