

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR)

Escola de Saúde Pública do Paraná  
*Centro Formador de Recursos Humanos*

**CAPACITAÇÃO**

**CONSELHEIROS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE E  
SECRETARIAS EXECUTIVAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE  
DO PARANÁ**

3ª edição

2015



© 2014. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/ Conselho Estadual de Saúde do Paraná/ Escola de Saúde Pública do Paraná – Centro Formador de Recursos Humanos  
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.  
Escola de Saúde Pública do Paraná | Rua José Veríssimo, Travessa “F”, s/n – Tarumã – Curitiba – PR – CEP: 82.820-000 – Fones: (41) 3342-2293

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Michele Caputo Neto

**DIRETOR GERAL**

Sezifredo Paulo Alves Paz

**DIRETOR ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

*Centro Formador de Recursos Humanos*

Marcio José de Almeida

**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Antonio Garcez Novaes Neto

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PROJETO DE CAPACITAÇÃO (2013)**

Amauri Ferreira Lopes (*Conselheiro Estadual/CES PR – ANEPS*); Antonio Pitol (*Conselheiro Estadual/CES PR – Pastoral da Saúde*); Célia Regina Rodrigues Gil (*Diretora da ESPP/SESA-PR*); Giseli Cipriano Rodacoski (*Assessoria Pedagógica*); Joelma Aparecida de Souza Carvalho (*Presidente do CES PR*); Livia Diniz Lopes Sola (*Conselheira Estadual/CES PR – FAMOPAR*); Luzia Tiemi Oikawa (*Conselheira/CES PR – COSEMS/PR*); Marcia Beghini Zambrim (*Conselheira Estadual/CES PR – Pastoral da Saúde*); Marcia Lopes Siqueira (*Bibliotecária, corpo técnico da ESPP*); Rosalina Batista (*Conselheira/CES – ASSEMPA*); Wladimir Cid Bastos Gonçalves (*Psicólogo, corpo técnico da ESPP/SESA*).

**ASSESSORIA DE CONTEÚDO (1ª Edição/2013)**

Célia Regina Rodrigues Gil (*ESPP/SESA – coordenação*); Giseli Cipriano Rodacoski (*ESPP/SESA*); Joelma Aparecida de Souza Carvalho (*Presidente CES/Comissão Educação Permanente*); Luzia Tiemi Oikawa (*COSEMS/PR*); Marcia Beghini Zambrim (*CES/Comissão Educação Permanente / Pastoral da Saúde*); Rosalina Batista (*CES/Comissão Educação Permanente/ASSEMP – Associação de Entidade de Mulheres do Paraná*); Wladimir Cid Bastos Gonçalves (*ESPP/SESA*); Marcos Aurélio Garrido, Mauricio Todeschi e Nilda Maria de Jesus (*DataSUS/MS*).

**COLABORADORES (1ª Edição/2013)**

Ana Lucia Nascimento Fonseca (*ESPP/SESA*); Antonio Garcez Novaes Neto (*CES/PR*); Juliana Istchuk Bruning de Oliveira (*DG/SESA*); Marcos Aurélio Garrido, Mauricio Todeschi e Nilda Maria de Jesus (*DataSUS/MS*); Rayza Tonetti (*Residente Técnica da ESPP*); Sezifredo Paulo Alves Paz (*Superintendente de Vigilância em Saúde/SESA*).

**TIRAGEM 3ª Edição:** 2.400 exemplares

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:** Visualità Casa de Design – **ILUSTRAÇÕES:** JrCasas | Shutterstock –

**REVISÃO:** Christina Boni – **IMPRESSÃO:** Imprensa Oficial do Estado do Paraná

**Catálogo na fonte: SESA/ESPP/Biblioteca**

---

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná.

Curso de Capacitação para Conselheiros de Saúde do Estado do Paraná: caderno do curso. – Curitiba: SESA/CES-PR/ESPP, 2014.

1. Controle social em saúde. 2. Participação social em saúde. 3. Gestão pública. I. Título.

CDD: 362.10425  
614.07

---



GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ  
**Beto Richa**

SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ  
**Michele Caputo Neto**

DIRETOR GERAL  
**Sezifredo Paulo Alves Paz**

CHEFE DE GABINETE  
**Romeu Munaretto**

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE  
**Paulo Almeida**

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
**Eliane Chomatas**

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE  
**Márcia Cecília Huçulak**

SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO E DE LOGÍSTICA ESPECIALIZADA  
**Pythagoras Schemidt Schroeder**

SUPERINTENDENTE DE UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS  
**Charles London**

DIRETOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ  
Centro Formador de Recursos Humanos  
**Marcio José de Almeida**

DIRETOR DO GRUPO SETORIAL DE RECURSOS HUMANOS  
**Romildo Ribeiro Sbrissia**

DIRETOR DE POLÍTICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
**Vinicius Filipak**

DIRETOR EXECUTIVO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE  
**Olavo Gasparin**

ASSESSOR JURÍDICO  
**Carlos Alexandre Lorga**

ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL  
**Quitéria Neves**

OUIDORIA DO SUS  
**Oliva de Fátima Pacheco Vasconcellos**



## **PRESIDENTE DO CONSELHO**

Antonio Garcez Novaes Neto

### **SEGMENTO GESTORES**

#### **CONSELHO DE SECRETÁRIOS**

##### **MUNICIPAIS DA SAÚDE - COSEMS:**

*Titular:* Clodoaldo F. dos Santos

*Suplente:* Antonio Garcez Novaes Neto

##### **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESA:**

*Titular:* Sezifredo Paulo Alves Paz

*Suplente:* Cleide Aparecida de Oliveira

##### **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNSAÚDE:**

*Titular:* Eliane Chomatas

*Suplente:* Marise Gnatta Dalcuche

##### **MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

*Titular:* Moacir Gerolomo

*Suplente:* Jorge Stoianov Filho

##### **FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS DO PARANÁ - FEHOSPAR:**

*Titular:* Rangel da Silva

*Suplente:* Mauricio Duarte Barcos

##### **FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E HOSP. BENEFICIENTES DO ESTADO DO PARANÁ - FEMIPA:**

*Titular:* Rosita Márcia Wilner

*Suplente:* Artemizia Bertolazzi Martins

##### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - UEM:**

*Titular:* Tereza Maria Pauliqui Peluso |

*Suplente:* Hermes de Souza Barboza

##### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL:**

*Titular:* Jeremias Bequer Brizola

*Suplente:* Rita de Cássia Domansky

### **SEGMENTO PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

### **SEGMENTO PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

#### **ASSOCIAÇÕES DOS CONSÓRCIOS E**

#### **ASSOCIAÇÕES INTERMUNICIPAIS DE**

##### **SAÚDE DO PARANÁ - ACISPAR:**

*Titular:* Zuleide Bezerra Dalla Costa

*Suplente:* Luiz Fernando Zanon de Almeida

##### **CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA - CRF:**

*Titular:* Mauricio Portella

*Suplente:* Nilson Hideki Nishida

##### **CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - CRESS:**

*Titular:* Wanderli Machado

*Suplente:* Sirleide Ferreira de Mauro

---

**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA**

**- CRP:**

*Titular:* Juliano Del Gobo

*Suplente:* Rubia Daniela Thieme

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE**

**ENFERMAGEM - ABEN:**

*Titular:* Olga Laura Giraldi Peterlini

*Suplente:* Nelson Mayrink Giansante

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA**

**E TERAPIA OCUPACIONAL - CREFITO:**

*Titular:* Margarete Batista Frade

Krachenski

*Suplente:* Vanete Thomaz Soccol

**CONSELHO REGIONAL DE**

**ODONTOLOGIA - CRO:**

*Titular:* Mariângela de Assis Gomes Fortes

*Suplente:* Christine Paschenda Pereira Pinto

**SINDSAÚDE:**

*Titular:* Talita Lisandra de Oliveira Rosa

Gome

*Suplente:* Mari Elaine Rodella

**SINDPREVS:**

*Titular:* Sebastião José de Oliveira

*Suplente:* José Carlos Leite

**FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS**

**SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS**

**CUTISTA DO ESTADO DO PARANÁ -**

**FESSMUC-PR:**

*Titular:* Irene Rodrigues dos Santos

*Suplente:* Solange Izabel Marega Batista

**SEGMENTO PROFISSIONAIS DA  
SAÚDE**

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA -**

**CRE:**

*Titular:* Mauricio Portella

*Suplente:* Nilson Hideki Nishida

**CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO**

**SOCIAL - CRESS:**

*Titular:* Wanderli Machado

*Suplente:* Sirleide Ferreira de Mauro

**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA**

**- CRP:**

*Titular:* Juliano Del Gobo

*Suplente:* Rubia Daniela Thieme

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE**

**ENFERMAGEM - ABEN:**

*Titular:* Olga Laura Giraldi Peterlini

*Suplente:* Nelson Mayrink Giansante

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA**

**E TERAPIA OCUPACIONAL - CREFITO:**

*Titular:* Sonia Margarete Batista Frade

Krachenski

*Suplente:* Vanete Thomaz Soccol

**CONSELHO REGIONAL DE**

**ODONTOLOGIA - CRO:**

*Titular:* Mariângela de Assis Gomes Fortes

*Suplente:* Christine Paschenda Pereira Pinto

---

**SINDSAÚDE:**

*Titular:* Talita Lisandra de Oliveira Rosa  
Gomes

*Suplente:* Mari Elaine Rodella

**SINDPREVS:**

*Titular:* Sebastião José de Oliveira

*Suplente:* José Carlos Leite

**FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS  
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS  
CUTISTA DO ESTADO DO PARANÁ –  
FESSMUC-PR:**

*Titular:* Irene Rodrigues dos Santos

*Suplente:* Solange Izabel Marega Batista

**SEGMENTO USUÁRIOS**

**SINDPETRO:**

*Titular:* Valton Witkowski

*Suplente:* Claudiney Batista

**FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA  
AGRICULTURA NO ESTADO DO PARANÁ  
– FETAEP:**

*Titular:* Maria Marucha S. Vettorazzi

*Suplente:* Wilson de Souza Silva

**CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES  
– CUT/PR:**

*Titular:* Jonas Braz

*Suplente:* Ademir Vidolin

**FORÇA SINDICAL:**

*Titular:* Ildemar Gorges

*Suplente:* Junior Ribeiro da Silva

**UNIÃO GERAL DOS TRABALHADORES  
DO PR – UGT:**

*Titular:* Giovane Caetano da Silva

*Suplente:* Custodio Rodrigues do Amaral

**SINDICATO NACIONAL DOS  
APOSENTADOS:**

*Titular:* Manoel Rodrigues do Amaral

*Suplente:* Edvirges de Oliveira

**MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE DO  
PARANÁ – MOPS:**

*Titular:* Livaldo Bento

*Suplente:* Antonio Barrichello

**ARTICULAÇÃO NACIONAL DE  
MOVIMENTO E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO  
POPULAR E SAÚDE DO PARANÁ – ANEPS:**

*Titular:* Amauri Ferreira Lopes

*Suplente:* Edna Soares da Silva

**FÓRUM PARANAENSE DE ONG/AIDS –  
PR:**

*Titular:* Rachel Pontes Maciel Romaniv

*Suplente:* João Maria Castro

**INSTITUTO BRASILEIRO DAS PESSOAS  
COM DEFICIÊNCIA EM AÇÃO – IBDA:**

*Titular:* Terezinha Aparecida de Lima

*Suplente:* João Maria Ferrari Chagas

---

**FEDERAÇÃO DAS ENTIDADES DE  
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DO  
PR – DEFIPAR:**

*Titular:* Amaury César Alexandrino

*Suplente:* Tânia Roseli Minusculi

**FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE  
MORADORES DO PARANÁ – FAMOPAR:**

*Titular:* Livia Diniz Sola

*Suplente:* Acir Ribeiro de Queiroz

**CENTRAL DE MOVIMENTOS POPULARES  
– CMP:**

*Titular:* Jiovany do Rocio Kissilevicz

*Suplente:* Celso Tenani Melchiades

**MOVIMENTOS DOS TRABALHADORES  
RURAIS SEM TERRA – MST:**

*Titular:* Genecilda Gotardo

*Suplente:* Maria Natividade de Lima

**PASTORAL DA SAÚDE:**

*Titular:* Márcia Beghini Zambrim

*Suplente:* Antonio Pitol

**PASTORAL DA CRIANÇA:**

*Titular:* Clarice Siqueira dos Santos

*Suplente:* Erica Ana Hobold

**ASSOCIAÇÃO DE ENTIDADE DE  
MULHERES DO PARANÁ – ASSEMPA:**

*Titular:* Maria Lucia Gomes

*Suplente:* Rosalina Batista

**REDE DE MULHERES NEGRAS:**

*Titular:* Heliana Neves Hemeterio dos  
Santos

*Suplente:* Erika Pereira de Souza

**SECRETARIA EXECUTIVA DO CES**

**SECRETÁRIO EXECUTIVO DO CES/PR**

Maurício Mesadri

**ADMINISTRATIVOS DO CES/PR**

Aline Dias Pirkel

Carla Yumi Suzuki Yamada

Fábio Rogério Simão de Farias

**ESTAGIÁRIOS DO CES/PR**

Cezar Moreira

Jeniffer Thaís Moreira

# Boas-vindas!

O Paraná é um Estado que tem, ao longo de sua história na Saúde Pública, um compromisso com a participação social na construção e consolidação de políticas públicas voltadas à equidade social. Nos anos 80, antes ainda da implantação do SUS, o Paraná esteve à frente do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira levando centenas de pessoas a discutir de forma descentralizada e participativa, os principais problemas de saúde da população paranaense e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Em 2013 a SESA reiniciou um programa de capacitação como estratégia para a construção da cidadania e incentivo para a participação social em saúde. Resultado de um processo de articulação entre a SESA e o Conselho Estadual de Saúde, a Escola de Saúde Pública do Paraná, em conjunto com a Comissão de Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Seção de Fomento e Cooperação Técnica de Informática/ DATASUS/MS elaborou e aprovou o projeto para a formação de conselheiros(as) e secretários(as) executivos(as) dos Conselhos Municipais de Saúde como parte do programa de educação permanente em saúde.

O projeto foi desenhado visando à descentralização do processo formativo. Desde 2013 já foram envolvidos 1.425 conselheiros de saúde e 187 membros das secretarias executivas dos conselhos municipais em 10 Regionais de Saúde, num total de 1.712 participantes. Com a terceira oferta de vagas em 2015 serão envolvidos outros 2068 conselheiros de saúde e 212 membros das secretarias executivas dos Conselhos em 12 Regionais de Saúde, alcançando assim todos os Conselhos de Saúde do Paraná.

A proposta deste projeto é capacitar os conselheiros de forma regular, nos seus territórios de atuação, para que desempenhem mais efetivamente ações em defesa do SUS na perspectiva do aperfeiçoamento da atuação individual e coletiva das práticas de participação social.

O sucesso deste curso depende da interrelação e colaboração de cada um dos seus participantes. *Nossa expectativa é que você faça a diferença neste processo!*

**Sejam muito bem vindos(as) a esta capacitação!**

**MICHELE CAPUTO NETO**

Secretário da Saúde  
do Estado do Paraná

**ANTONIO GARCEZ NOVAES NETO**

Presidente do Conselho Estadual  
de Saúde do Paraná

**MARCIO JOSÉ DE ALMEIDA**

Diretor Escola de Saúde Pública do Paraná  
Centro Formador de Recursos Humanos

# Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
Contexto do Paraná .....	12
Mapa Estratégico da SESA .....	13
Macrorregiões de Saúde – Paraná .....	14
<i>Mapa do Paraná por Macrorregião</i> .....	15
Propósitos do Curso .....	16
Parcerias .....	17
Objetivos do Curso .....	17
<i>Objetivo Geral</i> .....	17
<i>Objetivos Específicos</i> .....	18
Público-Alvo .....	18
Requisitos para Participação na Capacitação .....	18
Número de Vagas .....	19
Desenvolvimento do Curso .....	19
<i>Modalidade</i> .....	19
<i>Carga Horária</i> .....	19
<i>Local e Horário dos Encontros</i> .....	19
Certificação .....	20
<b>MÓDULO 1</b> .....	21
Saúde e Cidadania	
<b>MÓDULO 2</b> .....	61
Políticas de Saúde	
<b>MÓDULO 3</b> .....	98
Programa de Inclusão Digital	
<b>MÓDULO 4</b> .....	159
Gestão do Controle Social	
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	193
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	196

## Apresentação

Este projeto de Capacitação de Conselheiros Municipais, Estaduais e das Secretarias Executivas dos Conselhos Municipais de Saúde do Paraná nasceu das discussões na Comissão de Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social do SUS do Conselho Estadual de Saúde, em abril de 2011. Era evidente a necessidade de promover, no âmbito estadual, uma capacitação de tivesse como objetivo contextualizar os participantes do controle social nos novos desafios do SUS.

A Escola de Saúde Pública do Paraná – Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP - CFRH) tem como atribuição a articulação e coordenação dos processos de formação e educação permanente para o SUS no âmbito estadual, por meio da oferta de cursos voltados aos trabalhadores do SUS bem como pela promoção dos Programas de Educação Permanente para o desenvolvimento de competências profissionais estratégicas na área da gestão, assistência, ensino e pesquisa e do controle social no SUS. Estas ações priorizam a integração ensino-serviço-comunidade e a integração dos diversos saberes e práticas profissionais com o objetivo de ampliar a qualidade dos serviços prestados e impactar na melhoria da qualidade de vida da população do Estado.

O compartilhamento de objetivos entre a ESPP, o Conselho Estadual de Saúde e a Seção de Fomento e Cooperação Técnica de Informática/DATASUS/MS, resultou em uma parceria positiva visando à implantação do projeto de educação permanente para o fortalecimento do controle social no SUS.

O projeto desta capacitação foi desenhado em quatro módulos, sendo o primeiro voltado ao processo de construção da cidadania, o segundo faz a contextualização do SUS como Política de Saúde, o terceiro trata sobre Informática Básica e faz parte do Programa de Inclusão Digital (PID) desenvolvido pela Seção de Fomento e Cooperação Técnica de Informática/DATASUS/MS e o quarto aborda a Gestão do SUS.

O material elaborado para esta capacitação servirá como ferramenta de apoio para o desenvolvimento das atividades presenciais e de práticas dos conselheiros. Cada turma terá um facilitador responsável que será previamente capacitado sobre os conteúdos essenciais do curso bem como para o desenvolvimento de habilidades para o uso de metodologias ativas de ensino.

A coordenação e acompanhamento do curso serão realizados em parceria com assessores das Regionais de Saúde, representantes do CES e técnicos da ESPP.

## Introdução

O contexto atual de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, após mais de duas décadas de trajetória, requer o aperfeiçoamento de sua capacidade tecnicopolítica, institucional e de gestão participativa como mecanismo para a efetivação da cidadania. As necessidades atuais de atenção à saúde da população brasileira exigem bases sólidas e integradas de organização, produção de saúde, planejamento, gestão de pessoas, de recursos, de governança federativa e também de processos compartilhados com a sociedade, aspectos definidos a partir dos fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira.

A Constituição de 1988, ao inserir a expressão “Estado Democrático”, faz a opção por uma concepção menos individualista de Estado abrindo a participação do cidadão na construção da cidadania e do Estado, de modo que tanto o povo como o governo possam manter congruência para o ordem do território. Com isso, a atividade pública, para ser exercida requer a participação da população organizada, no acompanhamento e controle as ações públicas. As leis orgânicas instituintes do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990) trazem, neste contexto, a participação da comunidade e o controle social como princípios e diretriz do SUS.

O Pacto pela Saúde de 2006 e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) avançam nesse sentido, ao introduzir novas estratégias de integração e articulação da política de saúde e instituir, como marco fundamental de consolidação institucional do SUS, um novo formato de condução das relações entre as esferas de Estado e o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas nacionais para garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade dos serviços.

Por isso, é fundamental que os conselheiros se qualifiquem técnica e politicamente para superar a concepção de que o saber técnico tem maior valor que o saber popular. Assim, a população e seus conselheiros têm o direito de receber as informações em tempo hábil e de forma clara para que possam tomar as devidas decisões nos conselhos onde atuam.

Nesse sentido, a capacitação de Conselheiros tem como objetivo contribuir para a reflexão e proposição de estratégias compartilhadas de consolidação do SUS junto aos Conselheiros de Saúde na sua condição de Controle Social na perspectiva da construção das Redes de Atenção à Saúde e do fortalecimento da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no Estado do Paraná.

## CONTEXTO DO PARANÁ

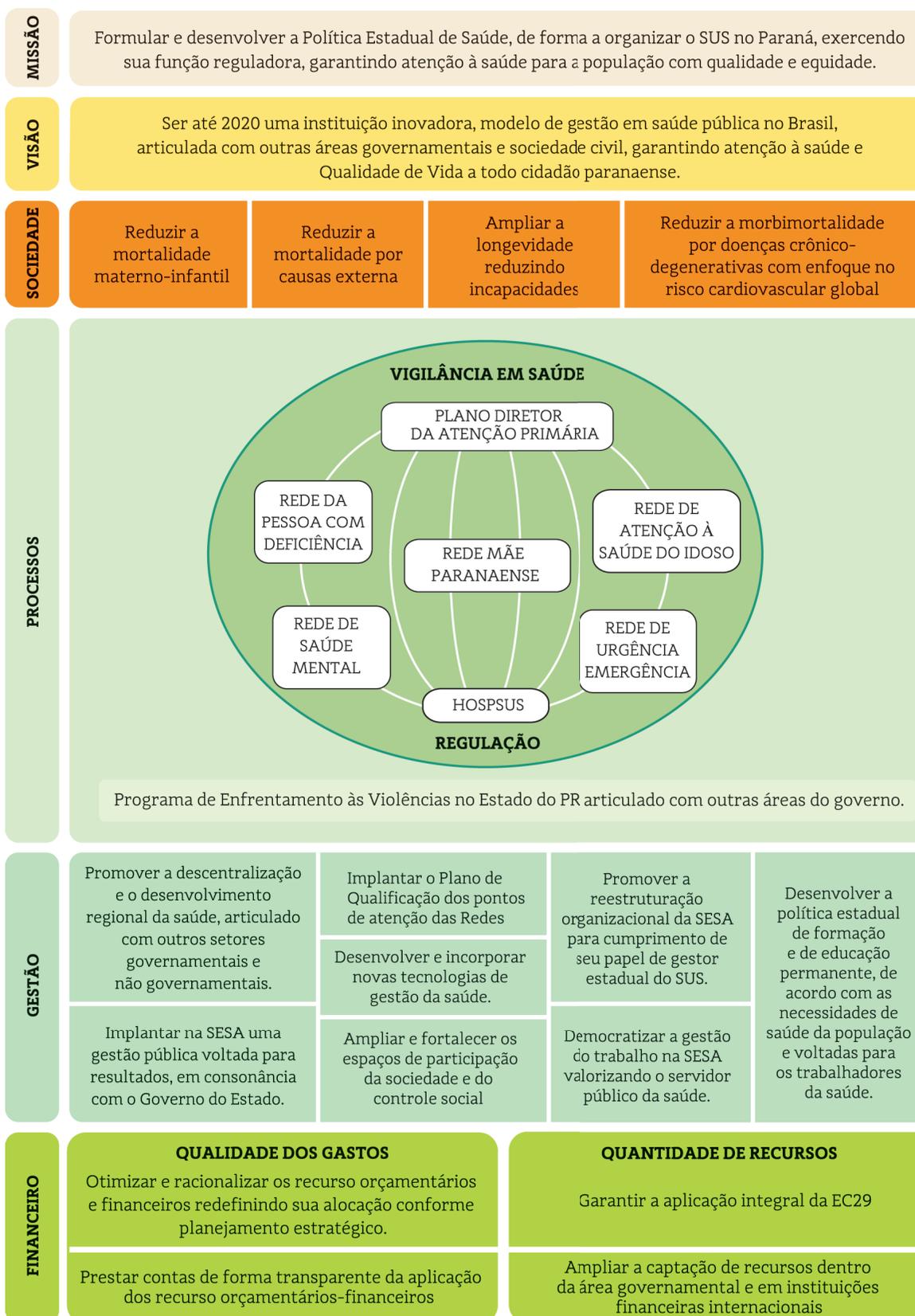
O Paraná tem a sua trajetória no campo da Saúde Pública marcada por um compromisso com a organização e estruturação do SUS buscando a integração das ações de proteção, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde das pessoas, bem como pela melhoria contínua das condições de vida em ações inter-setoriais.

A complexidade do desafio chama à ação um grande número de pessoas que unidas pelo mesmo objetivo, colaboram para diminuir a distância entre a situação atual e a desejada, compartilhando competências para a formação de uma rede de serviços com coordenação descentralizada, articulada entre si, que seja capaz de reconhecer as necessidades de saúde das pessoas e planejar ações para a atenção, com responsabilidade na gestão dos recursos, transparência e eficiência.

Este modelo de atenção requer mais do que investimentos financeiros e materiais, investimentos na capacidade de trabalhar de maneira inter-setorial, no compartilhamento de responsabilidades e na relação entre profissionais, gestores, comunidade e controle social. Portanto, é preciso investir em uma nova cultura que privilegie os espaços compartilhados de gestão; o aprofundamento diagnóstico da situação de saúde do estado por meio da construção dos mapas de saúde que incluam a capacidade instalada de serviços, o mapeamento, distribuição e perfil de necessidades dos recursos humanos nos serviços; a programação e o planejamento da oferta de serviços de acordo com as regiões de saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde em seu planejamento estratégico definiu a instalação de cinco redes prioritárias de atenção, sendo elas: Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde do Idoso e Rede da Pessoa com Deficiência, conforme demonstra o Mapa Estratégico ao lado.

## MAPA ESTRATÉGICO DA SESA



## **MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PARANÁ**

No Paraná, a organização das Redes de Atenção está configurada em quatro macrorregiões, a saber:

### **MACRORREGIÃO LESTE-SUL**

Referência Região Metropolitana de Curitiba

- 1ª Regional de Saúde – sede em Paranaguá
- 2ª Regional de Saúde – sede em Curitiba
- 3ª Regional de Saúde – sede em Ponta Grossa
- 4ª Regional de Saúde – sede em Irati
- 5ª Regional de Saúde – sede em Guarapuava
- 6ª Regional de Saúde – sede em União da Vitória
- 21ª Regional de Saúde – sede em Telêmaco Borba

### **MACRORREGIÃO OESTE – referência Cascavel**

- 7ª Regional de Saúde – sede em Pato Branco
- 8ª Regional de Saúde – sede em Francisco Beltrão
- 9ª Regional de Saúde – sede em Foz do Iguaçu
- 10ª Regional de Saúde – sede em Cascavel
- 20ª Regional de Saúde – sede em Toledo

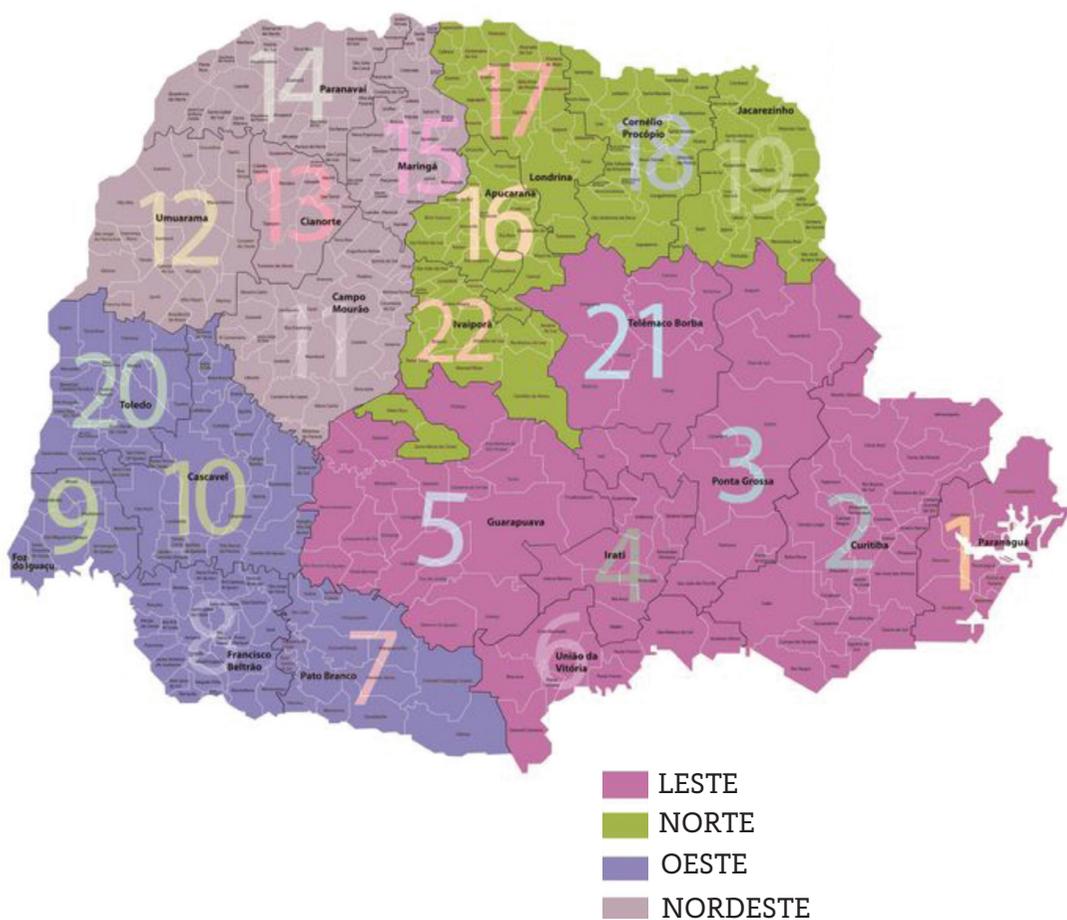
### **MACRORREGIÃO NOROESTE - referência Maringá**

- 11ª Regional de Saúde – sede em Campo Mourão
- 12ª Regional de Saúde – sede em Umuarama
- 13ª Regional de Saúde – sede em Cianorte
- 14ª Regional de Saúde – sede em Paranavaí
- 15ª Regional de Saúde – sede em Maringá

### MACRORREGIÃO NORTE - referência Londrina

- 16ª Regional de Saúde – sede em Apucarana
- 17ª Regional de Saúde – sede em Londrina
- 18ª Regional de Saúde – sede em Cornélio Procópio
- 19ª Regional de Saúde – sede em Jacarezinho
- 22ª Regional de Saúde – sede em Ivaiporã

### Mapa do Paraná por Macrorregião



## PROPÓSITOS DO CURSO

O Curso de Capacitação de Conselheiros se insere neste contexto pela importância de compartilhar experiências, práticas e saberes que podem potencializar as ações de controle social no SUS na perspectiva das redes de atenção.

Em função do contexto acima exposto que apresenta o processo de diminuir a fragmentação das ações isoladas para fortalecer um modelo compartilhado e articulado de atenção à saúde, a proposta desta capacitação foi desenhada buscando atender ao cenário atual do SUS.

Para tanto, a estrutura do curso baseia-se em três premissas:

- 1) diálogo do conteúdo do curso com as necessidades do SUS;
- 2) compromisso em trazer para o centro das reflexões os cenários de práticas cotidianas dos conselheiros-alunos;
- 3) estratégias metodológicas que problematizem o cotidiano de trabalho e contribua para o desenvolvimento de aprendizagem compartilhada e de posturas pró-ativas para o enfrentamento dos desafios atuais do SUS.

### Tripé da Estrutura do Curso

---



## PARCERIAS

Este projeto de capacitação foi desenhado em parceria entre a Comissão de Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social do Conselho Estadual de Saúde – CES PR e a Escola de Saúde Pública do Paraná.

O projeto tem três frentes de trabalho, quais sejam:

- 1) Elaboração do material didático-pedagógico;
- 2) Capacitação pedagógica dos facilitadores;
- 3) Capacitação dos conselheiros.

O material didático-pedagógico elaborado para os conselheiros servirá como ferramenta de auxílio para o acompanhamento das atividades de concentração e dispersão. O material para os facilitadores tem como objetivo dar condições para que as metodologias de ensino desenvolvidas sejam efetivadas.

O uso desse material por todas as turmas garante a unicidade do curso independente da região em que seja realizado. A coordenação da capacitação e o acompanhamento do curso ficam a cargo do CES e da ESPP.

A capacitação pedagógica direcionada aos facilitadores terá carga horária de 20 horas para o alinhamento conceitual e pedagógico.

O curso para os conselheiros terá carga horária total de 136 horas, distribuídas em 104 horas de concentração e 32 horas de dispersão.

## OBJETIVOS

Foram definidos os seguintes objetivos:

### Objetivo Geral



Fortalecer as ações do Controle Social por meio da capacitação dos conselheiros municipais e estaduais de saúde e dos membros das secretarias executivas dos conselhos do Estado do Paraná.

## Objetivos Específicos

- Instrumentalizar os conselheiros municipais e estaduais de saúde para o desempenho de suas funções;
- Instrumentalizar os membros das secretarias executivas dos conselhos de saúde sobre o controle social em saúde;
- Fomentar a reflexão crítica sobre a realidade dos territórios de saúde onde atuam os conselheiros de saúde;
- Promover a articulação dos conselheiros entre si e com os representantes das secretarias executivas dos conselhos para dar maior agilidade ao processo participativo;
- Promover a articulação dos conselheiros entre si e com a população para dar maior concretude ao processo participativo;
- Orientar os conselheiros sobre os instrumentos de gestão do SUS;
- Promover a inclusão digital dos conselheiros.

## PÚBLICO ALVO



- Conselheiros municipais e estaduais de saúde do Estado do Paraná.
- Representantes das secretarias executivas dos Conselhos de Saúde.

## REQUISITOS PARA A PARTICIPAÇÃO NA CAPACITAÇÃO



- Ser conselheiro de saúde;
- Ser secretário(a) executivo(a) de Conselho de Saúde;
- Ter disponibilidade para frequentar o curso no período proposto;
- Ter disponibilidade para realizar as atividades propostas.

## NÚMERO DE VAGAS

Serão ofertadas turmas de forma regular, de modo a contemplar todos os conselhos de saúde do Estado.

Pretende-se realizar turmas gradativamente, com oferta de novas vagas considerando a renovação dos membros dos conselheiros das secretarias executivas. A definição das sedes para novas turmas serão definidas com base na manifestação de interesse encaminhadas ao Conselho Estadual de Saúde / Comissão de Comunicação e Educação Permanente em Saúde.

## DESENVOLVIMENTO DO CURSO

O curso será realizado turmas de até 30 alunos tendo, cada turma, facilitadores devidamente capacitados para o desempenho da função.

A coordenação geral do curso é compartilhada entre o CES e a ESPP e contará com o apoio dos instrutores facilitadores e das Regionais de Saúde em todas as turmas.

A coordenação geral será responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento da capacitação no âmbito estadual de acordo com o estabelecido no projeto, bem como a seleção dos facilitadores regionais que serão responsáveis pela execução das turmas descentralizadas nas respectivas regiões.

### Modalidade



Esta capacitação será desenvolvida na modalidade presencial com momentos de atividades coletivas e previsão de momentos de dispersão onde serão realizadas atividades práticas.

### Carga Horária



A carga horária total da capacitação é de 136 horas, sendo divididas em 104 horas de concentração/presencial (76%) e 32 horas de prática/dispersão (24%).

## Período e Duração do Curso



A capacitação acontecerá em encontros de 04 a 08 horas, podendo as atividades ser organizadas de acordo com as realidades locais das turmas.

## Local e Horário dos Encontros



O local dos encontros deverá ser definido pelos facilitadores em conjunto com a coordenação geral, de acordo com a realidade local, atendendo a metodologia proposta e garantindo o acesso dos conselheiros e secretários(as) executivos(as) dos Conselhos.

Atendendo aos encaminhamentos dos conselhos municipais de saúde, as aulas acontecerão preferencialmente, aos sábados, no horário das 8:30h às 12h30 e das 13h30 às 17h30.

## CERTIFICAÇÃO



Os participantes que obtiverem 75% de presença em cada módulo e cumprimento satisfatório na realização das atividades propostas receberão os certificados de participação integral na capacitação.

As situações que não atenderem aos quesitos acima deverão ser discutidos com a coordenação geral.

# MÓDULO 1

## Saúde e Cidadania

Nos serviços de uma Secretaria da Saúde atuam profissionais com todos os níveis de formação, como agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, técnicos de diversas áreas, profissionais da atenção básica, da urgência e emergência, da atenção ambulatorial e hospitalar, como também atuam profissionais de outras áreas como advogados, contadores, administradores, engenheiros que contribuem para melhorar a qualidade de vida da população.

Para o SUS também é fundamental o papel do líder comunitário, dos conselheiros de saúde e é muito importante que a atuação de todas estas pessoas aconteça de forma articulada, negociada, em parceria, ou seja, que o trabalho seja colaborativo.

Cada uma destas pessoas tem uma atribuição profissional, que é definida pelo seu órgão de classe, no seu contrato de trabalho e pela chefia imediata de cada um destes profissionais.

Ao iniciar a atividade profissional é muito importante que cada um procure saber e esclarecer com sua chefia quais são as atribuições que lhe cabem e qual desempenho se tem como expectativa em relação ao trabalho individual e como resultado de um trabalho de grupo.

A atuação de todos os profissionais no SUS deve estar alinhada. O que se tem em comum é o compromisso de todos com a melhoria da qualidade de vida da população.

No entanto, esta é uma meta difícil de conseguir se não for buscada de maneira inter-setorial, pois a qualidade de vida é uma condição determinada por muitos fatores. Qualidade de vida também é muito subjetivo. Tudo o que pensamos sobre os outros, se ele tem ou não tem qualidade de vida é apenas um pré-conceito, uma suposição. Para saber como cada pessoa julga sua qualidade de vida precisamos nos aproximar dela, ouvir o que ela tem a dizer. Assim como canta Caetano Veloso, *“cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”*.

A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais são alguns dos fatores que determinam a qualidade de vida das pessoas.

Viver mais e melhor é o desejo de todos e em nome deste desejo cada ser humano organiza a sua vida para conseguir condições que o levem a viver mais e melhor.

É esperado que os servidores da Secretaria da Saúde estejam comprometidos em melhorar as condições de saúde da população, e esta é uma condição que impacta na melhoria da qualidade de vida.

A Constituição Federal (1988) define que “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Para que isto seja verdade, quem deve se responsabilizar por esta garantia (usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, políticos, ...?) O texto constitucional atribuiu direitos (de todos) e deveres (do Estado).

No entanto “todos” e “Estado” não é suficiente para entendermos o que cabe a cada um fazer para que a frase “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado” seja verdade.

## AULA 1

**Pode ajudar se entendermos antes  
o que é SAÚDE e o que é SUS.**



TEXTO DE  
APOIO

## 1

## Concepção ampliada de Saúde

A saúde como um direito social, é entendida como sendo o resultado de boas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Todas estas condições necessárias para se garantir a saúde foi assumido como responsabilidade pelo Estado: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.”

A Organização Mundial da Saúde considera que **“Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.”** Na Constituição Federal brasileira de 1988 a saúde foi garantida com um dos direitos sociais, conforme descrita no Art. 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Por muito tempo foi entendido que saúde era a ausência de doenças físicas e mentais, e sendo assim, os serviços de saúde estavam organizados para curar. Atualmente, o conceito ampliado de saúde exige que os serviços estejam preparados para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde e não apenas para realizar ações curativas. Para tanto, há necessidade de ações inter-setoriais, interdisciplinares e de integração entre os diversos níveis de atenção: atenção básica ou primária, secundária ou especializada, urgência, emergência e hospitalar. Este modelo de organização é conhecido como **“Redes de Atenção à Saúde”**.

## Vamos ver se eu entendi...



Atenção básica à saúde,  
Atenção primária à saúde,  
Serviços de baixa complexidade,  
ações de promoção e prevenção  
SÃO COISAS PARECIDAS?

**Sim!!** Eles fazem parte da atenção pré-hospitalar, ou seja, tem o objetivo de incentivar hábitos saudáveis de vida (PROMOÇÃO DA SAÚDE), orientar o autocuidado para aquelas pessoas que já tem uma condição de saúde preocupante, a fim de prevenir piores e evitar hospitalizações (PREVENÇÃO DE AGRAVOS). Estas ações de promoção e de prevenção devem ser feitas por todos os profissionais da saúde, inclusive pelos bons amigos que nos incentivam a cuidar da saúde! Para isto precisamos de um certo conhecimento, de alguma habilidade para lidar com pessoas, de muita sensibilidade e não precisamos muito de máquinas e computadores. Por isso entendemos que são ações de baixa densidade tecnológica, ou de baixa complexidade, mas com muita tecnologia relacional.



Mas como pode ser complexa a relação entre as pessoas!! Nem todos tem habilidade para conversar e explicar, alguns não dão valor à prevenção e só querem saber de: **“MÉDICO, REMÉDIO E EXAME”**  
E o que nós queremos é que as pessoas não precisem de **“Médico, Remédio e Exames”**, pelo menos não os de alta complexidade.

**E O QUE É ALTA COMPLEXIDADE ENTÃO?**

Costuma-se entender que tratamento de alta complexidade é aquele que exigem vários profissionais muito especializados, que atuam em ambientes hospitalares e a atenção é individualizada. Para o diagnóstico e tratamento precisa-se de muitos exames e remédios, às vezes até cirurgias. Se a pessoa está precisando deste nível de assistência é porque a doença já está instalada e comprometendo muito a sua condição de vida. Algumas pessoas já devem ter ouvido alguém dizer: “É MELHOR PREVENIR DO QUE REMEDIAR”

Mas tem muitas pessoas que não valorizam a oferta de atenção básica. Procuram ajuda só quando não aguentam mais a dor e precisam de hospital. Na verdade, antes dos anos 80 era bem difícil no Brasil ter acesso à atenção básica à saúde. Foi apenas depois do surgimento do SUS que estes serviços passaram a ser oferecidos com mais fácil acesso. Por isso costuma-se dizer que **O SUS É UMA CONQUISTA!** Porque agora todos tem direito, sem precisar contribuir com a previdência social, sem ter carteira de trabalho assinada, sem ter que comprovar pobreza, sem diferença entre regiões rurais e urbanas, sem precisar de documento. Já perceberam que hoje em dia quase não se fala mais em “indigente”?



O **SUS - Sistema Único de Saúde**, foi instituído no Brasil em 1990 por meio da Lei nº 8080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde que criou o SUS fundamentado em três princípios doutrinários:

1. **UNIVERSALIDADE:** Todos tem direito a ter acesso a serviços de saúde em todos os níveis de atenção, gratuitamente, em todo território Brasileiro, inclusive pessoas estrangeiras.

Se antes da Constituição Federal de 1988 era preciso contribuir para a Previdência Social para ter acesso à saúde pública, agora entendida como direito deve ser gratuito. Desrespeita a lei portanto, o prestador de serviço público ou privado quando contratado pelo SUS, que cobra qualquer quantia dos usuários.

Diferença entre **direito à Saúde** e **Assistência Social**:

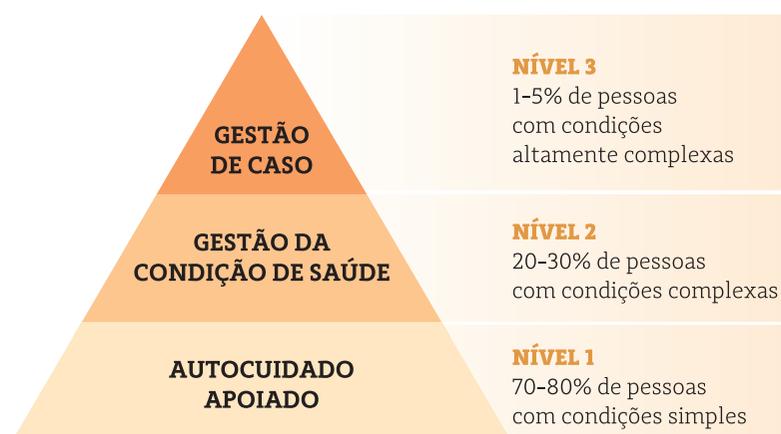
**SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – ART. 196 DA CF/88**

**ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO APENAS AOS CARENTES – ART. 203 DA CF/88: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar.”**

Estima-se que 80% da população pode ter seus problemas e necessidades resolvidos no nível primário de atenção à saúde, onde estão os serviços de atenção básica. Os pontos de atenção que fazem parte deste nível de atenção à saúde são:

- Unidades básicas de saúde;
- Domicílio;
- Consultórios de rua;
- Escolas;
- Centros comunitários;
- e outros locais de encontro da comunidade em que se possa conversar sobre as condições de saúde.

**Figura 2.** Pirâmide de Risco



Fonte: Department of Health<sup>28</sup>; Porter e Kellogg<sup>29</sup>.

Percebam que não se fala apenas de saúde e doença, e sim de **condições** de vida. Pois hábitos saudáveis levam a uma vida saudável. Precisamos agir antes que a pessoa perca a saúde! Por isso, o SUS incentiva e muito a atenção no nível primário, pela oferta de serviços de atenção básica, com ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com uma atenção primária de qualidade, a necessidade de encaminhamento para atenção secundária e terciária será mais organizada, e isto representa menos fila e atendimento mais rápido!

**2. INTEGRALIDADE:** atenção à saúde deve ser oferecida em todos os níveis – entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços **preventivos e curativos**, individuais e coletivos. Por integralidade na atenção à saúde entende-se o compromisso público de responder às necessidades de saúde das pessoas e das coletividades de modo completo desde atendimento para problemas simples até para os mais complicados e complexos dos problemas de saúde. Caso o direito aos serviços assistenciais não estejam disponíveis num determinado município, este deve encaminhar a pessoa a outro que os tenha.

Sobre este princípio, entendemos que é um direito das pessoas ser encaminhada a profissionais e centros especializados sempre que necessitar deste tipo de tratamento. Ou seja, se apesar da promoção e da prevenção a doença aconteceu, então o que a pessoa mais quer é a cura! Por isso fala-se em “ações e serviços curativos”.

Mas há cura para todas as doenças?

Infelizmente não ..



“Mesmo assim, quero ter direito a tratamento de qualidade, medicamentos, leitos hospitalares, profissionais competentes e assistência em todos os momentos pelos quais eu passar no enfrentamento desta doença! E, de preferência, perto da minha casa!”

Em geral, as doenças crônicas não tem cura. São elas: diabetes, insuficiência renal, hipertensão, etc.. No entanto, elas são passíveis de **CONTROLE**. Para este manejo, profissionais especializados (nível secundário) em conjunto com profissionais da atenção básica (nível primário) apresentarão um plano de tratamento ao usuário, para que ele aprenda a controlar e a conviver com a doença crônica, sem que esta interfira muito em sua rotina de vida.

E, se em algum momento o usuário perder o controle, provavelmente precisará de assistência em um nível terciário de atenção à saúde, com intervenções cirúrgicas que podem ter alta complexidade.

Quanto mais complexo for o tratamento, mais centralizado ele será, pois precisará de um ponto de atenção altamente equipado para oferecer a atenção que o usuário precisa.

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define que o território brasileiro deve ser organizado de modo a oferecer infraestrutura adequada às necessidades de saúde das populações. É importante saber que:

### REGIÃO DE SAÚDE

É o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No Paraná temos 22 Regionais de Saúde.

### MAPA DA SAÚDE

É uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

### REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

É o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.



### Vamos ver se eu entendi...



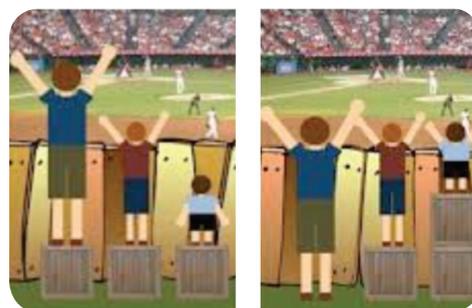
Pelo princípio da **UNIVERSALIDADE**, todos têm direito a atenção à saúde e pelo princípio da **INTEGRALIDADE**, todos têm direito de receber atenção desde a promoção e prevenção até ações de assistência e reabilitação. Sabendo que quanto mais complexo for o serviço, mais centralizado ele será e, assim, pode ficar um pouco longe da minha casa. Mas em cada uma das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná devem ser oferecidos serviços para a maioria das necessidades das pessoas. *Apenas nos casos mais graves e complexos é que será preciso resolver na sede das Macrorregiões, na capital do Estado ou até em outros Estados e no exterior? Tudo isto é oferecido pelo SUS?*



**3. IGUALDADE/EQUIDADE:** Tratamento sem preconceitos ou discriminação, priorizando os mais vulneráveis com o objetivo de alcançar a igualdade de direitos. **“Tratar igual os iguais e diferente os diferentes, na medida das suas desigualdades.”** Isso significa que, ao mesmo tempo que igualamos as pessoas no nível do direito (princípio da universalidade – todos têm direito ao SUS), diferenciamos-las do ponto de vista das suas necessidades específicas, garantindo ações em saúde conforme essas necessidades.

Exemplos onde estes termos se aplicam na prática:

**Exemplo 1:** Tradicionalmente os serviços de saúde atendem as pessoas por ordem de chegada. Todos já se organizaram para chegar cedo e garantir a consulta. Recentemente são muitas as oportunidades em que temos escutado que o atendimento das pessoas deve ser organizado por gravidade, ou seja, os mais vulneráveis e os casos que têm um risco maior de piorar devem ser atendidos antes, mesmo que tenham chegado depois.



IGUALDADE

EQUIDADE

O que pensamos sobre isso?

**Exemplo 2:** Um Município com 8 mil habitantes elegeu um prefeito que prometeu a construção de um hospital. A população entendia que quando seus filhos nasciam na maternidade do município ao lado não eram considerados naturais da cidade de residência. Após a eleição, o prefeito começou a providenciar a construção deste hospital e maternidade. Um gestor regional opinou com o seguinte argumento: uma população de 8.000 pessoas vai internar em média 7% ao ano, que é igual a 560 pessoas. Em 12 meses equivale a uns 48 internamentos ao mês. Considerando que cerca de 40% são de média e alta complexidade e precisarão de encaminhamentos para hospitais de referência, seriam menos de 30 pessoas que poderiam ser internadas no hospital municipal. A um custo de R\$ 250.000,00 ao mês. Assim, cada internamento custaria R\$ 8.000,00 que inviabilizaria o orçamento do município; utilizando-se um hospital maior poderia custar R\$ 1.100,00.

Vamos refletir:

***“Se um Município tem um hospital, todos devem ter igual!”***

ou

***“O SUS deve organizar a oferta de acordo com a necessidade das pessoas!”***

*E qual é a diferença entre DESEJO, NECESSIDADE E VONTADE?*

*Quem define o que necessário? O que é mais seguro? Você faria uma cirurgia cardíaca com uma equipe que realiza este procedimento no hospital perto da sua casa apenas uma vez por ano? Ou você prefere realizar este procedimento em um Hospital Regional de Referência?*

**Oportunidades de aprendizagem:** hospitais pequenos, com baixo volume de atendimento é uma falsa sensação de segurança. Município abaixo de 25 mil habitantes tecnicamente não comporta um hospital, pois não existirão muitas pessoas naquele município que precisarão do mesmo tipo de procedimento, o que torna inviável manter uma equipe especializada em cada Município do Estado.

AO FINAL DESTA AULA PODEMOS ENTENDER QUE O SUS DEVE GARANTIR ACESSO E ORGANIZAR A OFERTA.

A organização da oferta se dá pelo mapeamento das condições e necessidades das pessoas de cada território.

**E o que é Território?**

Este será o assunto da próxima aula!

## AULA 2

TEXTO DE  
APOIO

## 2

**Territórios de Saúde**

De acordo com Mendes (1993), entende-se que Território é definido por critérios geográficos. No entanto, este território tem duas características importantes:

- **Território solo:** é fixo, estático, é marcado em um mapa que delimita com uma linha onde começa e termina uma extensão de terra. É como a delimitação do terreno da nossa casa. Pode ser medido. No caso de territórios de saúde, entendemos que são maiores que um terreno. Compreende um espaço de terra onde vive um conjunto de pessoas;
- **Território processo:** aquele mesmo território que imaginamos acima, fixo, delimitado por linhas, é ocupado por pessoas que se movimentam o tempo todo. De modo que o território processo quer dizer que neste pedaço de terra tem vida em movimento. Ou seja, as pessoas reagem a mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais. As pessoas que moram em um território rural e agrícola tendem a ser mais estáveis do que pessoas que moram em um território onde tem muitas indústrias e comércio. Em territórios que tem escassez de comida e de emprego as pessoas migram mais. O mesmo acontece em territórios violentos onde as pessoas preferem sair e procurar outro lugar para morar. É o território em processo de mudança.

Pensando assim, o autor considera que os territórios podem ser divididos em:

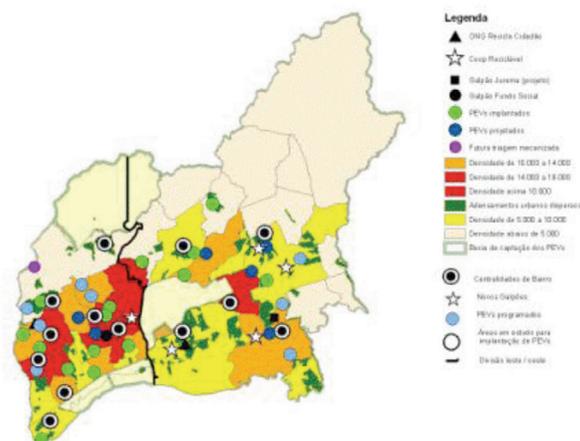
- **Território distrito:** obedece a lógica política-administrativa. É uma organização que interessa aos gestores da saúde, pois eles nomeiam um responsável por identificar as necessidades das pessoas de um distrito e organizar a oferta de serviços para aquela população;
- **Território área:** É um território processo, de responsabilidade de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. Compreende a área de atuação de 1 (uma) a 3 (três) equipes de saúde. O objetivo das equipes é fazer a vigilância das condições de saúde daquela população adscrita, ou seja, sob sua responsabilidade. Com base neste levantamento de necessidades, ofertar os serviços para melhorar os indicadores sociais.

- **Território Microárea:** é uma subdivisão do território. O território área é a parte de responsabilidade de 1 (uma) equipe de saúde. Segundo parâmetros do Ministério da Saúde, cada equipe de saúde deve assumir responsabilidade pela atenção à saúde de cerca de 4.000 pessoas, ou 1.000 famílias. No caso de ser um território rural, existem poucas pessoas morando em uma grande extensão territorial, então a oferta segue outros critérios, com um número menor de pessoas por equipe e geralmente ocorrem mais visitas domiciliares quando o acesso é difícil e distante.

Esta organização territorial tem sido muito eficaz para aproximar os profissionais de saúde dos usuários do SUS, conhecer seu modo de vida, suas condições de saúde, as ameaças e oportunidades que o território oferece.

O mapeamento do território permite às equipes de saúde e gestores visualizar áreas de risco, vazios assistenciais bem como oportunidades de utilização de serviços e infraestrutura comunitários para potencializar hábitos saudáveis de vida, por exemplo: parques, praças, centros comunitários, etc.

Esta atitude (de mapear o território) se inicia com uma visita de casa em casa, individualizada, para cadastrar todas as pessoas que moram naquela microárea, depois, estes registros são passados para um mapa que ilustra as condições de saúde daquelas pessoas. Nesta fase, dá-se uma atenção coletiva àquele grupo de pessoas. Depois de perceber onde estão os grupos mais vulneráveis, os grupos de risco e o grupo de risco habitual, são planejadas ações a cada um deles:



- **Grupo de risco habitual:** pessoas que vivem bem, sem queixas, ou relativamente bem. Para estas são planejadas ações de incentivos e/ou de prevenção;
- **Grupo de risco:** são planejadas ações de prevenção e orientação do autocuidado;
- **Grupo vulnerável:** São planejadas ações de maior monitoramento, com atenção mais individual.

A diferenciação de um grupo para o outro se dá pela análise de **indicadores das condições de vida**. E este será nosso próximo tema de aula.

### AULA 3

Você conhece a divisão territorial do seu município e da regional de saúde a qual o seu município pertence?

Os Planos Municipais e Estadual de Saúde apresentam estas informações e deveriam estar disponíveis na internet para livre acesso da população e principalmente do Conselho de Saúde. Vamos analisar estas informações na aula de hoje?

#### TEXTO DE APOIO | 3

### Indicadores das Condições de Vida da População

Conforme a Constituição Federal, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais são alguns dos fatores que determinam a qualidade de vida das pessoas. Também podemos dizer que estas condições são determinantes para uma vida saudável.

A **atenção à saúde** pode ser dividida em duas grandes áreas:

1. **Atenção coletiva**
2. **Atenção individual**

É pela análise de indicadores sociais que podemos ter uma visão mais ampla sobre fatos ou condições que podem acometer as pessoas e colocá-las em situação de perigo.

A negligência a estas necessidades, falta de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce na atenção primária e secundária, faz com que muita gente precise de atenção especializada que via de regra é individual (internamentos, cirurgias, ...) e desta forma, há uma demanda maior do que a capacidade de resolução do Sistema Único de Saúde: faltam profissionais, vagas em hospitais, etc.

Certamente todos que precisam devem ter atenção individualizada e humanizada, com boas condições de acesso e infraestrutura, mas melhor ainda seria se as necessidades fossem atendidas antes de se agravarem a ponto de não precisar de internamentos e cirurgias.

Para isso, os gestores precisam se antecipar às necessidades da população prevendo e providenciando serviços que serão necessários.  
**MAS COMO PREVER O FUTURO?**



A cada 10 anos IBGE realiza o censo demográfico em todas as cidades do Brasil. Vamos ver alguns dados de 2010 que podem ajudar os gestores a planejarem melhor o atendimento das necessidades de saúde da população?

No site <http://www.cidades.ibge.gov.br> temos acesso a tabelas e gráficos com informações sobre todas as cidades do país.

No entanto, considerando o conceito de “Território Processo”, bem sabemos que a nossa vida muda muito em 10 anos!! E o Censo IBGE tem atualizações apenas de 10 em 10 anos. E ainda, é bem provável que o entrevistador do IBGE não tenha encontrado todas as pessoas em casa, mesmo após sucessivas visitas, de modo que o IBGE nos dá uma estimativa, uma aproximação da realidade. É necessário sempre considerar esta provável diferença entre dados registrados e realidade.

Há um índice, conhecido como **IDH – Índice de Desenvolvimento Humano**, que indica a qualidade de vida das pessoas em uma determinada região. Este índice é o resultado da avaliação de vários indicadores:

- Expectativa de vida ao nascer (longevidade);
- Educação (quantos anos de estudo formal);
- Renda (quantos salários mínimos recebe, renda *per capita*).

Para saber mais sobre o IDH, acesse o site: [www.dhnet.org.br](http://www.dhnet.org.br) ou clique no link <http://www.dhnet.org.br/dados/idh/index.html>

Todas as pessoas do grupo de risco, vulneráveis e também as saudáveis, fazem parte do nosso convívio diário, mas muitas vezes elas não “aparecem”, as suas necessidades “não aparecem”. As pessoas até costumam se queixar, mas estas queixas não são ouvidas pelas pessoas que têm responsabilidade em atender estas necessidades. *De que maneira os Conselheiros de Saúde podem ajudar para que estas pessoas sejam representadas?*

## AULA 4

TEXTO DE  
APOIO

## 4

**Participação da Sociedade na Gestão da Saúde**

O primeiro artigo da Constituição Federal Brasileira de 1988 determina a forma como o país deve ser governado: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.” Este tipo de relação entre os governantes e o povo é a base da Democracia.

As sociedades democráticas estão empenhadas nos valores da tolerância, da cooperação, do compromisso e assumem a responsabilidade por conciliar uma multiplicidade de demandas e necessidades das pessoas e tomar decisões para tornar a sociedade mais justa e igualitária.

No Brasil, está se consolidando um governo democrático **representativo** e **participativo**.

- **Democracia representativa:** escolha de representantes por voto secreto, universal em eleições livres para os cargos de gestores no Município, no Estado e Federal;
- **Democracia participativa:** a população de maneira organizada participa do planejamento, do monitoramento dos governos e tomada de decisões.

As democracias reconhecem que chegar a um consenso requer compromisso entre representantes e representados e isto nem sempre acontece de maneira ideal. Não é fácil ser um representante democrático em um país com 190.755.799 milhões de habitantes. São muitas as situações que nos mostram o quanto a democracia é um processo e que estamos sempre em busca do ideal. Ainda são muitas as formas de abandono, preconceito e outras formas de exclusão social.

Nas palavras de Mahatma Gandhi, *“a intolerância é em si uma forma de violência e um obstáculo ao desenvolvimento do verdadeiro espírito democrático”*.

Na sua opinião, quais situações favorecem e quais situações dificultam a relação entre representantes e representados para a garantia dos direitos individuais e coletivos para a atenção à saúde em nossa sociedade?

---

**FATORES QUE FACILITAM:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

---

**FATORES QUE DIFICULTAM:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Agora converse com seus colegas de turma e tente entrar em um consenso sobre o que mais facilita e o que mais dificulta.**



## AULA 5



Em alguns municípios ainda encontramos conselheiros de saúde que não sabem muito bem qual é a sua função, não sabem quem estão representando nas reuniões do Conselho. Todos os conselheiros representam uma **entidade**. *Vamos falar sobre isso? Quais são as entidades que estão representadas no seu conselho? O que significa uma **entidade** e um **segmento**?*

Em uma gestão democrática as pessoas costumam discutir antes das votações. Os momentos de discussão são importantes para cada um apresentar os argumentos prós e contras que sua entidade tem e ouvir os colegas, que representam outras entidades e podem apontar outros pontos de vista que também são importantes. Durante o processo de discussão é possível amadurecer a ideia, repensar, se for preciso, negociar e só então votar. Este será um voto consciente, ou seja, a pessoa considerou diversos interesses e pontos de vista diferentes, considerou o que seria melhor para a entidade do segmento que representa e então deu o seu voto. Por isso é muito importante participar das reuniões do Conselho de Saúde. No entanto, ainda acontecem casos em que as assinaturas dos conselheiros são colhidas nas suas próprias casas, sem que aconteçam reuniões. Esta é uma prática que favorece a corrupção e prejudica o SUS. *O que você pensa que pode ser feito para conscientizar os seus colegas conselheiros sobre isso?*

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

São três esferas de governo: federal, estadual e municipal para melhor administrar e representar a vontade do povo por meio de dois princípios democráticos garantidos pela Constituição:

- **Participação Popular:** definição de prioridades e metas a serem atingidas e escolha por eleição dos representantes que farão a administração pública.
- **Controle Popular:** monitoramento e avaliação das ações dos

governantes para o cumprimento das prioridades e metas estabelecidas no plano de governo.

A Lei 8.142/90 regulamenta a participação organizada da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio de:

- Conferências de Saúde;
- Conselho de Saúde

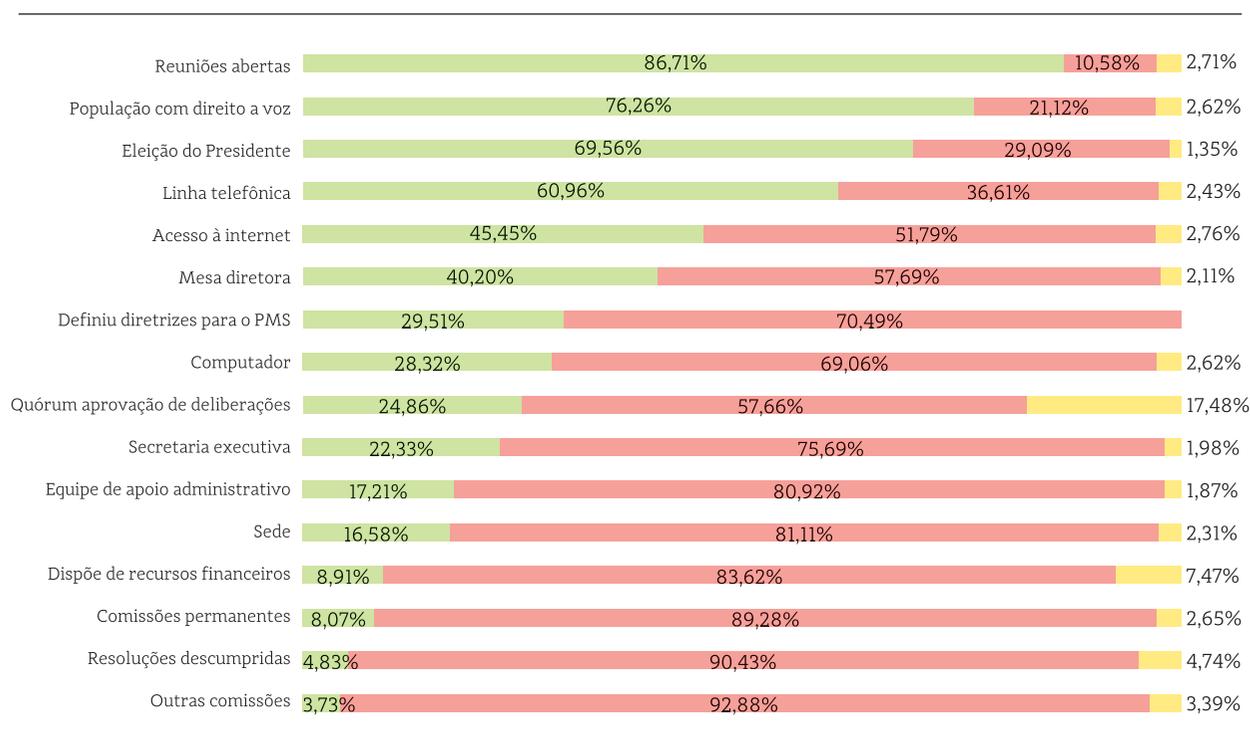
**As Conferências e o Conselho de Saúde são instâncias legitimadas por Lei para que a sociedade participe da gestão de maneira organizada e justa.** São instâncias colegiadas, ou seja, têm representantes de vários segmentos que precisam equacionar seus interesses individuais de forma que a decisão final seja boa para todos.

Uma pesquisa realizada entre 2004 e 2007 em 98% dos Conselhos de Saúde do Brasil revelou a existência de cerca de 72.000 conselheiros de saúde, uma média de 14 conselheiros por Conselho Municipal de Saúde (MOREIRA, 2009). Estes 72 mil conselheiros representam a vontade da população e são os mais próximos dos mais de 190 milhões de habitantes do Brasil. O que a comunidade espera é ser bem representada pelos seus Conselheiros e também ser informada por eles sobre os avanços e dificuldades para melhorar a saúde da população. Está sob a responsabilidade dos Conselhos:

- Controlar o dinheiro da saúde;
- Acompanhar as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais;
- Participar da elaboração das metas para a saúde;
- Fiscalizar e acompanhar a execução das ações na saúde;
- Reunir-se pelo menos uma vez por mês.

O quadro a seguir mostra o Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil (MOREIRA, 2009) onde é possível perceber que a maioria deles garante a participação da comunidade em reuniões abertas, no entanto, carecem de outros recursos e apoio para implementarem ações importantes de participação e controle social.

**Figura 3.** Subsídios para Políticas Públicas Participativas  
Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil. Equipe DCS/NUPES-DAPS/ENSP/ FIOCRUZ



O Conselho Estadual de Saúde do Paraná fez um levantamento das condições dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado e o resultado do perfil encontrado está apresentado no quadro abaixo.

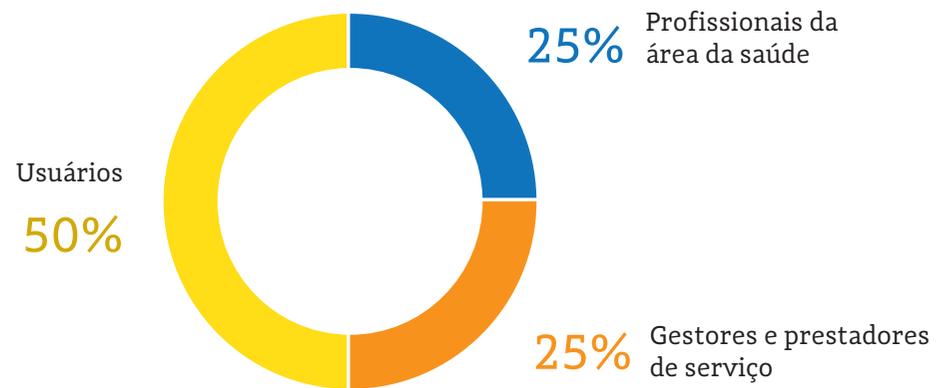
**Quadro 1.** Condições dos Conselhos Municipais do Estado do Paraná, 2013.

CRITÉRIOS ATENDIDOS	SIM	NÃO
Está cadastrado no SIACS	71,83%	28,09%
Tem Regimento Interno	81,45%	18,54%
Paridade	84,96%	15,03%
Entidades homologadas em Conferência	84,46%	15,54%
Recebe recursos do Participa - SUS	17,29%	82,71%
Promove atividades para o Controle Social	57,89%	42,11%

CRITÉRIOS ATENDIDOS	SIM	NÃO
Outras comissões	17,79%	82,21%
Resoluções descumpridas	7,52%	92,48%
Comissões permanentes	36,34%	63,66%
Dotação orçamentária própria	17,29%	82,71%
Sede dentro da Secretaria de Saúde	75,19%	25,06%
Sede própria	13,53%	86,47%
Local adequado para as reuniões	74,19%	25,81%
Equipe de apoio administrativo	60,90%	39,10%
Secretaria Executiva	64,66%	35,34%
Quórum para deliberações	85,21%	14,79%
Antena	21,80%	78,19%
TV	37,59%	62,41%
Impressora	66,41%	34,59%
CPU	82,96%	17,04%
Monitor	82,71%	17,29%
Define diretriz para o Plano Municipal de Saúde	78,19%	21,81%
Mesa Diretora	78,45%	21,55%
Acesso à internet	78,45%	21,55%
Fax	37,84%	62,15%
Linha telefônica	50,63%	49,37%
Eleição da mesa	75,44%	24,56%
População com direito a voz	83,21%	16,79%
Reuniões abertas	88,72%	11,28%

Fonte: Coordenação Estadual de Plenária – Conselho Estadual de Saúde do Paraná, 2013.

O Conselheiro de Saúde participa do Conselho exercendo um **papel político**, pois ele representa uma parte da população. Não são os seus interesses individuais que ele deve levar às reuniões do Conselho e sim os interesses de um coletivo que ele representa. Para tentar ser justo com os diversos interesses sociais, o Conselho de Saúde é composto por: usuários (50%); profissionais da área da saúde (25%); e gestores e prestadores de serviço (25%).

**Figura 4.** Composição do Conselho de Saúde.**Material de apoio:**

Assistir em sala de aula ao 1º episódio da Minissérie “**Saúde em Cena**” - QualiConselhos: [https://www.youtube.com/watch?v=B01C\\_KY2Dp8](https://www.youtube.com/watch?v=B01C_KY2Dp8)

**QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:**

*Você acredita que esta é a melhor maneira de garantir representação social?*

*Quais são os interesses do seu segmento? Como você os identificou?*

*Como é construído o sujeito político?*

## ATIVIDADES EM GRUPO

## 1

## PENSAR GLOBALMENTE E AGIR LOCALMENTE

(Ulrich Beck)

Os indicadores do IBGE, assim como os indicadores governamentais de saúde nos ajudam a ampliar nosso ponto de vista sobre as necessidades coletivas de saúde da população. No entanto, a ordem das necessidades é tão grande que podemos sentir uma certa desmotivação para participar da tentativa de supri-las.

O autor Ulrich Beck pensou a mesma coisa quando analisou a necessidade de preservar o planeta e criou a frase: *Pensar Globalmente e agir localmente*.

Após termos analisado dados gerais referentes à população do nosso Estado, precisamos aproximar nossa atenção para a nossa área de atuação.

**Tarefas para o período de dispersão:**

Como trabalho para o período de dispersão, busque informações na sua cidade sobre:

1. Número de habitantes;
2. Extensão territorial;
3. Taxa de ocupação rural e urbana;
4. De que maneira o Sistema de Saúde na sua cidade se organiza para ofertar atenção à saúde das pessoas?;
  - a. Número de unidades de saúde;
  - b. Quantos centros de atenção especializada;
  - c. Quais hospitais públicos atendem os moradores da cidade?
  - d. Quem são os gestores locais? Como está funcionado o organograma da Secretaria Municipal de Saúde?
  - e. A SMS tem gestão plena da saúde em seu município?
  - f. Quem toma as decisões sobre o planejamento e a execução dos serviços de saúde? A decisão é colegiada ou centralizada?
5. De que forma a população participa do planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços e ações de saúde no seu município?
6. Como está organizado o Conselho Municipal de Saúde?
  - a. Qual é a frequência com que as reuniões acontecem?

- b. Quantos são os membros e quantos costumam participar das reuniões?
- c. De que maneira o conselheiro consulta o segmento que representa e como informa sobre o que acontece no Conselho?
- d. Quais são os outros Conselhos que existem em seu município?
- e. Em relação aos requisitos apresentados para o funcionamento pleno do Conselho, como está a condição do seu Conselho especificamente?

A atuação do Conselho é uma conquista da comunidade. Nem sempre o direito de participar da gestão da saúde foi garantido à comunidade no Brasil. No próximo módulo vamos conhecer a história do SUS e discutir os avanços e desafios que ainda são muitos.



Para você se preparar para o próximo módulo e poder contribuir com os debates, assista pela internet ao filme “A História do SUS” : [https://www.youtube.com/watch?annotation\\_id=annotation\\_1141972941&feature=iv&hd=1&src\\_vid=cSwIL\\_JW8X8&v=SP8FJc7YTa0#t=30.7s](https://www.youtube.com/watch?annotation_id=annotation_1141972941&feature=iv&hd=1&src_vid=cSwIL_JW8X8&v=SP8FJc7YTa0#t=30.7s)

### COMPARTILHANDO APRENDIZADO



Reunidos em grupos de 5, os alunos elegem um coordenador do tempo e um relator, a seguir trocam experiências sobre:

- onde e com quem conseguiram obter as informações solicitadas na tarefa de dispersão;
- dificuldades encontradas;
- estratégias utilizadas para realizar a tarefa.

**APRESENTAÇÃO EM PLENÁRIA:** O relator de cada grupo apresenta aos demais a discussão realizada no seu grupo.

## 2

## APLICABILIDADE DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Na 1ª aula foram apresentados os princípios do SUS que devem embasar a prática dos gestores e diversos profissionais e prestadores de serviços. No entanto, as constantes denúncias de fraude ao SUS nos mostram que o Controle Social é indispensável para evitar que alguns coloquem os interesses individuais acima dos interesses coletivos. Vamos analisar algumas situações:

**Metodologia de ensino:**

Divididos em 5 grupos de 5 alunos, cada grupo fará a leitura de um dos textos abaixo e conversará sobre exemplos que acontecem no cotidiano e que tenham relação com o tema:

1. Universalidade
2. Igualdade e equidade
3. Integralidade
4. O direito do usuário à informação
5. Controle social

Após a leitura e discussão sobre o tema, o relator de cada grupo apresentará em plenária as questões levantadas pelo seu grupo como sendo mais relevantes e sobre as quais gostariam de discutir com todos.

**2.1. UNIVERSALIDADE**

Violações cotidianas ao princípio da universalidade:

- Pagamento de sistema de saúde privado ou ressarcimento de despesas médicas a servidores públicos (ativos, aposentados ou pensionistas) com dinheiro público;
- Condicionar acesso à consultas, exames, medicamentos e outros produtos de interesse para a saúde (inclusive dietas industrializadas) no SUS a comprovação de pobreza, assinatura prévia em declaração de não ser usuário de plano privado de saúde, parecer, estudo ou análise social, etc;

- Condicionar concessão de transporte ou diárias para alimentação e hospedagem em TFD (tratamento fora de domicílio) a comprovação de pobreza;
- Cobrança de qualquer natureza: honorários, “contribuição”, “doação”, para acesso a exames, consultas, cirurgia, medicamentos e quaisquer serviços de saúde é crime de concussão/estelionato.

**Art. 2º da Lei Estadual n. 14254/03** (*direitos dos usuários do SUS no Paraná*):

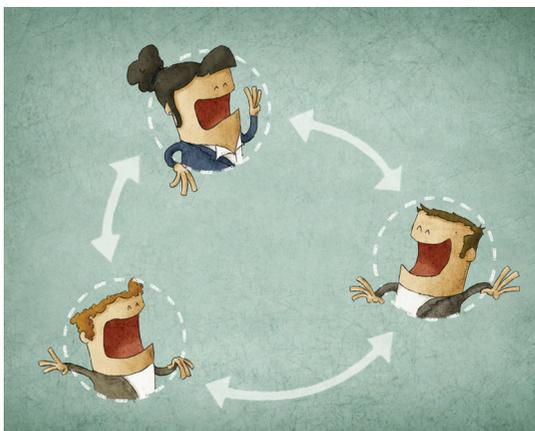
**XXXVI** - todo e qualquer procedimento do SUS ou pelo SUS são **totalmente gratuitos**, sem complementação a qualquer título;

**XXXVII** - ter direito ao atendimento ambulatorial **sem cobrança alguma** para consultas, aplicações de injeções, curativos, nebulizações, quaisquer exames, etc;

**XL** - ter direito, **sem custo algum, a todo e qualquer tipo de atestado médico** que diga respeito ao ato ou tratamento médico (declaração de comparecimento, atestado para afastamento ao trabalho, atestado para licença – tratamento de saúde, atestado para fins de perícias ou outros).

**Lei Estadual n. 13331/01** (*Código de Saúde do Paraná*):

“Art. 85. Todas as unidades de saúde que possuem vínculos com o SUS, próprias, contratadas ou conveniadas, ambulatoriais ou hospitalares, deverão expor, em local visível e de maior acesso dos usuários, placa ou cartaz, onde obrigatoriamente deve constar a proibição da cobrança pelos serviços prestados pelo SUS.”



O conselheiro, ao constatar uma situação irregular deve levar ao conhecimento do Conselho Municipal de Saúde colocando como pauta para a próxima reunião ou, em caso de urgência, solicitar uma reunião extraordinária.

Importante manter o diálogo aberto e minimizar as acusações, imposições e disputas de poder, a fim de resolver a situação com o menor conflito possível evitando animosidades.

## 2.2. IGUALDADE E EQUIDADE

5º da Constituição Federal de 1988:

I – Todos são iguais perante a lei, sem distinções de qualquer natureza.

Lei n. 8080/90:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Tratar os desiguais na medida de suas desigualdades:

Crianças/ adolescentes, Idosos, deficiências/necessidades especiais, gestantes (Classificação de risco – protocolo de Manchester).

**Figura4.** Classificação de riscos com base no Protocolo de Manchester

<b>VERMELHO</b>	<b>EMERGÊNCIA</b>	<b>0 MINUTOS</b>
<b>LARANJA</b>	<b>MUITO URGENTE</b>	<b>10 MINUTOS</b>
<b>AMARELO</b>	<b>URGENTE</b>	<b>60 MINUTOS</b>
<b>VERDE</b>	<b>POUCO URGENTE</b>	<b>120 MINUTOS</b>
<b>AZUL</b>	<b>NÃO URGENTE</b>	<b>240 MINUTOS / AGENDAR</b>

QUESTÕES PARA ANÁLISE E DISCUSSÃO:



- Concessão de medicamentos, órteses, próteses e quaisquer produtos de interesse à saúde, pelo SUS, bem como serviços de saúde (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia) a **pacientes em tratamento médico fora do SUS, com prescrição médica da rede privada** (“privilégio de qualquer espécie”), com exceção de serviços especiais de acesso aberto com expressa previsão legal (ex. portadores de HIV);

- Concessão de transporte ou diárias em TFD a pacientes em tratamento médico fora do SUS;
- Atendimento de pessoas que não residam no Município sendo exigido Título de Eleitor para comprovar domicílio;
- Concessão de vacinas para gripe AH1N1, sem observância de prévios critérios epidemiológicos, para grupos de pessoas.

As questões acima remetem a condições de **vulnerabilidade**. A princípio todos nós somos vulneráveis, no entanto esta condição de vulnerabilidade é maior para algumas pessoas ou para a mesma pessoa em alguns momentos de sua vida.

### 2.3. INTEGRALIDADE

#### Art. 198 da CF/88:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

**II** - atendimento **integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

#### Lei n. 8080/90:

**Art. 7º** As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

**IV** - **integralidade** de assistência, entendida como conjunto **articulado** e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, **exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema**.

**Art. 6º** Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

**I** - a execução de ações:

**d)** de **assistência terapêutica INTEGRAL, inclusive farmacêutica**.

O que é assistência terapêutica integral?

- **Terapêutica:** ações e serviços de saúde (em caráter preventivo ou curativo), a englobar imunizações (vacinação), consultas, exames, medicamentos, órteses, próteses, produtos de interesse para a saúde, internações hospitalares e domiciliares, cirurgias e procedimentos de saúde domiciliares, ambulatoriais e hospitalares;
- **Integral:** tudo aquilo que for necessário para promoção ou recuperação da saúde, e, em especial, nos serviços curativos o que for preciso para cada caso para a recuperação da saúde com capacidade de resolução. Com o avanço das pesquisas e da medicina surgem diariamente novos exames e tratamentos que nem sempre são padronizados pelo SUS. Esta realidade leva ao fenômeno da “judicialização”, quando o usuário entra na justiça para ter acesso a um tratamento (exames, medicamentos, cirurgias, etc) que não são oferecidos pelo SUS.

O Decreto n. 7508/2011 (regulamentador da Lei n. 8080/90) e a Lei n. 12401/2011, que alterou a Lei n. 8080/90:

**Art. 20 do Decreto n. 7508/11** (regulamentador da Lei n. 8080/90):

“A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.”

Interpretar à luz do art. 3º da CF/88 – princípio da dignidade da pessoa humana:

**Art. 13 do Decreto n. 7508/2011:**

“Para **assegurar** ao usuário o **acesso** universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir** a transparência, a **integralidade** e a equidade **no acesso** às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos** das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar** o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- V - ofertar** regionalmente as ações e os serviços de saúde.”

**Lei Estadual n. 13.331**, de 23 de novembro de 2001:

“**Art. 5º.** A organização, o funcionamento e o desenvolvimento do SUS nas esferas estadual e municipal obedecerão as seguintes diretrizes e bases (trechos em destaque):

**I – Diretrizes:**

f) organização racional dos serviços;

**II - Bases:**

d) conjugação dos recursos físicos, materiais e humanos do Estado e dos municípios na realização de ações e prestação de serviços públicos de assistência à saúde da população, e divulgação de informações quanto ao potencial desses serviços e a sua utilização adequada pelo cidadão.

**Art. 13.** Compete à direção municipal do SUS, além do constante na Lei Orgânica da Saúde:

**I.** planejar, organizar, gerir, executar, controlar e avaliar as ações e serviços de promoção e atenção integral à saúde, no âmbito municipal;

**IX.** controlar e fiscalizar, nos termos desta lei, os estabelecimentos públicos e privados de interesse à saúde no município.”



Nos municípios do Paraná estas Redes de Atenção estão sendo construídas. Os Conselheiros devem ser informados do processo de construção da Rede nos seus Municípios nas reuniões de prestação de contas.

**Garantia de integralidade:** é obrigação da gestão municipal do SUS (e, portanto, direito do usuário do SUS)

estabelecer, organizar e divulgar todos os fluxos na rede de atenção básica a partir das portas de entrada, de urgência/emergência, de assistência farmacêutica, de saúde mental e, assim por diante.

**Lei n. 12527/2011 (Lei de Acesso à informação):**

“Art. 8º: É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.”

Pressupõe: articulação integrada na rede (referência/contrareferência) e divulgação ao usuário.

Exemplos comuns de violação ao princípio da integralidade, por falta de organização e divulgação dos fluxos:

- **Na urgência/emergência:** “peregrinação” do paciente na busca de leito;
- **No pré-natal/parto:** “peregrinação” da gestante/ parturiente para atendimento de urgência em intercorrências ou para o próprio parto;
- **Na assistência farmacêutica:** “peregrinação” do paciente para obter medicamento prescrito pelo médico da UBS, ou para obter uma negativa formalizada, ou para saber onde requerer/retirar o remédio (da UBS para SMS, da SMS para Regional SESA, da Regional para UBS...);
- **Em TFD:** “peregrinação” do paciente para marcação do serviço fora do domicílio: da UBS para a SMS, da SMS para o MP, do MP para a SMS...

## 2.4. O DIREITO DO USUÁRIO À INFORMAÇÃO

**Lei n. 8080/90:**

**Art. 7º** As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo **ainda** aos seguintes princípios:

**V - direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

**VI - divulgação de informações** quanto **ao potencial** dos serviços de saúde e **a sua utilização** pelo usuário.

**Lei Estadual n. 14254/03:**

**Art. 2º.** São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado do Paraná:

**IX** - ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível;

**X** - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos realizados;
- c) **exames solicitados;**
- d) ações terapêuticas;
- e) riscos, benefícios e inconvenientes provenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos de diagnósticos terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas pelos procedimentos, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
- h) a localização da doença;
- i) exames e condutas a que será submetido;
- j) a finalidade dos materiais coletados para exames;
- k) **alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços;**
- l) o que julgar necessário.

Em caso de negativa de fornecimento de ações e serviços de saúde:

É **direito** do usuário receber **por escrito** o indeferimento, com a devida justificativa da gestão do SUS.

**GARANTIA CONSTITUCIONAL - DIREITO DE PETIÇÃO**

**CF/88. Art. 5º. XXXIV** - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

- a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
- b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal.

**Lei n. 12.527/2011** – garantia de acesso à informação:

Art. 7º. O **acesso à informação** de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

**I - orientação sobre os procedimentos** para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;

**V - informação sobre atividades exercidas** pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços;

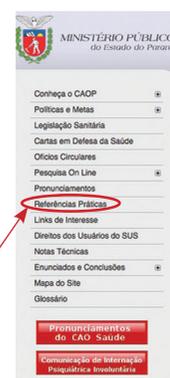
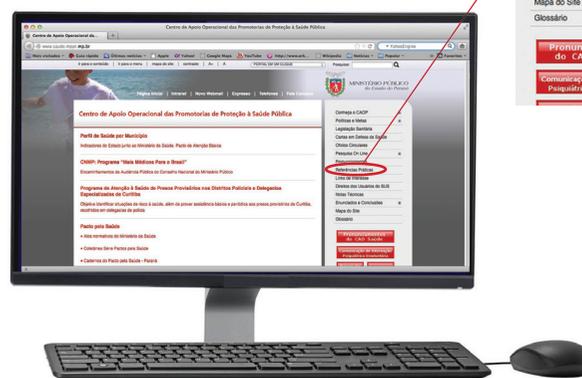
**Art. 21. Não poderá ser negado acesso à informação necessária à tutela judicial ou administrativa de direitos fundamentais.**

Exemplos de violação ao direito de informação (humanização):

- Negativa de fornecimento de **cópia de prontuário médico** ao próprio paciente ou ao seu representante legal;
- Negativa de fornecimento de documento formalizando o indeferimento de concessão de medicamento, exame, consulta ou qualquer ação/ serviço de saúde – **negativa apenas verbal**;
- Negativa de fornecimento de documento formal de negativa de concessão de transporte/diárias em TFD – negativa apenas verbal;
- Falta de esclarecimentos prévios ao paciente, dos potenciais riscos da cirurgia/exame/procedimento/tratamento;
- Falta de orientações, acolhimento e esclarecimentos à parturiente e a seu acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, do que está acontecendo com ela e com o feto, dos riscos inerentes, etc.

**Lei Estadual n. 14.254/03** – Direitos dos Usuários do SUS no Paraná (*lista de direitos que não excluem inúmeros outros, previstos em inúmeras outras leis*).

Na página do **Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública**, do Ministério Público do Estado do Paraná, no item **“Referências práticas”**, há uma listagem organizada



e atualizada dos textos de leis, portarias e regulamentos na área de saúde pública, por tópicos, inclusive: “direitos dos usuários do SUS”, “controle social”, “cobrança indevida”, “programa saúde da família”, “saúde mental”, “urgência e emergência”, “tratamento fora de domicílio”, e inúmeros outros. [Link: http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=412](http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=412)

## 2.5. CONTROLE SOCIAL

### Art. 198 da CF/88:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes **diretrizes**:

III - participação da comunidade.

### A comunidade participa do SUS através do CONTROLE SOCIAL.

### Lei n. 8142/90:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na **formulação de estratégias** e no **controle da execução** da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos **aspectos econômicos e financeiros**, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

### Como o Conselho Municipal de Saúde faz o controle social?

- 1) NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE (a partir das conferências municipais);
- 2) NA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PLANO DE SAÚDE;
- 3) NA FISCALIZAÇÃO DAS CONTAS DA SAÚDE – GASTOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE;

#### 4) NA FISCALIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS.

##### **Controle social na formulação e na execução do Plano de Saúde:**

- 1) Conferência de Saúde formula diretrizes e as envia ao gestor de saúde;
- 2) Gestor de Saúde elabora o Plano de Saúde com base nas diretrizes;
- 3) Conselho aprova o Plano de Saúde (para os próximos 4 anos);
- 4) O Plano de Saúde deve ser executado pelo gestor do SUS nos próximos 4 anos;
- 5) O Conselho aprova ou não o relatório anual de gestão – RAG (execução do plano, inclusive no cumprimento ou não da Lei 141/2012) apresentado em três relatórios trimestrais de gestão;
- 6) Todos esses relatórios, e as respectivas aprovações/reprovações do Conselho, devem ser PUBLICADAS pelo gestor, inclusive na INTERNET.

##### **Controle social na fiscalização dos direitos dos usuários:**

**Resolução n. 453/12**, do Conselho Nacional de Saúde.

**Quinta Diretriz:** aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

**XVII** - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

**XVIII** - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias.

Lei Complementar 152, de 10 de dezembro de 2012, dispõe sobre o fundo estadual de saúde nos municípios do Paraná. Os recursos destinados aos Municípios são enviados “Fundo-a-Fundo”, ou seja, o dinheiro enviado pelo Governo Federal e Estadual para financiar ações que devem ser executadas pelos

Municípios são depositados em um “Fundo da Saúde” e nos Municípios que não tem lei para regulamentar a gestão deste Fundo Municipal da Saúde, a gestão dos recursos fica, geralmente, na Secretaria da Fazenda.

Os recursos depositados no Fundo de Saúde podem ser: **LIVRE** ou **VINCULADO**. Os **recursos livres** podem ser utilizados pelo gestor em quaisquer ações de saúde. Já os **recursos vinculados** estão atrelados aos projetos e às metas que o município se comprometeu a atingir em um determinado programa. Um recurso vinculado ao programa municipal de DST/HIV/AIDS não pode ser utilizado para pagar ações de outro programa que não seja este. Caso não seja gasto com o programa ao qual está vinculado, deve ser devolvido.

Para ter acesso a recursos externos, o município deve elaborar um plano e programação de ações e metas – APAM e submetê-lo ao Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e ao Ministério da Saúde

## FISCALIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS



Como aumentar o protagonismo e a visibilidade do CS?

### ► 1) Dando publicidade ao Conselho!!!

Conselhos de Saúde ainda não são muito conhecidos pela população.

Poucos usam meios de comunicação de massa (jornal, rádio, televisão, Internet, etc.) para divulgar atividades relacionadas com os

programas de saúde ou com os problemas da comunidade.

AS REUNIÕES DEVEM SER PÚBLICAS: 4ª Diretriz da Res. n. 453/12, do CNS: V - **as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade**

## ▶ 2) Educação Permanente ao Conselheiro

LC n. 141/12:

**Art. 44.** No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, **programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação** na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

**Decreto Estadual regulamentador do Código de Estado da Saúde:**

**Art. 42.** Os gestores estadual e municipais deverão assegurar recursos financeiros para a estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde, garantindo **espaço físico adequado para atendimento ao usuário e à manutenção das atividades** regulares dos conselhos, bem como as respectivas conferências.

## ▶ 3) Negociar com o gestor para garantir condições mínimas ao Conselho

4ª Diretriz da Res. N. 453/12, do CNS:

**Quarta Diretriz:** as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

**I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e ao quadro de pessoal;**

**II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;**

**III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;**

**IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada**

mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

#### ▶ 4) Criando parcerias - articulações

- **Articulação entre os Conselhos/conselheiros e a sociedade:**

- canais de articulação e participação (permitem que o Conselho/conselheiro apreenda as demandas da população que representa e, ao mesmo tempo, informe e divulgue as decisões e discussões tomadas pelo Conselho). Ex.: murais, e-mails, plenárias, assembléias, ouvidorias, etc.

- **Articulação entre os Conselhos de Saúde e destes com outros Conselhos:**

- entre CS da mesma esfera de governo e de diferentes esferas;
- entre os CS e outros Conselhos de áreas afins (tais como, da Educação, da Criança e do Adolescente, etc. – conectando questões singulares do seu cotidiano com questões mais gerais) **para enfrentar problemas comuns.**

- **Articulação entre os Conselhos de saúde e outras instituições:**

- auxílio no exercício de seu papel:  
Ex.: Ministério Público (diante de irregularidades e/ou descumprimento das leis que regem o SUS);  
Ex.: Tribunal de Contas (irregularidades e ilegalidades contra o patrimônio público).

**ATIVIDADES PRÁTICAS**

Durante o período de atividades práticas, faça o reconhecimento do funcionamento do Conselho de Saúde do qual você faz parte e responda:

**Qual é a base legal que legitima a função dos Conselhos e dos Conselheiros de Saúde e quais são os requisitos exigidos para ser um Conselheiro Municipal de Saúde?**

---

---

---

---

---

---

**Os conselheiros em seu município sabem como está organizado o Sistema de Saúde?**

Quantas Unidades de Saúde existem no município?

---

---

---

---

Quantos serviços de atenção especializada disponíveis para os usuários do SUS existem?

---

---

---

---

Quais são os hospitais públicos ou conveniados que atendem os moradores da cidade?

---

---

---

---

Quem são os gestores locais?

---

---

---

A SMS tem gestão plena da saúde em seu município?

---

---

---

Os Conselheiros conhecem o Plano Municipal de Saúde?

---

---

---

---

De que forma a população participa do planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços e ações de saúde no seu município?

---

---

---

---



**Não se esqueça:** para você se preparar para o próximo módulo e poder contribuir com os debates, assista pela internet ao filme “A História do SUS”: [www.youtube.com/watch?v=cSwIL\\_JW8X8](http://www.youtube.com/watch?v=cSwIL_JW8X8)

## MÓDULO 2

# Políticas de Saúde

### Objetivos

Compreender o processo de evolução das políticas de saúde e a função do Controle Social na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

### Conteúdos

1) Evolução das Políticas de Saúde no Brasil; 2) A VIII Conferência Nacional de Saúde, Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS; 3) A Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família; 4) As Redes de Atenção à Saúde; 5) Território e Saúde; 6) Territorialização como processo de organização dos serviços e das Redes de Atenção; 7) Política de Saúde do Estado do Paraná.

### Carga Horária

32 horas de concentração e 10 horas de dispersão.

## 1

### A NOSSA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE É O SUS!

No entanto, antes do SUS, outras Políticas de Saúde foram instituídas no Brasil, como vimos no filme sobre a **História das Políticas de Saúde no Brasil**.

Vamos destacar então, alguns períodos e suas características para melhor compreendermos a evolução das políticas de saúde no Brasil e o processo de criação do SUS.



### ***Da Colonização (1500) até meados do século XX***

Período em que as ações de saúde eram exercidas por curandeiros, boticários, raizeiros, parteiras leigas, irmãs de caridade, iniciativa de religiosos, médicos sanitaristas, médicos generalistas, enfermeiras práticas, porém sem que estivessem alinhadas a uma política nacional de saúde. Do início do século XX até 1920 os serviços de saúde pública eram vinculados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e a principal meta era combater as endemias urbanas e rurais para garantir a saúde dos portos. O Brasil tinha na exportação do café, e em outros produtos, a base de sua economia e era de fundamental importância sanear os portos para que estas doenças não prejudicassem a exportação. As principais doenças eram as pestes, a cólera e a varíola, portanto, altamente transmissíveis e letais. Neste período destaca-se o trabalho realizado pelo médico Oswaldo Cruz que implantou o modelo das campanhas sanitárias. **A assistência era privada para quem podia pagar e aqueles que não podiam, considerados pobres, iam para entidades de caridade.** Os hospitais públicos isolavam os doentes mentais, tuberculosos e hansenianos.

### ***Em 1923 – Lei Eloi Chaves***

Esta lei foi a que criou a assistência previdenciária a partir das caixas de aposentadoria e pensões das empresas de estrada de ferro, organizando os primeiros benefícios aos trabalhadores e a prestação de serviços de assistência médica e farmacêutica.

### ***De 1945 a 1970***

Cresce a medicina previdenciária com a industrialização e com a urbanização. Apesar das doenças pestilenciais estarem controladas, crescem as

doenças de massa em decorrência das más condições de vida e de trabalho da maioria da população, que passam a atingir a todos, independentemente da classe social. A assistência médica individual ganha, com o avanço tecnológico, maior qualidade no diagnóstico e tratamento das doenças. Cresce neste período, o complexo médico industrial e hospitalar que passa a ser dominante até os anos 80, configurando o modelo médico assistencial privatista. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde com a responsabilidade de cuidar da Saúde Pública, ou seja, das doenças transmissíveis e dos carentes. Em 1968 o Brasil vive o período da ditadura militar que segue até meados da década de 1970.

### ***De 1971 a 1980***

A assistência médica ligada à previdência começa, a partir de 1971, a expandir sua cobertura, incluindo trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. Com o aumento da arrecadação, e para contornar a crise econômica pela qual passava o país, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Neste momento são definidas as atribuições de cada órgão ficando o Ministério da Saúde responsável pelas ações e medidas de saúde pública, de interesse coletivo, inclusive as de vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência Social com a assistência médica individualizada. Em meados da década de 1970, em busca de reformas e melhores condições de vida e saúde para toda a população, sendo a pessoa trabalhador formal ou não, surge um movimento na saúde que ficou conhecido como **Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira** que encontra, em 1978, **a proposta de Atenção Primária à Saúde** e passa a difundir e mobilizar professores das universidades brasileiras, trabalhadores e população em torno das mudanças necessárias à política de saúde no país.

## **2**

### **A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### **Conferência da Alma-Ata**

“Saúde para Todos no Ano 2000” – esta frase surgiu em 1977 durante a Assembleia Mundial de Saúde desencadeando novas expectativas para uma nova saúde pública no mundo. Isso aconteceu durante a **Conferência Internacional**



Interior do Centro de Convenções durante a Conferência de Alma Ata, em 1978

**dos Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata**, antiga União Soviética e promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo fundo das Nações Unidas (UNICEF). A Conferência de Alma-Ata passou a ser referência mundial para todos os envolvidos com a saúde – dirigentes, profissionais e população – pois trazia em seu bojo a meta saúde para todos até o ano 2000. Os **principais compromissos** da Conferência de Alma-Ata eram:

- A saúde é um direito fundamental do homem e a meta de todos os povos deve atingir um alto nível de saúde;
- A desigualdade no estado de saúde dos povos é inaceitável e é motivo de preocupação para todos os países;
- A promoção da saúde dos povos é essencial para o desenvolvimento econômico e social e contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial;
- A população tem o direito e o dever de participar como indivíduo e como grupo no planejamento e na execução dos cuidados de saúde;
- Os governos têm responsabilidade pela saúde dos povos e a atenção primária é a chave para atingir esta meta com justiça social;
- **Atenção primária significa cuidados essenciais de saúde**, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas. Deve fazer parte do sistema de saúde. Deve estar ao alcance de todas as pessoas da comunidade e deve contar com a participação da população. Precisa ter um custo que a comunidade e o país possam suportar;
- O compromisso com a atenção primária à saúde define a influência das condições econômicas e das características sociais, culturais e políticas de cada país sobre a saúde da população. Destaca a necessidade de parcerias entre todos os setores ligados ao desenvolvimento da comunidade, como agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, habitação, obras públicas, comunicações. Afirma que a capacitação da comunidade pela educação é fundamental para que ela possa participar do planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária.

Como você pode ver, a **Atenção Primária trouxe uma nova visão** dos determinantes do processo saúde-doença e a responsabilidade aos governos em garantir o direito à saúde da população.

Outros eventos mundiais defendendo a Promoção da Saúde ocorreram. Entre eles, a **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, que produziu uma **Carta de Intenções “Saúde para Todos no Ano 2000 e Anos Subsequentes”**; a **II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** realizada na cidade de Adelaide, Austrália, em 1988; e outras subsequentes como a de **Sundswall**, na Suécia, em 1991; a de **Bogotá**, na Colômbia, em 1992 e a de **Jakarta**, na Indonésia, em 1997, entre outras.

Como é possível reconhecer, a luta pela mudança do modelo de atenção com a incorporação de investimentos na promoção e proteção da saúde por meio de políticas públicas intersetoriais é um movimento mundial.

### Um pouco de história

As primeiras iniciativas de descentralização dos serviços de saúde no Paraná nasceram em Londrina por iniciativa da Medicina Comunitária da Universidade Estadual de Londrina, em 1974-75, com a **criação dos Postos de Saúde da Vila da Fraternidade e de Paiquerê**, zona rural do município. Em 1977, a Secretaria Municipal de Saúde adota este modelo implantando e expandindo os Postos de Saúde nos bairros e zona rural da cidade. O mesmo ocorreu com o município de Niterói e Campinas que juntos formavam o primeiro conjunto de municípios adotando o mesmo modelo de organização dos serviços. Em 1978, com o advento da **Atenção Primária recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)**, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina expande e fortalece este modelo servindo de referência para, nos anos seguintes, outros municípios paranaenses adotarem este modelo, como ocorreu com Cambé, Ibiporã, Maringá, Curitiba, Ponta Grossa e Cascavel.

### De 1980 a 1990

**Entra em colapso a Assistência Médica da Previdência Social.** O Ministério da Previdência Social, da Saúde e da Educação e Cultura formalizam, em portaria conjunta, o **Plano CONASP** (Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social) **que traz**, em seu bojo, **propostas para a reorganização da assistência à saúde no país.** Uma das estratégias para racionalizar os gastos com saúde foi a **implantação das Ações Integradas de**

Saúde (AIS) que propunha o **repasso de recursos financeiros para estados e municípios organizarem seus serviços de saúde**. As AIS, como ficou conhecida, alavancou a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde e, neste período, o país vivia uma transição democrática com o fim da ditadura e a chegada da Nova República. Uma nova Constituinte foi chamada e em 1986 foi convocada a **8ª Conferência Nacional de Saúde** para discutir a reestruturação do sistema e a nova política nacional de saúde com vistas à Constituição de 1988. A 8ª Conferência trouxe para o cenário brasileiro as bases do que viria a ser os **princípios e diretrizes do SUS**. Com cerca de cinco mil participantes observadores – profissionais da saúde, gestores, professores universitários e representantes da sociedade civil organizada – a 8ª Conferência traz como tema central a “**Saúde como Direito**”. Os intensos debates travados durante sua realização foi acompanhado por uma plenária atenta aos rumos que o setor saúde poderia tomar a partir de então. Por esta grande mobilização e participação em torno das propostas apresentadas para discussão e aprovação, a **8ª Conferência é considerada um marco na história da saúde no Brasil**.

### 3

## A PARTICIPAÇÃO DO PARANÁ NA 8ª CONFERÊNCIA

### Um pouco de história

Em 1982, com o fim da ditadura, o país vivia um período de abertura democrática – a Nova República – marcada pelo movimento “**Diretas Já**” e

Fonte: FIOCRUZ



Plenária da **8ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, em Brasília. No detalhe, professor Sérgio Arouca, presidente da 8ª CNS e um dos líderes da Reforma Sanitária da década de 1980

eleições para os governos de Estado. No Paraná vence um candidato ligado à oposição que traz para o cenário estadual um projeto para a área da saúde pautado na descentralização e municipalização dos serviços e na expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o estado do Paraná.

Esta gestão (1983-87) financia, por meio do **Programa de Extensão de Cobertura (PEC)**, a organização de serviços nos municípios e a criação de Unidades de Saúde no modelo preconizado pela APS, com trabalho em equipe multiprofissional, com ações de promoção e prevenção e com áreas de abrangências definidas a partir de critérios de acesso da população aos serviços. Foram expandidas as ações de enfermagem, de odontologia, de farmácia, de bioquímica além das ações médicas, visando à ampliação e integralidade do cuidado. Foram implantados os primeiros manuais de orientação de práticas assistenciais e organizacionais dos serviços, que mais tarde foram denominados protocolos.

Mais adiante, com os recursos das AIS foi possível consolidar esta política de descentralização e estruturação dos serviços municipais de saúde. Para desenvolver este processo, a Secretaria Estadual de Saúde realizou, em suas Regionais (antes denominados Distritos Sanitários) os **Encontros Populares de Saúde**. Nestes encontros eram apresentados e discutidos com a população as ações e serviços propostos para aquele município. Os Encontros Populares eram realizados durante um dia, geralmente aos finais de semana e contava com um média de 200 a 400 participantes. Neste contexto, **quando ocorre a 8ª CNS, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná desenvolvia um intenso trabalho de mobilização em torno de mudanças do modelo de atenção** e, por esta condição, destaca-se entre os participantes do evento não apenas pelo maior número de participantes como também de delegados envolvidos com as propostas de mudanças.

### ***De 1990 aos dias de hoje***

Os anos que se seguiram foram de implantação do SUS e fortalecimento de seus princípios doutrinários. As **Leis Orgânicas nº. 8080/90 e nº. 8142/90** apresentam as **bases jurídico-legais do SUS**. Inúmeros e diferentes instrumentos foram criados com o objetivo de assegurar os mecanismos de gestão e controle, entre eles as **Normas Operacionais Básicas, a definição das competências de cada ente federativo na gestão do SUS e o controle social em saúde**.

Como vimos, o processo de criação do SUS, do ponto de vista sócio-histórico, é recente. Muitos são os desafios a serem superados para que possamos chegar ao SUS que desejamos, conforme rezam suas diretrizes e seus princípios. Nosso

modelo de atenção à saúde foi construído principalmente tendo a assistência médica especializada e hospitalar como referência. Assim, o médico especialista sobrepõe-se ao médico clínico geral ou generalista, as **ações de saúde curativas são vistas como mais importantes do que as preventivas**. Os serviços especializados e os hospitalares são considerados como de melhor qualidade em relação aos da Atenção Primária. O mesmo acontece em relação aos serviços públicos e privados onde, historicamente, a saúde pública era apenas para a população carente e a medicina previdenciária para os que contribuíam para a previdência social ou que podiam pagar. Ainda, a população tem dificuldade em aceitar cuidados de saúde prestados por outros profissionais. Enfim, muitos são os desafios a serem superados para que possamos chegar ao SUS que desejamos, conforme está proposto em suas diretrizes e princípios.

Nas últimas décadas muitas foram as iniciativas voltadas à reorientação do modelo de atenção e das práticas profissionais. Entre elas, a **estratégia Saúde da Família**.

## 4

### SAÚDE DA FAMÍLIA

#### Do PACS ao PSF e do PSF à ESF

O **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**, foi criado em 1991 para enfrentar uma situação específica de saúde na região nordeste do país, especialmente no Ceará, que adotou esta modalidade no estado como um todo. A equipe do PACS compõe-se de uma enfermeira e quatro a seis agentes comunitários. Tamanho foi seu resultado para a saúde da população que em 1994 a equipe foi ampliada com médico e auxiliares ou técnicos de enfermagem criando o **Programa Saúde da Família – PSF**. O Programa apresentava dez ações que pretendia alcançar:

- 1) modelo voltado para ações de proteção e promoção da saúde, além das ações de prevenção, cura e reabilitação das doenças;
- 2) atuação em território definido;
- 3) composição mínima de equipe multiprofissional de saúde;
- 4) residência dos agentes comunitários em seu território de atuação;

- 5) participação da comunidade nas ações de educação e promoção da saúde;
- 6) impacto sobre a formação de recursos humanos em saúde;
- 7) atenção integral e contínua;
- 8) integração ao sistema de saúde local;
- 9) remuneração diferenciada; e,
- 10) estímulo ao controle social.

A partir do ano de 1998, foi instituído o **Piso de Atenção Básica** decorrente das negociações na NOB 96 e com base nas experiências exitosas de alguns municípios como Assis (São Paulo), Brumadinho (Minas Gerais), Campina Grande (Paraíba), Londrina e Curitiba (Paraná) e Camaragibe (Pernambuco) que apresentavam mudanças significativas em seus indicadores de saúde após a implantação do PSF. Este contexto levou a uma expansão acelerada do PSF pois o Ministério da Saúde repassava incentivos financeiros aos municípios, tornando a Saúde da Família uma das estratégias estruturantes de organização dos serviços locais de saúde. A partir desta expansão acelerada passou-se a denominar **estratégia Saúde da Família** como forma de reconhecer a potencialidade da mesma na reorganização dos serviços de saúde e reorientação das práticas profissionais em saúde.

A **ESF** tem como proposta prestar o cuidado integral às famílias em seus respectivos territórios de moradia e de acordo com as necessidades de cada um e da família como um todo. Cabe ressaltar que a ESF reforça e fortalece as propostas da Atenção Primária à Saúde que, em função das características de construção do SUS e mesmo da ESF, passou a ser denominada também de **Atenção Básica**. Assim, **alguns municípios utilizam o termo atenção primária enquanto outros utilizam atenção básica**. O importante é que hoje a Saúde da Família continua sendo fundamental para melhorar a qualidade do cuidado e do acesso da população aos serviços de saúde.

## 5

### O TERRITÓRIO E O PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA/ ATENÇÃO BÁSICA

A **importância do território** na organização dos serviços de saúde pode ser compreendida a partir de experiências comparadas entre os sistemas de saúde de

diferentes países. **Os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e equitativos tem como elemento comum a sua organização numa base territorial.**

No entanto, quando se fala em território, é importante precisar o conceito de território a que estamos nos referindo. Falar em território não é apenas pensá-lo como espaço geográfico mas, sim, pensá-lo como um espaço vivo, com todos os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e sanitários interagindo e dando sua configuração final. Assim, **o território precisa ser compreendido como um organismo vivo** que está sempre se construindo e se reinventando. Dali emergem necessidades e problemas de saúde, de conflitos de interesses diferenciados. O território, então, além de uma dimensão geográfica, é um território social de mudanças e, portanto, um território em processo, em movimento. É importante reconhecer estas características ao se definir um território a ser atendido por uma equipe de saúde para que o planejamento das necessidades e problemas de saúde possam ser apreendidos, enfrentados, monitorados e avaliados.

Assim quando um gestor quer planejar e monitorar as ações de saúde prestadas à população, o primeiro movimento é buscar conciliar a lógica político-administrativa visando coincidir a efetivação das políticas públicas do município. Esta conciliação permite, por exemplo, a adoção de políticas intersetoriais. Outro ponto importante é que, ao se planejar a organização dos serviços, com base neste conceito de território-vivo, território-processo, é possível ao gestor municipal, conhecer as características e hábitos de vida, condições de vida e trabalho, composição demográfica e estrutura familiar da população que ali vive, bem como identificar os equipamentos sociais existentes naquele território que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde daquelas pessoas.

Uma das ações para se chegar a este conhecimento é **propiciar que a equipe de saúde** que irá atuar ou já atua nos serviços de saúde **realizem o processo de territorialização**, ou seja, realizem ações de reconhecimento do território das unidades de saúde para proceder a análise da situação de vida e saúde da população que está sob responsabilidade destas equipes. Existe uma metodologia de trabalho para a realização deste mapeamento e sistematização das informações coletadas. **Este é um trabalho importante e que pode ser realizado com a participação dos conselheiros de saúde.**

## 6 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

Para a organização dos serviços e do cuidado em saúde, o Ministério da Saúde ainda trabalha numa lógica fragmentada mediante programas chamados de verticais (de cima para baixo). Em que pese a Saúde da Família, como vimos acima, ter como um de seus pressupostos a integralidade do cuidado ao indivíduo e à família, a lógica do financiamento das ações ainda se dá por meio de programas específicos para os quais os municípios precisam aderir, independentemente de suas necessidades epidemiológicas e sanitárias.

Diversos são os programas e ações criados para viabilizar o cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária/Atenção Básica do SUS. São estas as áreas para as quais o Ministério da Saúde organiza o financiamento para os estados e municípios, sendo que cada área tem seus respectivos programas, sendo os mais comuns:

- **Saúde da Criança:** Programa de Aleitamento Materno, Programa Saúde na Escola, Programa de Prevenção da Obesidade, etc;
- **Saúde do Adolescente:** Programa de Planejamento Familiar, etc;
- **Saúde da Mulher:** Programa de Pré-Natal, Programa de Controle do Câncer de Mama, Programa de Controle do Câncer Ginecológico, etc;
- **Saúde do Homem:** Programa de Controle do Câncer de Próstata, etc;
- **Saúde do Idoso;**
- **Saúde Mental;**
- **Saúde da População Indígena;**
- **Saúde da População Quilombola;**
- **Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e Aids;**
- **Doenças Agudas;**
- **Doenças ou Agravos Crônicos;**
- e outras.

No entanto, se esta divisão é para facilitar o trabalho dos profissionais corre-se o risco de “separar o indivíduo” em partes. A palavra indivíduo já deixa claro que cada ser é indivisível!!

Veja bem: uma mulher adolescente pode ao mesmo tempo ter transtornos mentais, estar grávida e ser moradora de rua.

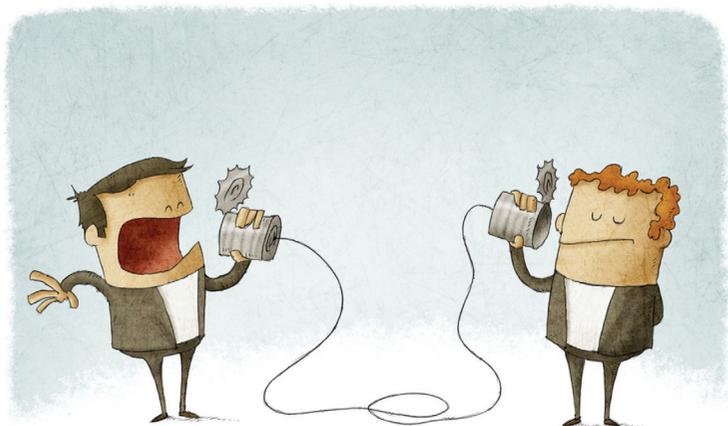
Se ela precisar frequentar os ambulatórios de três programas diferentes na Saúde, além dos programas da Assistência Social, certamente ela não será aderente ao tratamento. Este exemplo deixa claro que a integralidade da atenção à saúde demanda uma relação entre os profissionais para que os inúmeros programas criados “conversem entre si”. **Em algumas situações o que falta é integração e não a oferta de serviços.**

Este quadro torna-se mais complexo quando se constata que, além do financiamento para as ações do cuidado serem fragmentadas, os serviços de saúde ainda não interagem entre si. Desta forma, cada vez que um usuário necessita de um serviço mais complexo para atender suas necessidades de saúde ele fica

à espera de uma agenda e na maioria das vezes o acesso a este atendimento é demorado.

A complexidade da tarefa em oferecer atenção integral à saúde justifica as especializações no campo da Gestão, Assistência, Pesquisa, Ensino, Atenção Básica, Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Reabilitação. Ao perceber a complexidade da atenção integral à saúde, os profissionais e a comunidade precisam trabalhar em

equipe, em uma relação colaborativa, não só entre si mas com todas as instâncias que compõem o SUS.



## 7

### AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um dos maiores desafios do SUS é garantir a integralidade do cuidado. Para que seja resolutivo, muitas vezes são necessários procedimentos que vão além do que é possível fazer nas unidades de saúde ou na rede básica. Por muitos anos tentou-se implantar o sistema de referência e contrarreferência para que os usuários pudessem ter garantido acesso a serviços de maior tecnologia, mas

sempre com o intuito de voltar e ser acompanhado pela unidade local de saúde de seu território.

O enfrentamento desta questão vem se dando, em uma das vertentes de atuação, na tentativa de organização dos serviços de forma a garantir o acesso regionalizado da assistência. Assim, em um determinado território macrorregional, a proposta é mobilizar recursos humanos e tecnológicos que atuem de forma articulada para a prestação do cuidado em saúde. Um bom exemplo pode ser o de uma gestante que faz seu pré-natal em uma unidade de saúde e tem a garantia de ser atendida em um hospital na região onde mora e, se for necessário, tenha acesso a uma UTI, caso ela ou o bebê precisem. Esta seria a lógica para todos os atendimentos, tanto dentro do município como entre municípios de uma mesma região ou outros dentro do estado, e até mesmo entre estados, caso necessário.

A efetivação das redes de atenção é uma meta dos gestores e uma necessidade dos usuários.

## ATIVIDADES PRÁTICAS

Converse com cinco pessoas com mais de 60 anos e veja como elas descrevem o acesso que tinham aos serviços de saúde quando precisavam. **Ex:** *Conte-me como o sr(a) fazia quando precisava de um serviço de saúde para alguém da sua família ou para o sr(a) mesmo(a).*

Traga suas respostas para a reflexão no próximo encontro.

Converse com cinco profissionais de saúde que trabalhem na rede pública (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, dentistas, auxiliares de enfermagem, etc) sobre como se deu a evolução da saúde pública no Brasil até chegar ao SUS. **Ex:** *Conte-me como foi que a saúde pública se desenvolveu no Brasil e como é que chegamos ao SUS.*

Traga suas respostas para reflexão no próximo encontro.

Converse com cinco pessoas da sua comunidade e pergunte a eles que tipo de serviços de saúde gostariam de ter no bairro onde vivem. **Ex:** *Se o(a) sr(a) pudesse pedir ao prefeito ou ao governador um serviço de saúde aqui no bairro, que tipo de serviços pediria?*

Traga suas respostas para reflexão no próximo encontro.

### OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM



Reunidos em círculo, os conselheiros-alunos elegem um coordenador do tempo e a seguir trocam experiências sobre as situações pesquisadas. Para isso, é interessante discutir primeiro os resultados da questão 1, seguidas da 2 e da 3.

O facilitador fará a sistematização dos pontos comuns em cada situação encontrada, fazendo *links* com as informações trabalhadas nos encontros teóricos e no filme assistido pelo grupo.

## 8

### PARANÁ: POLÍTICAS PRIORITÁRIAS

O **Plano Estadual da Saúde 2012-2015**, discutido e aprovado junto ao Conselho Estadual de Saúde, é a base para as ações desenvolvidas pelo governo estadual nesta área. O documento detalha a organização e funcionamento do SUS no Paraná e os objetivos, diretrizes e metas da Secretaria Estadual da Saúde para este período.

Em 2011, ao construir o **Mapa Estratégico da Saúde no Paraná** (apresentado no início do caderno), a Secretaria definiu a implantação das Redes de Atenção à Saúde com ações sistematizadas na atenção primária (Unidades da Saúde da Família), nos serviços especializados (exames e consultas especializados) e hospitalares.

---

#### AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ

---

O Governo do Paraná adotou o modelo de **Redes de Atenção à Saúde** como política pública de saúde e a estratégia tem se mostrado eficaz.

Com quatro redes lançadas e outras duas em estruturação, o Paraná avança com ações coordenadas na atenção primária, na área de especialidades e na retaguarda hospitalar.

**Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Bucal e Saúde Mental são redes já consolidadas.** As Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência estão sendo construídas e devem ser lançadas em breve.

Conheça as linhas de atuação de cada rede e os programas estratégicos que são a base estrutural para as ações de saúde pública do Paraná.

### **Rede Mãe Paranaense**

A Rede Mãe Paranaense organiza a atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério. O Estado garante às gestantes no mínimo sete consultas e todos os exames necessários, sua classificação de risco, a garantia de ambulatório especializado para mulheres e crianças, a realização do parto por meio de vinculação ao hospital e o acompanhamento das crianças menores de um ano.



Com essas ações, o Paraná conseguiu reduzir em quatro anos 40% da mortalidade materna e 10% da infantil, evitando que cerca de 500 mães e bebês morressem em decorrência da gestação e parto.

Dentre as ações da Rede Mãe Paranaense está a destinação de recursos para custeio, obras e equipamentos de Unidades de Saúde, Centros Mãe Paranaense e Hospitais de referência, além da capacitação profissional das equipes de atenção materno-infantil.



#### **DESTAQUES**

- Adesão dos 399 municípios à Rede Mãe Paranaense;
- 80% das gestantes realizam pré-natal com no mínimo 7 consultas e todos os exames necessários;
- 126 hospitais e maternidades credenciados;
- 14 Centros Mãe Paranaense implantados;
- Aquisição e distribuição de oxímetros de pulso para a realização do Teste do Coraçozinho em todos os recém-nascidos do Paraná.

PROJETOS DA REDE MÃE PARANAENSE 2015-2018:



- Reduzir a mortalidade infantil a índices menores de dois dígitos;
- Reduzir ainda mais os índices de mortalidade materna;
- Reduzir a taxa de cesáreas;
- Implantar o serviço de reprodução assistida para todas as mulheres que desejarem engravidar;
- Implantar a residência de enfermagem obstétrica para qualificar a atenção às gestantes e ao parto;
- Disponibilizar métodos contraceptivos para mulheres e homens.

### Rede Paraná Urgência



O Paraná Urgência é uma complexa rede descentralizada de atendimento que trabalha para que todos os cidadãos tenham acesso ao atendimento de urgência e emergência com qualidade e no tempo certo.

Foram estabelecidos novos protocolos de atendimento, organizadas as portas de entradas hospitalares (pronto socorros) e o transporte pré-hospitalar terrestre e aéreo. Foram organizados os SAMUs Regionais, renovada a frota de ambulâncias e colocados à disposição da população paranaense helicópteros e aviões para o transporte de pacientes e órgãos para transplantes.

Tudo isso foi determinante para que o Estado reduzisse em 21,7% a mortalidade por acidentes e em 7,4% a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares, além de ampliar em 200% o número de transplantes de órgãos e tecidos.



#### DESTAQUES

- 80% da população paranaense atendida por SAMUs Regionais – 289 municípios cobertos;

- A frota de ambulâncias do estado foi renovada. 536 ambulâncias distribuídas a municípios, consórcios, hospitais e Siate para melhorar o transporte sanitário e de urgência;
- Transporte aeromédico atua com um avião e um helicóptero exclusivos para a saúde, além das aeronaves do governo também atenderem a demanda de transporte de pacientes e órgãos para transplantes;
- Quatro bases estratégicas cobrem todo Paraná – Curitiba, Londrina, Cascavel e Guarapuava;
- 100% dos hospitais do estado estão integrados à Central Estadual de Regulação.

#### PROJETOS DA REDE PARANÁ URGÊNCIA 2015-2018

- Manter o programa Hospsus e ampliar a assistência hospitalar de modo a garantir atendimento de urgência em todos os municípios;
- O transporte aeromédico será mantido e ampliado, abrangendo as quatro macrorregiões de saúde;
- Serão implantados mais 928 leitos nos hospitais regionais em Ivaiporã, Telêmaco Borba, Guarapuava, Londrina, Toledo, Umuarama e Paranaíba, além de destinar recursos para 160 leitos no Hospital da Zona Norte de Curitiba;
- Ampliar o atendimento dos SAMUs Regionais a 100% da população paranaense.



#### **Rede de Saúde Bucal**

A Rede de Saúde Bucal foi implantada em março de 2014 consolidando o trabalho estratégico, iniciado em 2011, de organização de uma política estadual de atenção em saúde bucal no Paraná.



Com a Rede implantada, a assistência à saúde bucal ganha um novo olhar: de um modelo de tratamento pontual para o de atenção à saúde, no qual o sentido “cuidador” é fortalecido, buscando estimular a promoção da saúde, a prevenção e o controle das doenças bucais a partir de um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e a sociedade civil.



#### DESTAQUES

- Melhoria da estrutura e ambiência das Unidades de Atenção Primária à Saúde e o apoio aos municípios na qualificação da gestão do processo de trabalho;
- A implantação de incentivo financeiro aos municípios para a atenção primária;
- Parceria com as quatro Universidades Estaduais (UEPG, UEM, UEL e UNIOESTE) para fortalecer a integração ensino-serviço e permitir a capacitação de 2 mil profissionais de saúde bucal (cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de saúde bucal);
- Ampliação do atendimento à população nas Clínicas Odontológicas Universitárias;
- Implantação das cirurgias odontológicas para pessoas com deficiência.

#### Fortalecimento dos programas preventivos:

- Bochecho com flúor, com a participação semanal de 800 mil escolares de 6 a 15 anos das escolas públicas municipais e estaduais - referência nacional desde 1982;
- Detecção precoce do câncer bucal, através do uso de um teste rápido com uma solução de azul de toluidina, disponível nas

2.570 Unidades Básicas de Saúde em todo o Paraná;

- Fluoretação das águas de abastecimento – 96% dos municípios paranaenses contam com o serviço.

#### PROJETOS DA REDE DE SAÚDE BUCAL 2015-2018

- Implantar a Teleodontologia para melhorar o apoio diagnóstico das equipes de saúde bucal com a participação dos profissionais de Odontologia das Universidades Estaduais;
- Ampliar a parceria com as Universidades Estaduais para intensificar a capacitação dos profissionais de saúde bucal dos municípios;
- Manter e ampliar os programas já implantados;
- Qualificar os pontos de atenção da Rede (Unidades de Atenção Primária, Centros de Especialidades e Hospitais);
- Ampliar as cirurgias odontológicas para pessoas com deficiência.



### ***Rede de Saúde Mental***

A Rede de Saúde Mental, lançada em 2014, foi estruturada desde o início de 2011 com o desafio de unir ações multidisciplinares para enfrentar a epidemia do crack e de outras drogas lícitas e ilícitas.

Um dos diferenciais do Paraná é a implantação dos Serviços Integrados de Saúde Mental – Sim Paraná, que atendem pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas.

O SIMPR oferece serviço ambulatorial e residencial temporário, atuação regional, plantão 24 horas, atendimento multiprofissional e, quando necessário, pode oferecer moradia temporária conforme indicação da equipe de saúde. Seis regiões já contam com serviços – Guarapuava, Marmeleiro (região de Francisco Beltrão), Jandaia do Sul (região de Apucarana), Congonhinhas (região de Cornélio Procópio), Cascavel e Toledo.



### DESTAQUES

- Implantação de Incentivo Estadual para Hospitais Psiquiátricos: R\$ 28 milhões anuais;
- Implantação do SIM-Paraná para enfrentamento da epidemia de crack e outras drogas lícitas e ilícitas;
- 116 CAPs – Centros de Atenção Psicossocial implantados no Paraná, indicados para o atendimento ambulatorial de saúde mental. 22 CAPs AD e 9 AD III, específicos para atendimento a pacientes de álcool e drogas;
- Implantação do incentivo estadual de Saúde Mental para os municípios que mantêm profissionais da área nas equipes dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (Nasf).

### PROJETOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL 2015-2018



- Ampliar o apoio do Estado para implantação de Serviços Integrados de Saúde Mental – SIMPR em todas as 22 regiões de saúde;
- Ampliar o repasse do incentivo estadual de Saúde Mental para os municípios que mantêm profissionais da área nas equipes dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (Nasf);
- Qualificação dos serviços assistenciais da Rede, garantindo ações nas Unidades da Saúde da Família, Centros de Especialidades (atendimento com equipe multidisciplinar) e hospitais de referência;
- Ampliar a capacitação dos profissionais que atuam na área de saúde mental.

### **Novas Redes**

Completando o projeto de atuação em redes, a proposta do Governo do Estado é consolidar a **Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência** e a **Rede de Atenção à Pessoa Idosa**.

A **Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência** terá investimentos para implantar serviços de fisioterapia junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e para a implantação de Centros Especializados em Reabilitação em todas as 22 regiões de saúde.

Na **Rede de Atenção à Pessoa Idosa** serão criados os Centros de Referência de Atenção à Pessoa Idosa nas quatro macrorregiões do Estado. O objetivo principal é oferecer atendimento à população idosa e a realização de estudos, treinamento e capacitação de profissionais de saúde.

A rede também prevê a implantação de ações para o enfrentamento da violência à pessoa idosa, implantação dos Centros de Convivência de Idosos, em parceria com os municípios, em especial na periferia das grandes cidades.

Será garantido o acesso a medicação necessária para o tratamento dos idosos, além da implantação dos Serviços de Cuidados Continuados em todas as regiões para atender aos idosos mais frágeis e apoiar suas famílias.

---

## PROGRAMAS

---

A base das Redes de Atenção à Saúde são os programas estratégicos, que têm estruturado as ações de saúde em todas as regiões do Paraná. Todos os programas incluem a liberação de recursos para custeio, investimentos (obras e equipamentos) e capacitação profissional. São eles:

- APSUS: qualificação da Atenção Primária;
- COMSUS: apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, com ênfase na implantação dos Centros de Especialidades do Paraná;
- HOSPSUS: qualificação dos hospitais públicos e filantrópicos;
- VIGIASUS: qualificação da Vigilância em Saúde;
- FARMÁCIA DO PARANÁ: qualificação da assistência farmacêutica;
- HOSPITAIS DO PARANÁ: estruturação dos hospitais próprios;
- Educação Permanente do SUS: oferecida pela Escola de Saúde Pública do Paraná – Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP - CFRH).

### ***Apsus***

A Atenção Primária, porta de entrada do sistema público de saúde, tem recebido especial atenção do Governo do Estado. O **Programa de Qualificação**

**da Atenção Primária** – APSUS – instituiu uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná. A relação entre o Estado e os Municípios foi fortalecida com a liberação de recursos para custeio, investimentos e capacitação profissional.

O principal objetivo é proporcionar atendimento resolutivo e de qualidade à população, organizado o mais próximo possível das residências dos cidadãos paranaenses.



#### DESTAQUES

- Destinação de recursos estaduais para construção, reforma e ampliação de 460 Unidades da Saúde da Família, que são entregues totalmente equipadas para começar a funcionar;
- Capacitação das equipes municipais – 35 mil profissionais de saúde – em nove oficinas do Apsus;
- Custeio das equipes de atenção primária;
- Implantação do Telessaúde, com o objetivo de oferecer consultoria técnica ou segunda opinião para os profissionais de saúde dos municípios;
- Os municípios que aderem ao Telessaúde ficam interligados às Universidades através de computadores e câmeras de alta resolução instalados nos diversos pontos do programa no Paraná.

PARA AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO DE SAÚDE O MAIS PRÓXIMO DE ONDE VIVE, O PARANÁ PRETENDE, DE 2015 A 2018:



- Construir, ampliar, reformar e equipar mais 600 Unidades da Saúde da Família;
- Ampliar o apoio financeiro aos municípios para manutenção das equipes de Atenção Primária à Saúde;
- Apoiar os municípios com sistema de transporte sanitário;
- Garantir unidades informatizadas, com conexão à internet e ampliação dos municípios com acesso ao telessaúde para consultoria técnica ou segunda opinião;

- Implantar mecanismos para a manutenção e fixação dos profissionais de saúde, em especial os médicos, nos pequenos municípios do Paraná;
- Financiar, de forma inédita, a Residência Médica em Medicina da Família.

### ***Comsus / Centros de Especialidades do Paraná***

Na Atenção Secundária, o Paraná ampliou o apoio aos **Consórcios Intermunicipais de Saúde**, responsáveis por oferecer à população consultas e exames especializados e cirurgias eletivas ambulatoriais.

Foram aplicados recursos estaduais em custeio, obras e equipamentos e capacitação profissional oferecida aos Consórcios. O grande diferencial é a construção de **Centros de Especialidades do Paraná**, um projeto inovador do governo do Estado que concentra, em um mesmo local, consultas médicas e multiprofissional (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, etc) exames (cardiologia, oftalmologia, ultrassonografia, etc), terapias e até pequenas cirurgias ambulatoriais.

O governo do Estado trabalha para garantir que as 22 regiões de saúde tenham Centros de Especialidades com esse perfil. De 2011 a 2014, 10 regiões receberam os recursos para as obras e equipamentos – Toledo, Pato Branco, Cornélio Procópio, Francisco Beltrão, Apucarana, Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa e Guarapuava.

#### **DESTAQUES**

- Aquisição de 80 ônibus para transporte sanitário – distribuídos aos consórcios;
- Liberação de recursos para a construção de 10 Centros de Especialidades do Paraná – Toledo, Pato Branco, Cornélio Procópio, Francisco Beltrão, Apucarana, Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa, Guarapuava;
- Liberação de recursos para aquisição dos equipamentos necessários para os Centros de Especialidades com obras em



- conclusão – Toledo, Pato Branco, Francisco Beltrão e Cornélio Procópio;
- Realização do I Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em parceria com a Acispar;
  - 14 Centros Mãe Paranaense em funcionamento.

A área de especialidades é um dos maiores gargalos do SUS, não só no Paraná, como em todo país. A proposta do Governo do Estado para os próximos 4 anos é fortalecer essa área com os Centros de Especialidades do Paraná, que já estão sendo implantados em várias regiões e que deverão estar presentes nas 22 Regionais de Saúde. Conheça as propostas:



- Manter e ampliar o apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde com recursos de custeio, investimentos e capacitação profissional;
- Construir e equipar outros 13 Centros de Especialidades do Paraná, consolidando em todas as regiões de saúde do Estado um projeto que atenderá plenamente o cidadão que precisa de atendimento especializado;
- Implantação gradual do modelo de atenção às condições crônicas, baseado na experiência desenvolvida nas regiões de Toledo e Maringá;
- Financiar a Residência Multiprofissional e de Especialidades de maior demanda para melhorar a qualidade da assistência prestada à população, em especial para os Centros de Especialidades do Paraná.

### **Hospsus**

Os hospitais públicos e filantrópicos do Paraná contam com o **Hospsus**, programa estadual de apoio e qualificação às instituições hospitalares do SUS paranaense. O programa destina recursos do tesouro estadual para custeio, obras,

equipamentos e capacitação profissional. São 154 hospitais credenciados nas fases I e III que recebem incentivos estaduais para qualificar a atenção hospitalar no estado. Os hospitais atuam como retaguarda das Redes de Atenção à Saúde.

Na primeira fase do Hospsus, lançada em junho de 2011, 51 hospitais de alta complexidade passaram a receber incentivos para atuar como referência das Redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência. O apoio do Estado a essas instituições foi fundamental para avanços como o aumento da oferta de leitos de UTI, a redução da mortalidade materna e infantil e a redução de mortes prematuras por AVC e Infarto.

A segunda fase do Hospsus instituiu a Estratégia de Qualificação do Parto e credenciou 100 hospitais e maternidades para atender a gestantes de risco habitual e intermediário.

Na terceira fase, foram credenciados 104 hospitais públicos de pequeno porte, com menos de 50 leitos. O Governo do Estado presta assessoria a esses estabelecimentos para que adotem uma nova forma de atuação em urgência e emergência, cuidados continuados integrados, saúde mental ou atenção materno-infantil de baixa complexidade.

### DESTAQUES

- 255 hospitais credenciados ao Hospsus atuam como retaguarda das Redes de Atenção à Saúde;
- Ampliação de 45,7% na oferta de leitos de UTI adulto, infantil e neonatal - 538 leitos de UTI a mais;
- Capacitação dos gestores dos hospitais em parceria com a Femipa;
- Implantação de projeto piloto de Cuidados Integrados Prolongados no Hospital Darcy Vargas, em Rebouças, 4ª Regional de Saúde.



### PROJETOS 2015-2018

- O programa se mostrou estratégia eficiente e eficaz para qualificar a atenção terciária e ampliar a assistência hospitalar pública do Paraná. O programa será mantido e ampliado;



- Reajuste dos incentivos de custeio;
- Ampliação da fase III com a inserção de hospitais filantrópicos de pequeno porte;
- Implantação do projeto de Cuidados Continuados Prolongados nos hospitais de pequeno porte;
- Ampliar a capacitação de gestores e profissionais de saúde dos hospitais.

### ***Vigiasus***

O Paraná é o único estado do país a ter um incentivo estadual para a Vigilância em Saúde. O Vigiasus é um programa estadual que destina recursos aos 399 municípios para fortalecer e qualificar as ações de vigilância.

O Vigiasus destina recursos do Tesouro do Estado para custeio das equipes municipais, capacitação profissional e investimentos, que incluem a compra de veículos, rede de frio, equipamentos de proteção individual, entre outros.

Os recursos estaduais devem ser aplicados para combate à dengue e outras doenças, vacinação, investigação e controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e ações de promoção da saúde.

Em 81% dos municípios paranaenses, o recurso do Vigiasus é maior do que o valor destinado pelo Governo Federal para ações de vigilância em saúde.



#### **DESTAQUES**

- 399 municípios recebem incentivos estaduais para ações de Vigilância em Saúde;
- Investimento em Educação Permanente: Curso Básico de Gestão de Vigilância em Saúde; Curso Técnico de Vigilância em Saúde; Curso Básico de Atualização em Saúde do Trabalhador e Curso de Especialização em Vigilância em Saúde;
- Pactuação dos elencos de ações com os municípios;

- Lançamento da Política de Saúde do Trabalhador;
- Implantação de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- Distribuição de computadores e impressoras para a área de Saúde do Trabalhador.

#### PROJETOS 2015-2018

- O programa se mostrou uma ferramenta importante para fortalecer a área de Vigilância em Saúde e deverá ser mantido e ampliado;
- O projeto principal para 2015-2018 será instituir o Piso Fixo Estadual da Vigilância em Saúde para repasse de recursos aos municípios;
- Ampliação da oferta de cursos de capacitação profissional de nível técnico e de pós-graduação;
- Criação de um incentivo para a qualificação de laboratórios de saúde pública municipais;
- Monitoramento de aplicação dos recursos pelos municípios.



### ***Farmácia do Paraná***

O Programa Farmácia do Paraná está reestruturando as unidades das 22 Regionais de Saúde para atuarem como sistema de apoio às Redes de Atenção à Saúde. O objetivo principal é oferecer à população serviços farmacêuticos qualificados e eficientes, contribuindo para o acesso e o uso racional dos medicamentos.

Onze Farmácias foram reestruturadas e inauguradas – Guarapuava, Pato Branco, União da Vitória, Cascavel, Apucarana, Telêmaco Borba, Toledo, Londrina, Jacarezinho, Cianorte e Ivaiporã, que agora contam com espaços amplos para trazer mais agilidade e conforto ao usuário que retira os medicamentos de alto custo e uso contínuo.



**DESTAQUES**

- 16 Regionais de Saúde com o projeto Farmácia do Paraná implantados;
- Implantação do Incentivo Financeiro Estadual para a organização da Assistência Farmacêutica Municipal;
- Contratação de farmacêuticos para atuação nas Farmácias do Paraná;
- Distribuição de computadores para a Assistência Farmacêutica Municipal.

## PROJETOS 2015-2018



- O acesso da população à medicamentos seguros e eficazes depende da organização de uma assistência farmacêutica forte em todos os municípios paranaenses. O programa deverá ser fortalecido e ampliado;
- Ampliação do incentivo estadual para fortalecimento da Assistência Farmacêutica Municipal;
- Capacitação profissional das equipes estaduais e municipais.

***Hospitais do Paraná***

O Governo do Paraná investe fortemente nos hospitais públicos estaduais através do Programa Hospitais do Paraná, que destina recursos para obras e equipamentos aos 19 hospitais estaduais.

São 15 hospitais vinculados à Secretaria de Estado da Saúde e quatro Hospitais Universitários, vinculados às Universidades Estaduais. Os investimentos visam estruturar e qualificar os hospitais estaduais para que possam atuar em suas regiões com elevado padrão de qualidade.

O principal objetivo do programa é melhorar a eficiência das 19 unidades hospitalares próprias com um novo modelo de gestão focado na qualidade e segurança do paciente.

**DESTAQUES**

- Estruturação de Centros de Diagnósticos por Imagem, Centros Cirúrgicos e UTIs com equipamentos de última geração;
- Capacitação profissional das equipes hospitalares;
- Melhoria dos processos de gestão e de qualificação hospitalar;
- Destinação de recursos para obras e equipamentos dos Hospitais Universitários Estaduais - Construção da Maternidade do HU de Londrina; Construção do Centro de Queimados e da ala infantil do HU de Cascavel; Ampliação do Centro Cirúrgico do HU de Maringá;
- Conquista da Acreditação Hospitalar pelo Hospital Infantil Waldemar Monastier, em Campo Largo.

## PROJETOS 2015-2018

- Construção do Hospital Regional do Centro-Oeste, em Guarapuava;
- Qualificação dos hospitais estaduais para implantação da metodologia de acreditação hospitalar;
- Abertura de 100 leitos gerais no HU de Maringá;
- Ampliação da oferta de leitos de UTI adulto, infantil e neonatal nos hospitais estaduais;
- Reestruturação e capacitação do quadro de recursos humanos;
- Novos hospitais em Telêmaco Borba, Ivaiporã, Toledo e Londrina (zona oeste).

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS**

Fortalecer a Escola de Saúde Pública do Paraná foi a estratégia adotada pelo Governo do Estado para investir em qualificação profissional e garantir o acesso dos servidores estaduais e municipais à educação permanente conectada ao objetivo de melhorar a saúde pública oferecida aos paranaenses.

Pela primeira vez, a Escola Paranaense de Saúde Pública - Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP – CFRH) se credenciou ao Sistema Estadual de Ensino Superior e obteve a autorização para certificar seus cursos de especialização.



### DESTAQUES

- Credenciamento junto ao Sistema Estadual de Ensino Superior;
- Autorização para certificar seus cursos de especialização;
- Integração entre a Escola de Saúde Pública do Paraná e o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha;
- Oferta de cursos com turmas descentralizadas em diversas regiões;
- Projeto da nova Escola de Saúde Pública que será instalada no prédio histórico da Saúde, onde hoje funciona a 2ª Regional Metropolitana.

### PROJETOS 2015-2018



Para 2015 a 2018, a Escola de Saúde Pública do Paraná deverá ampliar seus projetos presenciais e à distância para fortalecer a capacitação dos profissionais do SUS do Paraná.

- Ampliar o número de vagas e cursos ofertados;
- Certificar os alunos dos cursos de especialização;
- Implantação de cursos de especialização na área de Formação de Gestores e Equipes Gestoras do SUS, Vigilância em Saúde, Gestão Pública, Saúde Mental;
- Implantação da nova Escola de Saúde Pública do Paraná no prédio histórico da Saúde em Curitiba, onde hoje funciona a 2ª Regional de Saúde Metropolitana.

### CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES

O Estado do Paraná tem um dos melhores desempenhos do país na área de transplantes de órgãos. O número de procedimentos realizados no Estado vem crescendo a cada ano e, com isso, a fila de espera por um transplante caiu

pela metade em quatro anos. Grande parte desse sucesso se deve à melhoria e reorganização do sistema de captação, o uso da frota área e de ambulâncias do Estado para o transporte de órgãos, empenho das equipes de captação e a conscientização da população.



### DESTAQUES

- 3º lugar no país em número de transplantes;
- Redução da fila de espera por um transplante de órgão pela metade;
- Aumento do número de transplantes realizados;
- Ampliação do uso da frota aérea estadual para o transporte de órgãos e equipes transplantadoras – 70% dos voos realizados são dedicados à área da saúde;
- Implantação de Comissões de Procura de Órgãos e Tecidos para Transplante em todas as macrorregiões;
- Implantação de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em diversos hospitais e aumento de 53% nas notificações de possíveis doadores;
- Realização de campanha de conscientização para ampliar o número de doadores de órgãos - **Doação de Órgãos. Fale sobre isso.**

### PROJETOS 2015-2018



- Fortalecimento da rede de captação e transplante de órgãos;
- Capacitação dos profissionais que atuam na rede;
- Maior redução da fila de espera por transplante;
- Ampliação do número de procedimentos.

### RECURSOS HUMANOS

Um dos maiores desafios do Governo do Estado é ampliar a contratação de novos profissionais para a Saúde de forma a substituir aqueles que estão deixando o serviço público estadual por aposentadoria, além de viabilizar a abertura e estruturação de novos serviços.

Uma antiga reivindicação da categoria agora é realidade: o Quadro Próprio dos Servidores da Saúde foi implantado em outubro de 2014 e está estabelecida uma política constante de promoção e progressão de carreira dos profissionais.

---

## INFRAESTRUTURA

---

Um dos pontos fundamentais para viabilizar os projetos estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde são os investimentos em infraestrutura. Desde pequenas obras de reformas e adequações até a construção de novas unidades, aquisição e distribuição de equipamentos e veículos, a Sesa garantiu um orçamento significativo para a área.



### DESTAQUES

- Renovação da frota de veículos de todas as unidades da Secretaria da Saúde, Regionais e Unidades Próprias;
- Renovação do parque tecnológico da secretaria – computadores, impressoras e servidores;
- Renovação de mobiliário;
- 31 obras de reforma ou ampliação de unidades da secretaria já concluídas. 26 obras em andamento.

### PROJETOS 2015-2018



- Construção de Regionais de Saúde;
- Ampliação da sede da Sesa;
- Aquisição de veículos.

### ***Hemepar***

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – Hemepar – é formado por 22 unidades regionais que realizam a captação, processamento, armazenamento e distribuição de sangue no Estado. A hemorrede estadual é responsável por fornecer sangue e hemoderivados a 384 hospitais paranaenses e recebe cerca de 145 mil doações ao ano. Para ampliar sua estrutura de

atendimento, o Estado está investindo na compra de equipamentos, reforma e construção de novas unidades, além da capacitação de profissionais.

#### PRINCIPAIS AVANÇOS

- Construção da Unidade de Coleta e Transfusão de Paranaguá, Cianorte e Telêmaco Borba;
- Reforma das unidades de Cascavel, Pato Branco, Francisco Beltrão, Umuarama e Curitiba;
- Ampliação do parque de informática da hemorrede, com a aquisição de 770 componentes, entre eles 244 computadores;
- Aquisição de equipamentos para as 22 unidades regionais, como centrífugas, geladeiras e freezers para armazenar o sangue, agitadores de plaquetas e poltronas para coleta;
- Capacitação de 1.200 profissionais que atuam no ciclo do sangue;
- Implantação do Curso de Especialização em Hemoterapia;
- Aumento do atendimento aos leitos SUS de 60% para 80%.

#### PROJETOS 2015-2018



- Construção, reforma e ampliação das unidades de Paranavaí, Toledo, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa e Apucarana;
- Qualificação dos profissionais, da estrutura e do atendimento prestado, nas 22 unidades do HemePar;
- Ampliar o número de doadores fidelizados.

#### OUVIDORIA GERAL DA SAÚDE

O Governo do Estado mantém um canal de comunicação exclusivo para atender as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde no Paraná. A Ouvidoria Geral da Saúde está recebendo uma atenção especial nos últimos anos e os resultados já se refletem na melhoria da qualidade do serviço ofertado à população. As informações obtidas pela Ouvidoria servem de subsídio para

o desenvolvimento de medidas que atendam as necessidades dos usuários do sistema público de saúde.

O cidadão pode entrar em contato com a Ouvidoria Geral da Saúde através de ligação gratuita – 0800 644 4414, internet – [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br), carta ou pessoalmente.



### DESTAQUES

- Reestruturação das 22 ouvidorias regionais de saúde;
- Adequação e fortalecimento de 224 ouvidorias municipais de saúde;
- Implantação de 19 ouvidorias de saúde em hospitais e unidades próprias da Secretaria Estadual da Saúde;
- Implantação de 22 ouvidorias em consórcios intermunicipais de saúde;
- Capacitação de cerca de 434 ouvidores municipais e regionais de saúde;
- Implantação da Ouvidoria Itinerante do SUS nas praias do Paraná durante a Operação Verão;
- Lançamento da Cartilha Bilíngue de Direitos dos Usuários da Saúde.

### PROJETOS 2015-2018



- Fortalecimento da rede de ouvidorias do SUS no Paraná;
- Apoio à expansão das ouvidorias municipais para alcançar 70% das cidades paranaenses;
- Ampliação da Ouvidoria Itinerante do SUS na Operação Verão.

## 9

**O PAPEL DOS CONSELHEIROS NAS REDES DE ATENÇÃO**

Entre o SUS que temos e o SUS que queremos tem uma distância que cada um de nós, individual e coletivamente, podemos ajudar a diminuir. Para implementar as ações necessárias ao fortalecimento do SUS, o compartilhamento de responsabilidades é muito importante – o que também nos dá o sentido para o termo “REDES”. Podemos pensar em **Gestão em Redes** nas práticas do cuidado, na formação e educação permanente e na participação na saúde.

É fundamental investir na formação de uma **REDE colaborativa** na qual cada um de nós participa formando nós e linhas, sendo que nas linhas está a atribuição que cabe individualmente a cada um e onde os nós da rede representam aquelas funções que fazemos em conjunto com outras pessoas e que dão sustentação ao tecido da rede.

Para entender melhor o papel dos Conselheiros nesta REDE, vejamos: **o conselheiro é, antes de mais nada, um agente de informação, um formador de opinião porque:**

- **Exerce a escuta ativa:** junto aos representados quando compartilha informações sobre os serviços existentes e as condições de acesso aos mesmos;
- **Exerce a escuta ativa:** junto aos gestores da saúde quando compartilha os anseios e necessidades sentidas pelo segmento que representa.

Desta forma, a construção do SUS passa pela criação de uma cultura de cidadania que valorize o SUS como um grande projeto social brasileiro no qual gestores, trabalhadores e usuários se unam em defesa da vida e da saúde impedindo que haja retrocessos políticos e sociais decorrentes da defesa de interesses contrários à consolidação do SUS. É preciso disseminar informações dos avanços e conquistas mais do que das dificuldades, para que a população tome para si a defesa do SUS.

Em que pese todas as dificuldades do processo de construção do SUS em nosso país, cabe ressaltar seus importantes resultados:

- Segundo dados do **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) – em 1992 somavam 16.319 unidades de saúde; em 2008 já eram mais de 40.000;
- Dados do **SIA/SUS** (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) – Em 1996, a produção total de serviços ambulatoriais foi de 1.250.612.021

procedimentos; em 2006, dez anos depois, passou para 2.404.857.167, correspondendo a 92% de aumento;

- **PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – em 1994 eram 29.000 ACS no Brasil; em 2010 eram mais de 235.000;
- **Estratégia Saúde da Família** – em 1994 havia 300 equipes; em 2010 passou de 30.000 equipes;
- **Equipes de Saúde Bucal** – em 2001 somavam 2.248; em 2010 eram mais de 19.000;

Estes são apenas alguns exemplos da dimensão dos serviços produzidos pelo SUS. Muitas outras ações poderiam ser citadas como a internação hospitalar e domiciliar; o fornecimento de medicamentos de rotina e dos especiais; os atendimentos feitos pelos SAMU, SIATE, CEO, CAPS, NASF; as ações de Vigilância em Saúde; as de Formação e Educação Permanente; entre outros.

O importante é termos em mente o alcance e a dimensão do SUS para que possamos defendê-lo e lutar por ele da melhor maneira possível. Afinal, o SUS propiciou a organização também de mais de cinco mil Conselhos Municipais de Saúde, 27 Conselhos Estaduais e 1 Conselho Nacional também para isso. E, para melhor atuarmos em defesa do SUS, necessário se faz.

**ATIVIDADES PRÁTICAS**

Descreva abaixo o que o Conselho de Saúde no qual você participa discutiu ou está discutindo acerca das redes de atenção e dos programas de saúde prioritários que constam no Plano Estadual de Saúde do Paraná. Comente a participação e atuação do seu município nestas prioridades.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Na sua rotina de Conselheiro descreva como você exerce o papel de agente de informação. Você se vê como um agente de formação e informação?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Depois, converse com seu grupo na sala de aula para identificar se as informações que encontraram são semelhantes ou diferentes e como vocês vislumbram a possibilidade de estimular a disseminação destas questões.

## MÓDULO 3

# Programa de Inclusão Digital

### APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, responsável pelo Programa de Inclusão Digital (PID), entregou aos Conselhos Municipais de Saúde computadores, impressoras, televisões, antenas parabólicas e decodificadores, no período compreendido entre os anos de 2007 a 2014.

Neste contexto, o PID surge como estratégia de democratização das informações e fortalecimento das ações dos Conselhos de Saúde, favorecendo o exercício pleno da cidadania e controle social.

O Projeto Piloto foi iniciado em 2006, sustentado em três pilares essenciais: a oferta de equipamentos, a garantia da conectividade e a formação dos conselheiros para o uso dessa tecnologia. Para atender o item “formação dos conselheiros”, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e o DATASUS, através de suas instâncias regionais nas capitais brasileiras, vem organizando e promovendo a capacitação dos conselheiros.

No reconhecimento das atividades de sua competência legal, e atendendo à necessidade da construção de meios que permitissem o desenvolvimento de habilidades específicas para os conselheiros de saúde, a Seção de Fomento e Coope-ração Técnica de Informática no Paraná (SFCT-PR), área vinculada ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em Brasília, elaborou este material, objetivando a melhor compreensão das ferramentas de tecnologia para os Conselheiros de Saúde.

O Módulo de Introdução à Informática está constituído de temas importantes para a construção do conhecimento, tais como o uso dos recursos do computador, com especial atenção aos requisitos de segurança, manutenção dos dados, privacidade e senhas de acesso. Objetiva servir de referência para o desenvolvimento de habilidades, relativas à área de tecnologia da informação aplicadas ao processo de ensino e aprendizagem.

A inclusão que propomos não é apenas a digital, mas a do conhecimento, do crescimento, da paixão e da humanização.

## Sumário

<b>HARDWARE</b>	101
Processador (ou CPU)	101
HD	101
BIOS	101
Placa mãe	102
Placa de vídeo	102
Placa de Som	102
Gabinete	102
Fonte	103
Drive	103
Periféricos	103
<b>IDENTIFICANDO AS ENTRADAS DE SEU COMPUTADOR</b>	105
<b>SOFTWARES</b>	106
Licenças de Uso	106
Critérios de Definição	106
<b>SISTEMAS OPERACIONAIS</b>	108
<b>AMBIENTE WINDOWS – (Baseado em Windows XP)</b>	110
Desktop ou Área de trabalho	111
Atalhos	111
Menu Iniciar	111
Barra de ferramentas Inicialização rápida	112
Barra de Tarefas	113
Área de Notificação	113
Alterar a Resolução de Vídeo	113
Data/Hora	114
Janelas	115
Windows Explorer	115
Pesquisar	118
Organizando Arquivos	119
<i>Criando uma Nova Pasta</i>	119
<i>Copiando Arquivos ou Pastas</i>	120
<i>Movendo Arquivos ou Pastas</i>	120
<i>Copiando e Movendo usando o Mouse</i>	121
<i>Substituindo arquivos ou diretório</i>	121
Excluindo Arquivos ou Pastas	122
<i>A Lixeira do Windows</i>	123
Verificando capacidade do dispositivo	123
Lentidão do Sistema	123

<b>GRAVAÇÃO DE CD/DVD</b> .....	125
<b>COMPRIMIR, COMPACTAR ARQUIVOS</b> .....	125
<b>IMPRESSÕES</b> .....	128
Como instalar uma impressora local .....	128
Preferências de impressão .....	129
Definir uma impressora como padrão .....	129
Identificando problemas de impressão .....	131
<b>REDE</b> .....	132
Identificando Falhas na Conexão de Rede .....	132
<i>Cabo desconectado</i> .....	132
<i>Conexão nula ou limitada</i> .....	132
<i>Conectado</i> .....	132
Redes Wireless .....	132
Conhecendo melhor seu Teclado .....	133
PenDrive .....	135
<b>INTERNET</b> .....	137
<b>ANTIVÍRUS</b> .....	141
<b>DICAS PARA SE PROTEGER</b> .....	142
<b>GMAIL - Tutorial de Utilização</b> .....	144
<b>ACESSANDO PORTAL DA SAÚDE – Orientações</b> .....	154

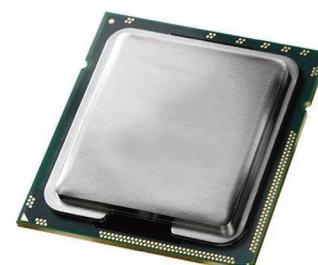
## 1

## HARDWARE

**Processador (ou CPU)**

O processador é o “cérebro” do PC, pois além de ser responsável pelo funcionamento do computador, sua velocidade de processamento é responsável pela rapidez/lentidão das principais tarefas executadas no micro. CPU significa **Central Processing Unit** em inglês, ou **Unidade Central de Processamento**.

1. Coordena as rotinas realizadas por todos os outros componentes, como memória, placa de vídeo, placa mãe, etc;
2. Um processador executa programas, incluindo o sistema operacional e os softwares. Para o processador, um programa é apenas um conjunto de instruções que devem ser executadas à medida em que são recebidas;
3. A forma como um processador irá executar as instruções é definida por seu desenho interno, sua arquitetura. A arquitetura da CPU aliada à sua velocidade determina quão rápido um processador executa instruções e também o tipo de instruções executadas.

**HD**

É onde ficam armazenadas as informações (arquivos e programas). Ele não é responsável direto pelo desempenho do micro, só armazena os seus dados. **É como um depósito.** A função dele não é velocidade, mas capacidade de armazenamento de dados.

O computador pode funcionar sem HD, mas não sem processador, memória e placa mãe.

**BIOS**

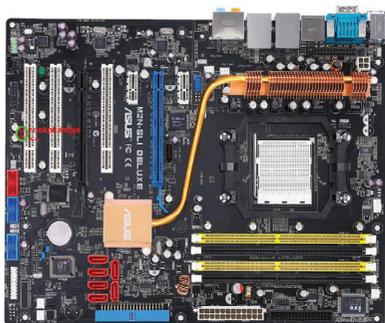
É onde ficam armazenadas as informações técnicas do computador (HDs instalados, velocidade de processador, configuração de memórias, dispositivos, etc.), em que são



configuradas algumas opções do processador e de periféricos instalados no micro. Caso a **bateria** esteja descarregada, ela afeta a configuração preestabelecida da BIOS e pode alterar a sequência de inicialização do micro, horário, etc.

### Placa mãe

A placa mãe é um componente de hardware que liga todas as outras peças do computador, fazendo a comunicação entre elas. Todos os dispositivos de hardware precisam estar conectados a ela, como o disco rígido, o teclado, o mouse e a placa de vídeo, por exemplo.



Ela pode possuir dispositivos **onboard** (modem, placa de vídeo, placa de som, etc.) ou **offboard** (fazendo com que você tenha de comprar placas individuais para cada uso).

### Placa de vídeo

Responsável por gerar a imagem visualizada no monitor.



### Placa de som

Responsável pelo som que é ouvido no computador.



### Gabinete

É a “caixa” do computador, na qual ficam guardadas a placa mãe, a fonte, o HD, drives, etc. Também chamada de CPU por conter o processador.



### Fonte

Responsável pelo abastecimento de energia de todo o computador.



### Drive

Dispositivos utilizados para leitura e gravação de arquivos. Os mais utilizados são **unidades para disquetes** (floppy disk), **unidades de CD/DVD ROM**, e **discos rígidos** (Hard Disk). No sistema operacional Windows os drives são endereçados através de letras (exemplo: C:\, D:\, E:\, etc.).



### Periféricos

São aparelhos (placas) que enviam ou recebem informações do computador. Exemplos de periféricos: impressoras, digitalizadores, leitores e ou gravadores de CDs e DVDs, leitores de cartões e disquetes, mouses, teclados, câmeras de vídeo, entre outros. Existem vários tipos de periféricos:

- **De entrada:** basicamente enviam informação para o computador (teclado, mouse, digitalizador);
- **De saída:** transmitem informação do computador para o utilizador (monitor, impressora, caixa de som);
- **De entrada e saída:** enviam/recebem informação para/do computador (monitor touchscreen, drive de DVD, pen drive, disco rígido).

**Mouse e Teclado:** Periféricos de entrada. Conexão PS2, USB e Bluetooth (sem fio).



PS2



USB



BLUETOOTH

**Monitor:** Periférico de saída. Tecnologias de LCD, LED, CRT e touchscreen (sensível ao toque).



LCD



CRT



**Pendrive:** Periférico de entrada e saída. Os mais comuns têm conexão USB, com capacidade de até 32GB.

**HD Externo:** Periférico de entrada e saída. Conexão USB, com capacidade de até 1TB.



**Scanner:** Periférico de entrada. Conexão USB ou Paralelo. Três tipos: scanner de mão, de página e de mesa.



**Impressora:** Periférico de saída. Tecnologias de LCD, LED, CRT e touchscreen (sensível ao toque).



Matricial



Laser



Jato de tinta (deskjet)

Cabo paralelo

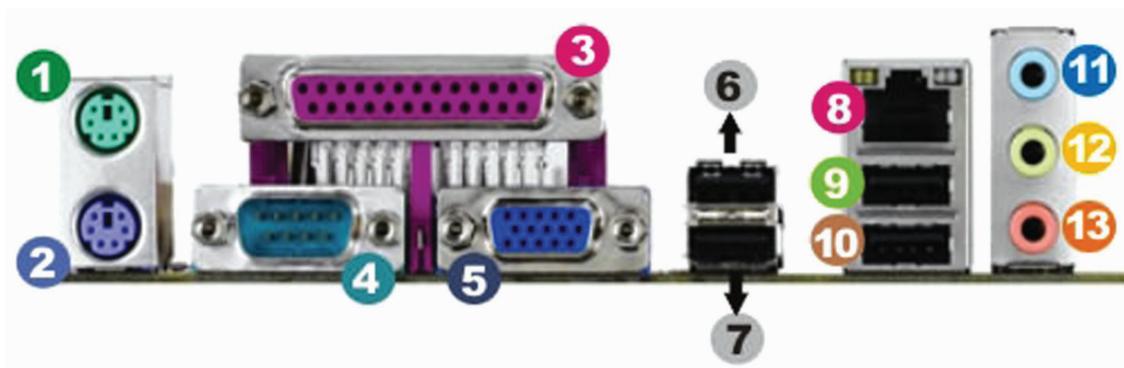


Cabo USB



## 2

## IDENTIFICANDO AS ENTRADAS DE SEU COMPUTADOR



- 1 Entrada PS/2 para mouse;
- 2 Entrada PS/2 para teclado e dispositivos de leitura óptica. Exemplo: leitores de código de barras e cartões magnéticos;
- 3 Porta paralela, mais conhecida como LPT1. Utilizada para ligar impressoras mais antigas;
- 4 Porta serial, mais conhecida como COM1. Pode ser utilizada para conectar mouse antigo ou itens que necessitem de comunicação serial;
- 5 Porta VGA, nem sempre nesta posição. Pode ter mais de uma conexão, em virtude das placas de vídeo Off-Board. É nesta conexão que ligamos os monitores analógicos (conector padrão DB-15);
- 6 7 9 e 10 Portas USB (universal serial bus). Como o próprio nome diz, porta universal. Quase todos os equipamentos podem ser ligados a ela. Exemplos: Impressoras, scanners, pendrives, máquina fotográfica, celular, etc;
- 8 Porta de rede, na qual ligamos a rede doméstica ou empresarial, ou ainda os modems de conexão banda larga (conector Ethernet padrão RJ-45);
- 11 Conexão auxiliar. Em geral, uma conexão utilizada para a entrada de som no computador, mas que através das configurações de cada placa pode ser utilizada como saída de áudio também (conector tipo P2);
- 12 Conexão de saída de som, ou saída de caixa de som (conector tipo P2);
- 13 Conexão de microfone, para ligação de todo tipo de microfone (conector tipo P2).

## 3 SOFTWARE

### Softwares

Os softwares podem ser classificados em duas grandes categorias:

- **SOFTWARE DE SISTEMA:** incluiu o **firmware** (O BIOS dos computadores pessoais, por exemplo), drivers de dispositivos, o sistema operacional e uma interface gráfica que, em conjunto, permitem ao usuário interagir com o computador e seus periféricos.

*Exemplos:* Sistemas operacionais (Linux, Unix, Windows XP, Windows 7, etc.), software de gerenciamento de dispositivos (impressora, scanner, webcam, pendrive, etc.).

- **SOFTWARE APLICATIVO:** que permite ao usuário fazer uma ou mais tarefas específicas. Aplicativos podem ter uma abrangência de uso de larga escala, muitas vezes em âmbito mundial. Nestes casos, os programas tendem a ser mais robustos e mais padronizados. Programas escritos para um pequeno mercado têm um nível de padronização menor.

*Exemplos:* editores de texto, planilhas eletrônicas, etc.

### Licenças de Uso

Uma licença de software é uma definição de ações autorizadas (ou proibidas), no âmbito do **direito de autor** de um programador de software de computador, concedidas (ou impostas) ao **usuário** deste software. Entende-se por **usuário** qualquer entidade legal, empresa ou um “usuário final” (doméstico) - origem da expressão **end user license agreement** (EULA) ou “contrato de licença do usuário final”.

Quando uma licença apresenta restrições além das existentes no direito de autor, o usuário tem que aceitar as restrições impostas para utilizar o software. Aqui reside a principal diferença entre uma licença de **software livre** e uma licença de **software não-livre**: as licenças de software livre acrescentam direitos aos já concedidos pelo direito de autor, estabelecendo regras apenas para a redistribuição.

### Critérios de Definição

- **FREEWARE:** é qualquer programa de computador cuja utilização não implica no pagamento de licenças de uso ou royalties. Um programa

licenciado como freeware não é necessariamente um software livre. Pode não ter código aberto e apresentar licenças restritivas, limitando o uso comercial, a redistribuição não autorizada, a modificação não autorizada ou outros tipos de restrições. Muitas vezes estas versões (freeware) são utilizadas como estratégia de marketing. O desenvolvedor oferece uma versão freeware e outra paga, sendo que a versão paga apresenta mais recursos que a gratuita. Vale lembrar que somente os executáveis estão disponíveis, e não seu código-fonte.

*Exemplos de software freeware:* Irfan View, Real Player, Winamp, ccCleaner.

- **SHAREWARE:** programa de computador disponível gratuitamente, porém com alguma limitação. Sharewares geralmente possuem funcionalidades limitadas e/ou tempo de uso gratuito do software limitado. Após este limite, o usuário é requisitado a pagar para acessar a funcionalidade completa ou continuar utilizando o programa. Um shareware está protegido por direitos autorais.

Esse tipo de distribuição tem como objetivo divulgar o software, assim os usuários podem testá-lo antes da aquisição. As formas mais comuns de shareware são:

**Trial:** Os programas oferecem todos os seus recursos, mas por um tempo limitado (geralmente de 15 a 30 dias);

**Demo:** Alguns recursos estão completos, sendo necessário pagar para usufruir dos demais. Os jogos geralmente são divulgados sob essa licença.

*Exemplos de software shareware:* Winzip, Ultra Edit.

- **OPEN SOURCE (SOFTWARE LIVRE):** Software Livre ou Free Software, conforme a definição criada pela Free Software Foundation, é o software que pode ser usado, copiado, estudado, modificado e redistribuído sem restrição. Normalmente um software distribuído livremente apresenta uma licença de software livre (como a GPL ou a BSD), com a disponibilização do seu código-fonte. *Exemplos de software livre:* Linux, Apache, OpenOffice, Moodle, Asterisk.

## 4 SISTEMAS OPERACIONAIS

Os primeiros **sistemas operacionais** surgiram para automatizar o uso dos computadores. A partir daí, os **SOs** (sistemas operacionais) evoluíram rapidamente, até chegar ao que são hoje.

Um sistema operacional é um programa como todos os outros. Ele administra o computador e facilita a vida do usuário, deixando que ele se preocupe com coisas mais úteis e produtivas, e não com endereços de memória, segmentos e interrupções.

### O que um sistema operacional tem que fazer?

Um SO tem que fazer com que o computador (e os periféricos) possa ser usado sem problemas por alguém que não conheça os detalhes do sistema. Ele possibilita que o usuário crie e acesse arquivos, use programas, acesse a Internet, jogue, etc. Além disso, o SO tem que executar os programas e ajudá-los a acessar os recursos do sistema de uma forma simples e organizada.

#### RESUMINDO



O **sistema operacional** é como uma grande plataforma que se apoia e usa o hardware, hospeda os softwares e coordena os periféricos. Ou seja, é um conjunto de programas que gerencia executivamente todo o computador (hardware, sistemas, softwares e periféricos).

Então, quando você envia um comando ao computador, o sistema operacional deve garantir que este comando seja executado ou, caso isto não seja possível, providenciar uma mensagem explicando o que aconteceu. Isto não significa, necessariamente, que o sistema operacional executa o comando ou envia as mensagens de erro – mas que ele controla as partes do sistema que o fazem.

Para instalação e execução de um sistema, é necessário que o hardware esteja dentro de um padrão estabelecido pelo sistema. O hardware precisa atender a um pré-requisito de capacidade para que o sistema tenha o que precisa para funcionar.

### Tipos mais comuns de Sistemas Operacionais (SO)



**WINDOWS XP:** veio para revolucionar visualmente e acabar de vez com os travamentos gerais como aconteciam em versões anteriores. Foi tão aclamado e aceito que a Microsoft interrompeu a prática de lançar um sistema novo a cada 4 anos. Ao invés disso, lançou a versão do **Pacote de Atualizações** (Service Pack 3) para o Windows XP. Foi o único a ser comercializado durante 8 anos no mercado. Atualmente não é mais vendido;



**WINDOWS VISTA:** Tentando inovar no visual (Visual Aero) a Microsoft deu uma “mancada”. Com tantas promessas e expectativas, o Windows Vista só decepcionou com uma série de problemas de desempenho. A própria empresa adiantou a retirada do mercado antes do prazo.



**WINDOWS 7:** As opiniões divergem entre boas e ruins. As principais mudanças estão na velocidade de inicialização, no visual e na economia de energia. É mais rápido, com núcleo (kernel) mais atualizado do que o Windows Vista.



**MAC OS X:** O **Macintosh Operating System (Mac OS)** é a denominação do sistema operacional padrão dos computadores Macintosh, produzidos pela Apple. Foi o primeiro sistema de computadores a usar ícones para representar programas, pastas e documentos. Também foi pioneiro na disseminação do conceito de **Desktop**, introduzindo uma **Área de Trabalho** com ícones de documentos, pastas e uma lixeira, em analogia ao ambiente de escritório. O lançamento do Mac OS X foi um marco para o sistema operacional. Em sua décima versão, o sistema foi remodelado como um todo, inclusive o kernel, que passou a ser baseado no do Unix BSD.

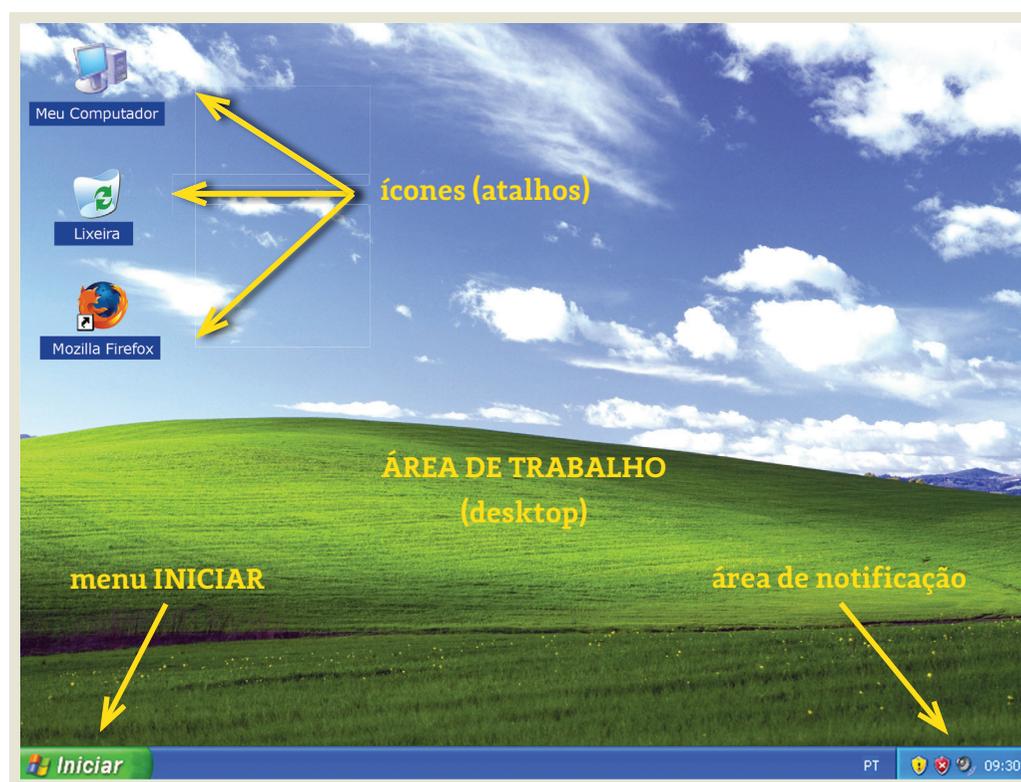


**LINUX:** É o termo geralmente usado para designar qualquer sistema operacional que utilize o núcleo Linux. Foi desenvolvido pelo finlandês Linus Torvalds, inspirado no sistema Minix. O seu código fonte está disponível sob licença GPL para qualquer pessoa que necessite utilizar, estudar, modificar e distribuir de acordo com os termos da licença.

## 5 AMBIENTE WINDOWS (Baseado em Windows XP)

### Desktop ou Área de Trabalho

A **área de trabalho** é a tela inicial do sistema, onde temos acesso às demais funções que o Windows® nos oferece. Nela se destacam os **ÍCONES DE ATALHO**, o menu **INICIAR**, os **ÍCONES DE NOTIFICAÇÃO** e o **RELÓGIO**, conforme figura abaixo.



### IMPORTANTE

Para facilitar a compreensão, este capítulo utilizará os desenhos abaixo para reforçar a utilização dos botões esquerdo ou direito do mouse.



BOTÃO ESQUERDO



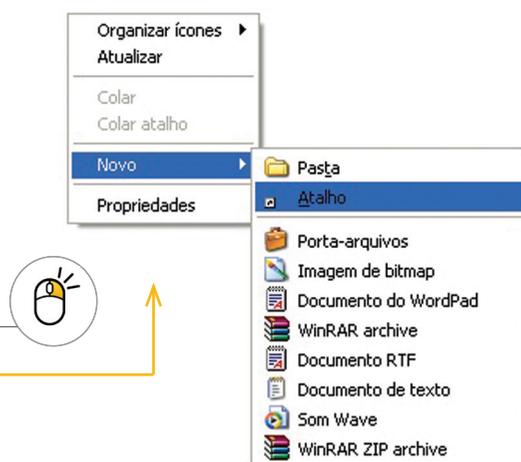
BOTÃO DIREITO



## Atalhos

Os **atalhos da Área de Trabalho** permitem acesso rápido a programas e documentos. Porém não são os aplicativos ou documentos reais, mas apenas um apontamento para o local onde eles estão armazenados. Além disto, existem os **atalhos padrão** do sistema, nos quais sua configuração permite apresentar **MEU COMPUTADOR**, **MEUS DOCUMENTOS**, **MEUS LOCAIS DE REDE** e **INTERNET EXPLORER**. Esta configuração é acessível nas **PROPRIEDADES DE VÍDEO** do **PAINEL DE CONTROLE**, na aba **ÁREA DE TRABALHO** ao se clicar em **PERSONALIZAR ÁREA DE TRABALHO**.

É possível criar atalhos na **Área de Trabalho** através do **menu acessível**, ao clicar com o **botão DIREITO** do mouse na Área de Trabalho, conforme figura ao lado.



## Menu INICIAR

Pelo menu **INICIAR** se tem acesso aos itens mais úteis no computador. Por exemplo, o item **TODOS OS PROGRAMAS** lista os programas instalados no computador. A lista de programas no menu **INICIAR** é dividida em duas partes:

1. Os programas exibidos **acima da linha do separador** (também conhecida como *lista de itens fixados*): os programas nesta lista estão sempre disponíveis e são iniciados com um clique. Você também pode adicionar ou remover programas à lista de *itens fixados*;
2. Os programas exibidos **abaixo da linha do separador** lista os *programas mais utilizados*. Os programas são adicionados a essa lista à medida que são usados. O Windows XP tem um número padrão de programas exibidos na lista de programas, os que são mais frequentemente utilizados. Quando o número padrão de programas é alcançado, os programas que não foram usados recentemente são substituídos pelos programas que foram usados por último.

O Windows XP inclui dois estilos de menu **INICIAR**:

### Menu **Iniciar** padrão do Windows XP



### Menu **Iniciar** Clássico



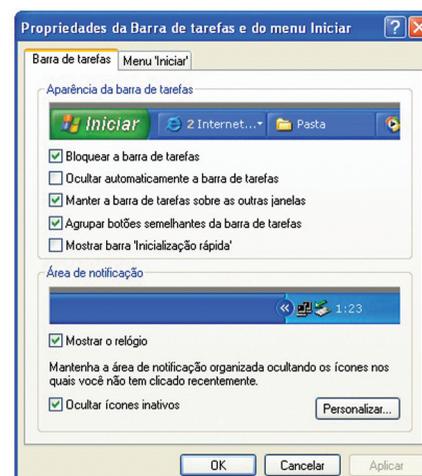
### Barra de ferramentas “Inicialização Rápida”

Caso não apareçam os atalhos na barra de tarefas, ao lado do menu **INICIAR**, é porque a barra de ferramentas de inicialização rápida não está ativa. Para exibí-la, siga as instruções abaixo:



Clique com o botão DIREITO em uma área vazia da barra de tarefas, clique em **Barras de Ferramentas**, e depois em **Inicialização Rápida**.

No instante em que você fizer isso, a sua **barra de Inicialização Rápida** aparecerá. Para adicionar itens a essa barra de ferramentas, clique no ícone do programa que deseja adicionar e arraste-o para a parte de **Inicialização Rápida** da barra de tarefas.



## Barra de Tarefas

A **barra de tarefas** apresenta a listagem das janelas de todos os programas que estão em execução no primeiro plano, ou seja, visíveis ao usuário.



## Área de Notificação

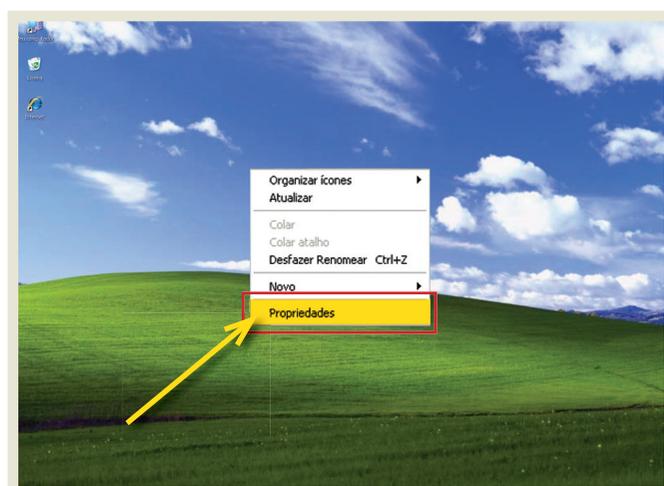
Esta área possui um sistema de **notificação** para aplicativos que precisam informar ao usuário sobre questões pontuais, sem que precisem apresentar uma janela comum o tempo inteiro. São programas em execução, em segundo plano, e respondem a eventos determinados, tais como:

- **Antivírus** ao detectar um arquivo malicioso;
- **Sistema** ao realizar a atualização;
- **Placa de Rede** ao detectar a presença de um cabo conectado.

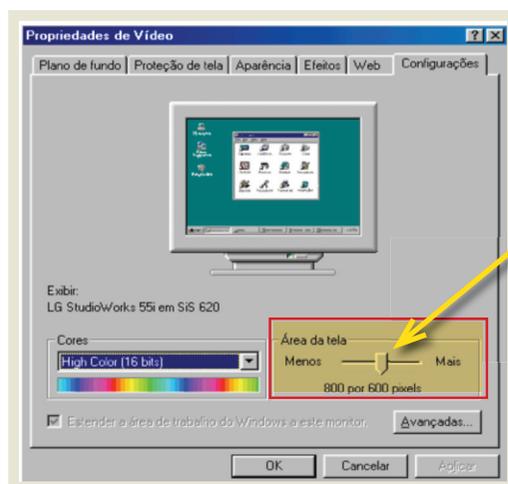
## Alterar a resolução de vídeo



1. Clique com o botão **DIREITO** do mouse em uma área livre do Desktop;
2. Clique na opção **PROPRIEDADES**;



3. Selecione a opção que mais lhe agradar. No exemplo a seguir foi adotada a resolução 800 X 600.

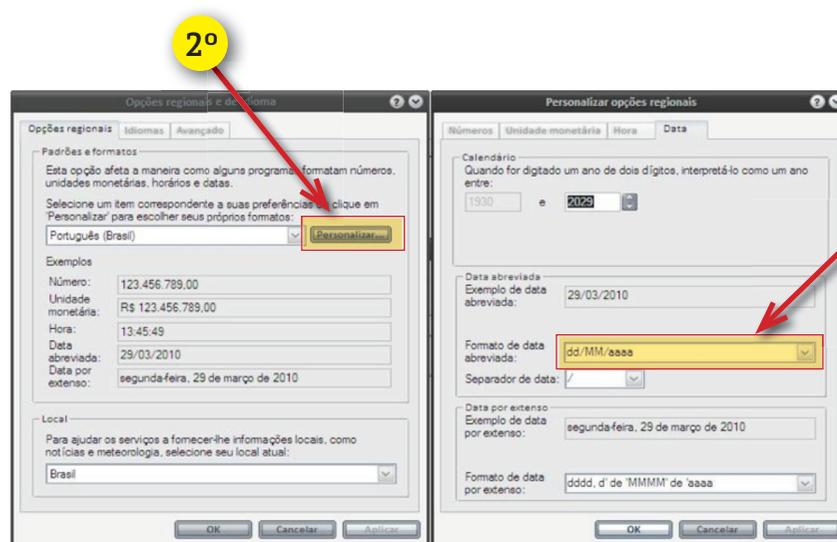


## Data/ hora

**Passo 1:** Para alterar o horário basta dar **dois cliques no relógio** e alterá-lo. Para alterar outras opções de data e hora siga os passos abaixo: **INICIAR > PAINEL DE CONTROLE > OPÇÕES REGIONAIS E DE IDIOMA**.



**Passo 2:** ao aparecer uma janela de **OPÇÕES REGIONAIS**, clique no botão **PERSONALIZAR**, conforme figura a seguir.



**Passo 3:** Na aba **DATA** deverá ser modificado o **FORMATO DE DATA** abreviada para **dd/MM/aaaa**.

## Janelas

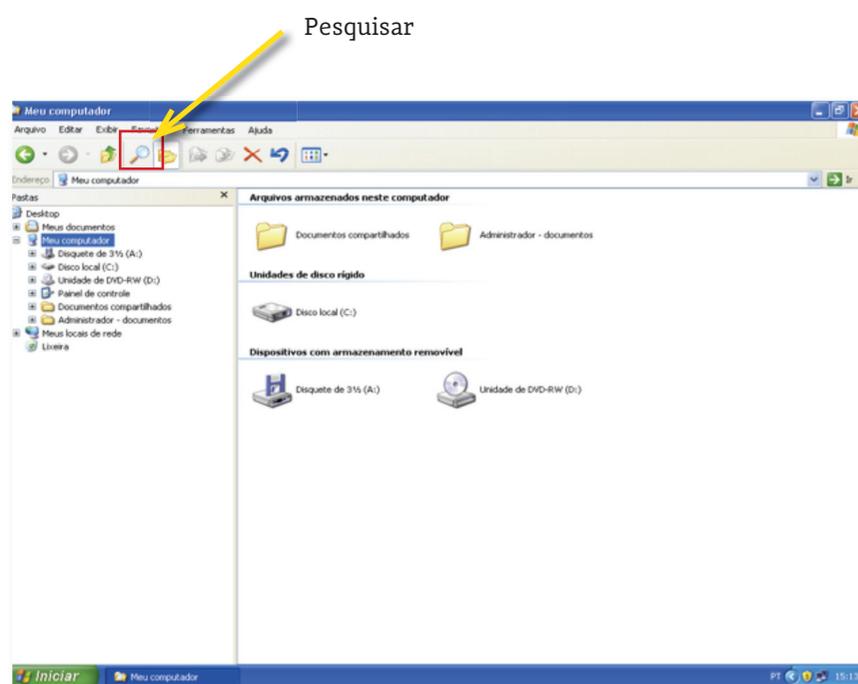
O Windows organiza a execução dos programas através da apresentação de janelas, que possuem componentes básicos comuns a todas, tais como: **Botão de Controle**, **Barra de Título**, **Botões de Minimizar**, **Maximizar/Restaurar** e **Fechar**, **Menu** e **Barra de Ferramentas**.

Cada Janela possui diferentes opções no menu, de acordo com as opções fornecidas pelo aplicativo. Neste menu é possível encontrar praticamente todas as opções para configurar e alterar o contexto do aplicativo.

## Windows Explorer

**Windows Explorer** é o navegador de arquivos. É utilizado para acesso a pastas e arquivos em locais específicos. É possível iniciá-lo clicando **duas vezes** no atalho **MEU COMPUTADOR** na **Área de Trabalho**, através do Menu **INICIAR**, **TODOS OS PROGRAMAS**, **ACESSÓRIOS**, **WINDOWS EXPLORER** ou através da tecla de atalho **Windows + E**. A tela inicial do Windows Explorer pode ser vista na figura a seguir, na próxima página.

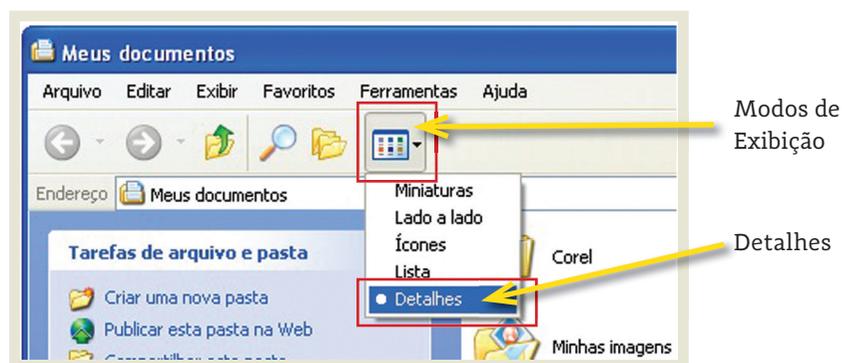
Através do Windows Explorer temos acesso a todos os dispositivos de armazenamento fixo (HD) e removíveis (CD, DVD, Pendrive, HD externo, etc.). Também nos permite **realizar busca** de arquivos os quais não sabemos a sua localização no sistema. Esta busca pode ser iniciada no menu de **FERRAMENTAS** ao clicar no **ícone da lupa**.



### Alterando configurações no Windows Explorer

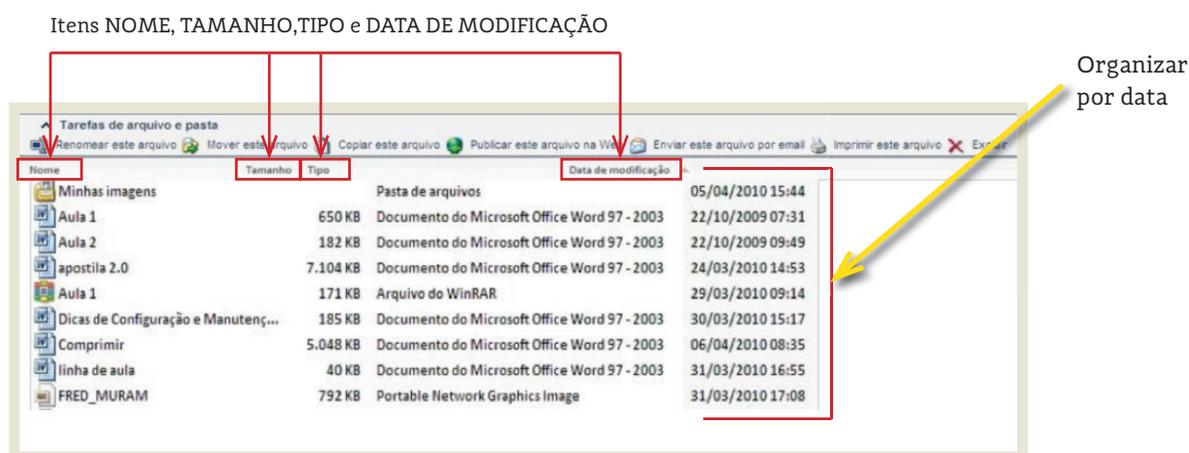
#### Modos de exibição

Clique no ícone **MODOS DE EXIBIÇÃO** e escolha a opção **DETALHES**.

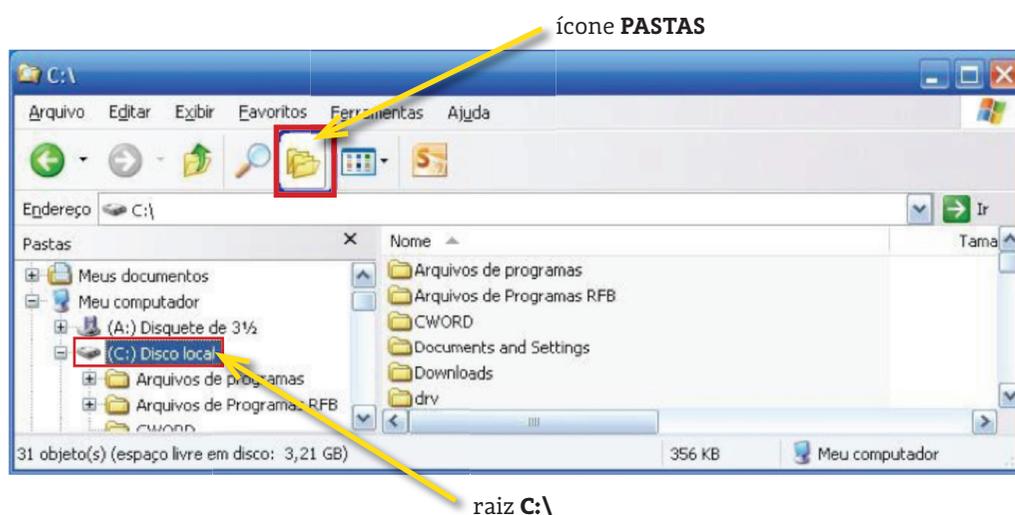


Aparecerão colunas com as informações do arquivo. As colunas organizam as seguintes informações: **Nome**, **Tamanho**, **Tipo** e **Data de Modificação**. Você pode alterar a ordem da visualização dos arquivos apenas clicando no item desejado.

Aparecerão informações sobre o arquivo conforme imagem a seguir. Na coluna TIPO DE ARQUIVO visualiza-se o formato do arquivo e o software utilizado para abri-lo. **Organizar por data** poderá facilitar a localização do arquivo pesquisado, pois aparece a data de última atualização do arquivo.

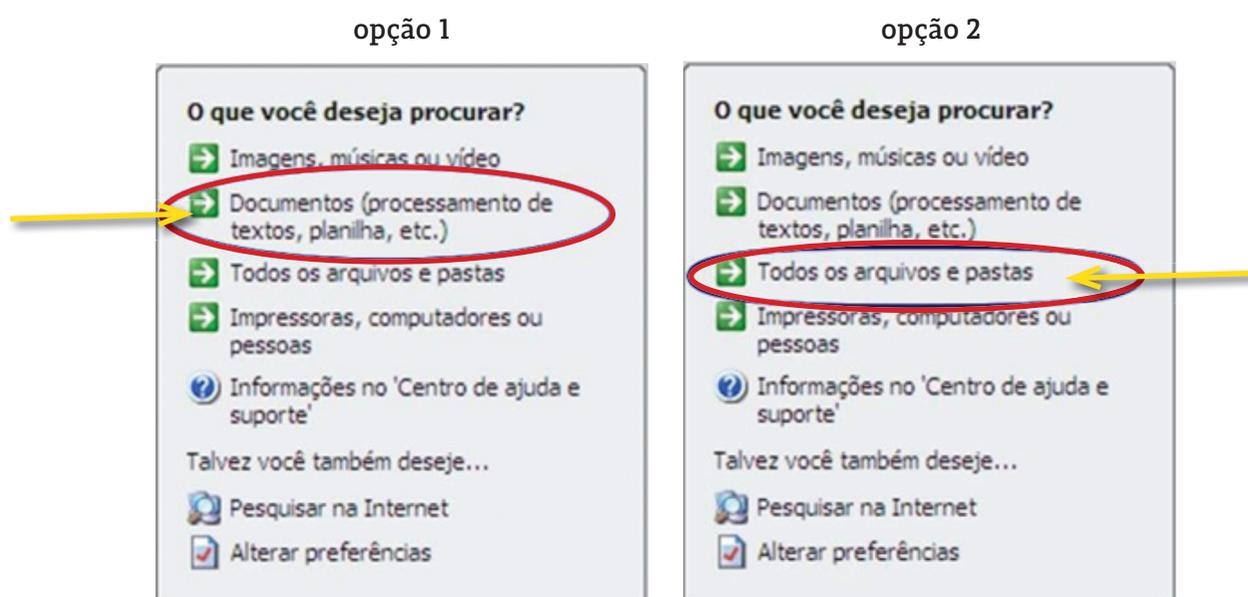


Ao clicar no ícone **PASTAS** (conforme imagem abaixo) aparecerá a raiz do **C:\** no menu à esquerda, o que facilita entender sua localização.



## Pesquisar

Você pode encontrar um arquivo ou pasta que salvou, mas não se lembra onde. No Windows Explorer você pode **clicar na lupa** (conforme imagem apresentada no topo da página 116), ou clicar na tecla **F3**. Outra forma é clicar em **INICIAR > PESQUISAR**.



Ao aparecer a tela acima, selecione a opção no menu à esquerda para delimitar e facilitar sua pesquisa e depois digite o título do documento, parte dele, sua extensão ou pesquise por qualquer coisa.

*Exemplo:* Para encontrar um arquivo **.doc** (**Word**), selecionamos a **OPÇÃO 1**.

*Exemplo:* Para encontrar um arquivo em **qualquer lugar**, selecionamos a **OPÇÃO 2**.

Seguem algumas dicas para pesquisar ao clicar em **TODOS OS ARQUIVOS e PASTAS**: O símbolo \* indica **qualquer**. Com base nisso, vamos às dicas:

- Para encontrar o *arquivo documento .doc* quando você não lembra o *nome*, mas lembra sua *extensão*, digite: **\*.doc**.
- Quando *lembra-se do nome*, mas não a *extensão*, digite: **documento\***.
- Quando *lembra-se de parte do documento*, digite: **doc\*.\***, ou **\*doc.\***.
- Se *não lembra nada*, digite **\*.\*** O Windows levará um tempo enorme, mas vai mostrar todos os arquivos que estiverem no seu HD.

Se você já selecionou o **tipo do arquivo** conforme imagem da **OPÇÃO 1**, não é necessário adicionar a extensão .doc, .txt, .xls, etc.

### **Organizando Arquivos**

Para organizar melhor os arquivos gravados em seu computador, recorreremos à **organização desses arquivos em pastas**. Para que fique mais fácil e rápido localizar um determinado documento, é recomendável que os documentos referentes a um assunto comum fiquem guardados dentro de uma mesma pasta.

A estrutura de cada disco está organizada em forma de árvore, com pastas indicando os vários níveis de ramificação. Funciona da seguinte maneira:

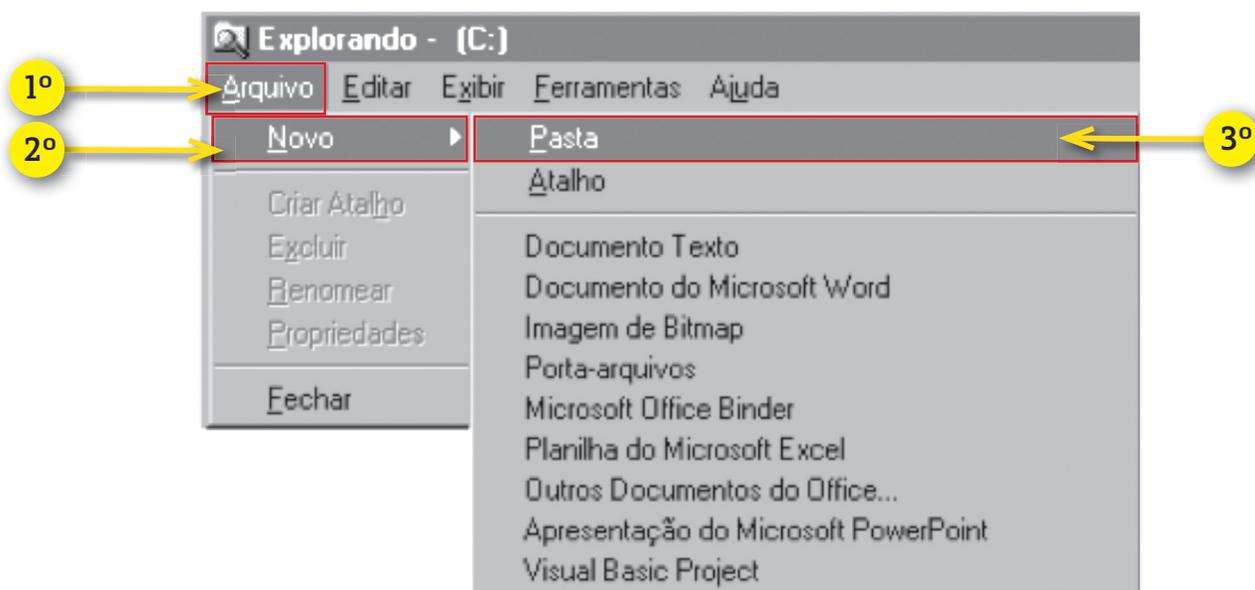
1. Suponha que você queira **criar uma pasta para guardar seus documentos**;
2. Dentro da pasta **DOCUMENTOS** você pode criar uma pasta para cada mês do ano, por exemplo;
3. As pastas criadas a partir da pasta **DOCUMENTOS** são chamadas de subpastas ou subdiretórios.

Através do Explorer, você pode **organizar melhor o seu disco rígido, formatar disquetes, criar novas pastas, apagar, copiar, mover arquivos**, etc. Todos estes procedimentos podem ser realizados com o MOUSE, pela **BARRA DE MENUS** ou pela **BARRA DE FERRAMENTAS**.

### **Criando uma Nova Pasta**

Para criar uma nova pasta no Explorer, você deve seguir os seguintes passos:

1. No Windows Explorer, selecione o disco ou pasta em que a nova pasta será criada;
2. Clique sobre a opção **ARQUIVO**, selecione **NOVO** e em seguida escolha a opção **PASTA**;
3. Será aberta uma pasta, a qual poderá nomear como desejar. Após digitar o nome, pressione **ENTER**. Conforme figura a seguir.



### **Copiando Arquivos ou Pastas**

Você pode utilizar o Explorer para copiar arquivos e pastas existentes para outro local no mesmo disco ou para outro disco. O procedimento é o seguinte:

1. Selecione o arquivo/pasta que deseja copiar. Se quiser selecionar mais de um o arquivo/pasta, mantenha a tecla **Ctrl** pressionada enquanto seleciona os demais arquivos/pastas. Clique no menu **EDITAR**, opção **COPIAR** (clique sobre o botão  ou pressione as teclas **Ctrl+C**);
2. Os arquivos/pastas selecionados são copiados para a memória do computador, numa área chamada **Área de Transferência**. Vá até o local onde deseja copiar os arquivos/pastas selecionados, Clique no menu **EDITAR**, opção **COLAR** (clique no botão  ou pressione as teclas **Ctrl+V**).

Os arquivos/pastas que haviam sido copiados para a **Área de Transferência** são colados no local desejado.

### **Movendo Arquivos ou Pastas**

Você pode utilizar o Explorer para mover arquivos e pastas para outro local no mesmo disco ou para outro disco. O procedimento é o seguinte:

1. Selecione o arquivo/pasta que deseja mover. Se quiser selecionar mais de um o arquivo/pasta, mantenha a tecla **Ctrl** pressionada enquanto seleciona os demais arquivos/pastas. Clique no menu **EDITAR**, opção **RECORTAR** (clique sobre o botão  ou pressione as teclas **Ctrl+X**);
2. Os arquivos/pastas selecionados são transferidos para a memória do computador, numa área chamada **Área de Transferência**. Vá até o local onde deseja mover os arquivos/pastas selecionados, Clique no menu **EDITAR**, opção **COLAR** (clique no botão  ou pressione as teclas **Ctrl+V**);
3. Os arquivos/pastas que haviam sido copiados para a **Área de Transferência** são colados no local desejado.

### **Copiando e Movendo usando o Mouse**

A cópia ou movimentação de arquivos e/ou pastas pode ser feita em um mesmo disco ou entre discos diferentes.

Selecione, com o mouse, os arquivos/pastas a serem movidos ou copiados. Veja abaixo a tabela dos movimentos de mouse para as tarefas:

DISCOS	MOVER	COPIAR
NO MESMO DISCO	CLIQUE+ARRASTE	CTRL+CLIQUE+ARRASTE
EM DISCOS DIFERENTES	SHIFT+CLIQUE+ARRASTE	CLIQUE+ARRASTE

Aponte para qualquer área da seleção e faça o movimento de **clicar e arrastar**, combinado com o teclado quando necessário, soltando o **botão ESQUERDO** do mouse apenas quando a pasta ou disco destino estiver em foco.



### **Substituindo arquivos ou diretório**

Nos comandos de **CÓPIA** e **movimentação de arquivos ou pastas**, se no local de destino já existir arquivo ou pasta com o mesmo nome, haverá um quadro de confirmação de substituição para cada um deles. Confira a data e hora do arquivo ou pasta, e responda:

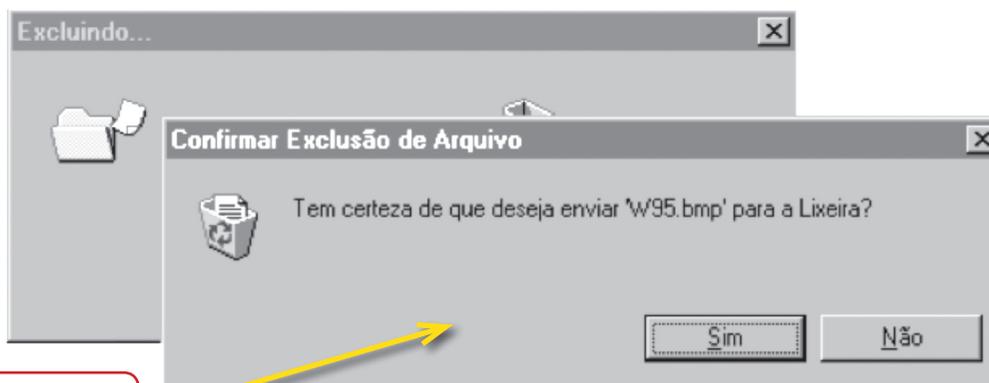
- **SIM** para que a substituição desse elemento seja efetuada;
- **SIM PARA TODOS** para que todos os arquivos e pastas já existentes no destino sejam substituídos;

- **NÃO** para que a substituição desse elemento apresentado na janela não seja efetuada; ou,
- **CANCELAR** para desistir do comando (cópia ou movimentação).

### Excluindo Arquivos ou Pastas

Caso você queira excluir um determinado arquivo ou pasta de seu computador através do Explorer, deve proceder da seguinte forma:

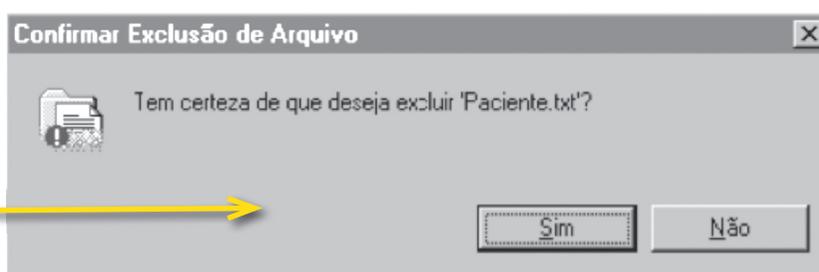
- Selecione o arquivo/pasta que deseja excluir e pressione a **tecla DELETE**. Será exibida uma mensagem pedindo a confirmação desta exclusão. Caso concorde com a exclusão do arquivo/pasta selecionados, estes serão movidos para a **LIXEIRA** do Windows.



Nesta opção, os arquivos são excluídos temporariamente.

Quando um arquivo/pasta é enviado para a lixeira do Windows, ele foi excluído temporariamente. A lixeira será detalhada mais à frente.

Caso deseje excluir arquivo(s) /pasta(s) definitivamente, **mantenha pressionada a tecla Shift antes de pressionar Delete**. A mensagem de confirmação é alterada, ficando da seguinte forma:



Aqui os arquivos selecionados são excluídos definitivamente

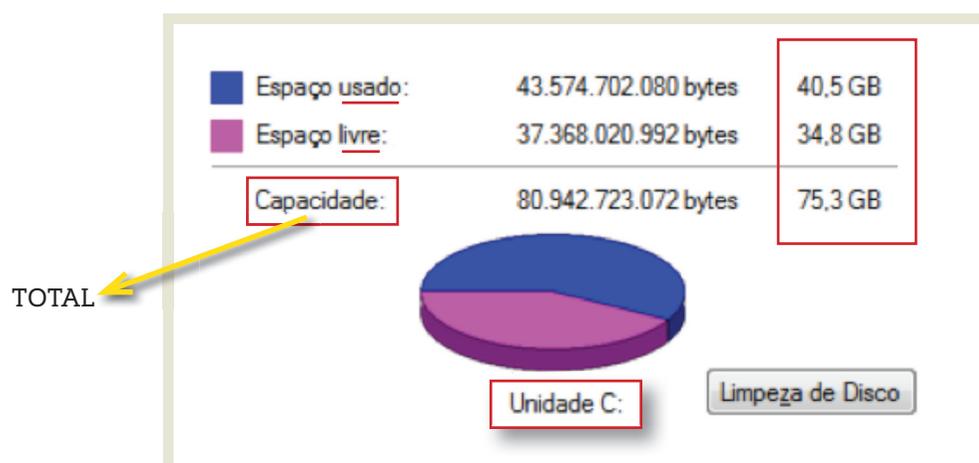
### A Lixeira do Windows

Toda vez que você exclui um arquivo ou pasta temporariamente, ele fica na LIXEIRA. A Lixeira é um elemento de segurança do Windows. Caso apague algum arquivo/pasta errado por engano, você ainda pode acessar a lixeira e recuperar este arquivo/pasta.



### Verificando a capacidade do dispositivo

Para identificar a capacidade de armazenamento, espaço livre e espaço ocupado do dispositivo de armazenamento (Pendrive, disco-rígido, CD, DVD), **clique no dispositivo em questão com o botão DIREITO do mouse** e selecione a opção **PROPRIEDADES**. Serão apresentadas as informações do dispositivo conforme figura abaixo.



### Lentidão do Sistema

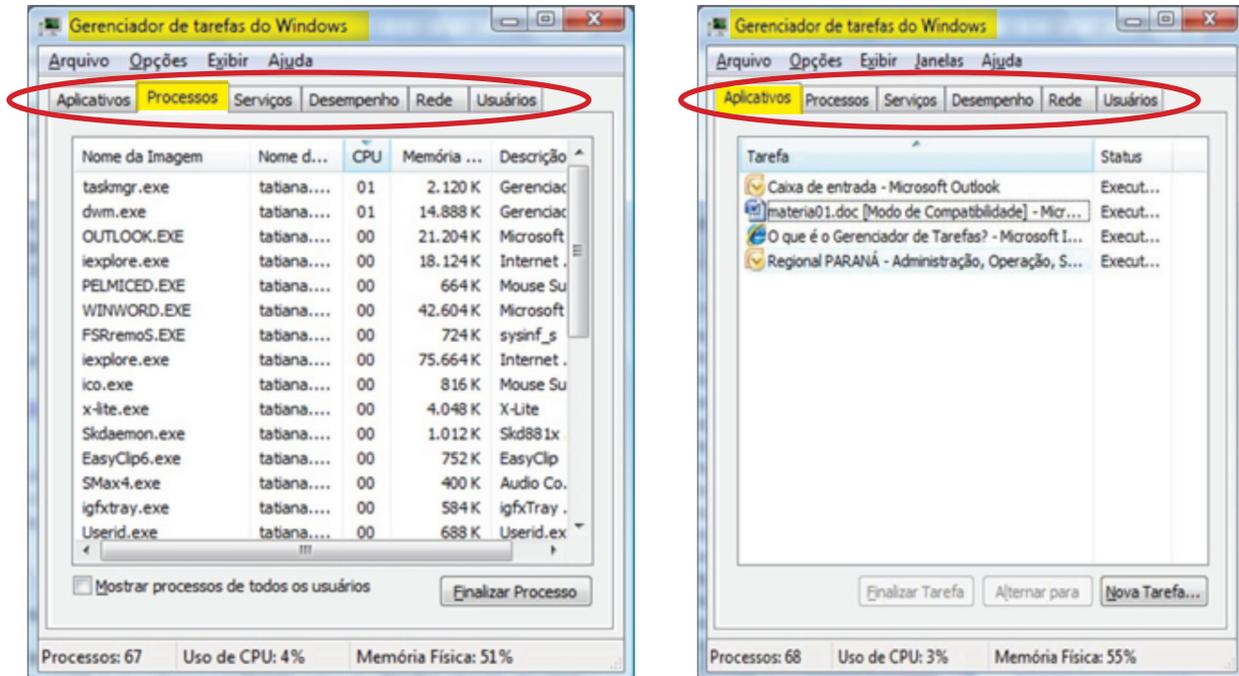
A lentidão no uso do computador pode ocorrer por diferentes fatores. Veremos como identificá-los e melhorar o desempenho do computador.

### Uso do Gerenciador de Tarefas

O GERENCIADOR DE TAREFAS mostra a você os programas, os processos e os serviços que estão sendo executados no computador. Você pode usá-lo para monitorar o desempenho do computador ou fechar um programa que não está respondendo. Se você estiver conectado a uma rede, também poderá usar o Gerenciador de Tarefas para exibir o status da rede e ver como ela está funcionando.



Para abrir o **Gerenciador de Tarefas**, clique com o **botão DIREITO** do mouse na **barra de tarefas** e clique em **GERENCIADOR DE TAREFAS** ou pressione as teclas **Ctrl+Alt+Del**, e clique em **GERENCIADOR DE TAREFAS**.



### Travamento (congelamento)

Um computador trava quando existe um erro em uma das camadas de software, as quais são bios, sistema operacional e aplicação. Quando uma condição de erro é encontrada em uma dessas camadas, o computador fica sem saber o que fazer e trava. Falha no hardware como super aquecimento também pode ser motivo de travamento.

Através do **GERENCIAR DE TAREFAS**, podemos encerrar aplicativos que estejam travados (não respondendo). Após abrir o **Gerenciador de Tarefas**, selecione o aplicativo que deseja encerrar e clique no botão **FINALIZAR TAREFA**.

### Várias páginas abertas

Ao manter várias páginas abertas o computador precisa gerenciá-las fazendo uso da memória do computador, o que faz com que o computador fique lento.

Para melhorar o desempenho, feche os aplicativos que não estejam em uso (*exemplo*: Word, Excel, e-mail).

## 6 GRAVAÇÃO DE CD/DVD

A maioria dos programas gravadores de CD tem opções para gravação em mídias de CD e DVD. É fundamental que sua gravadora tenha suporte às mídias mencionadas.

### Gravando um CD ou DVD de Dados

Considerações antes de gravar seu CD ou DVD

- Jamais grave um arquivo quando ele estiver sendo utilizado. *Por exemplo:* música tocando, documento aberto no Word ou gravando um arquivo que esteja sendo salvo ou copiado;
- Em uma gravação de Dados é possível gravar quaisquer arquivos, sejam documentos, vídeos, áudios, imagens ou qualquer extensão. Os arquivos abrirão normalmente sem modificação ou perda de qualidade;
- CD de dados com músicas não são equivalentes ao CD de áudio comprado em loja;
- É **sempre** recomendável utilizar velocidades mais baixas na hora de gravação para que se obtenha uma melhor qualidade e compatibilidade com outros leitores. Para CD de dados é recomendável, pelo menos, 16X e para DVD, uma velocidade de 4X;
- Evite fazer trabalhos pesados durante a gravação, pois o processo utiliza bastante memória.

## 7 COMPRIMIR/ COMPACTAR ARQUIVOS

A **COMPRESSÃO DE DADOS** é o ato de reduzir o espaço ocupado por dados num determinado dispositivo. Essa operação é realizada através de diversos algoritmos de compressão, reduzindo a quantidade de **Bytes** para representar um dado, sendo esse dado uma imagem, um texto ou um arquivo (ficheiro) qualquer.

**Para compactar** um arquivo você precisa que ele não esteja sendo utilizado no momento da compactação. Então, feche o documento ou o arquivo e veja onde ele está no HD.

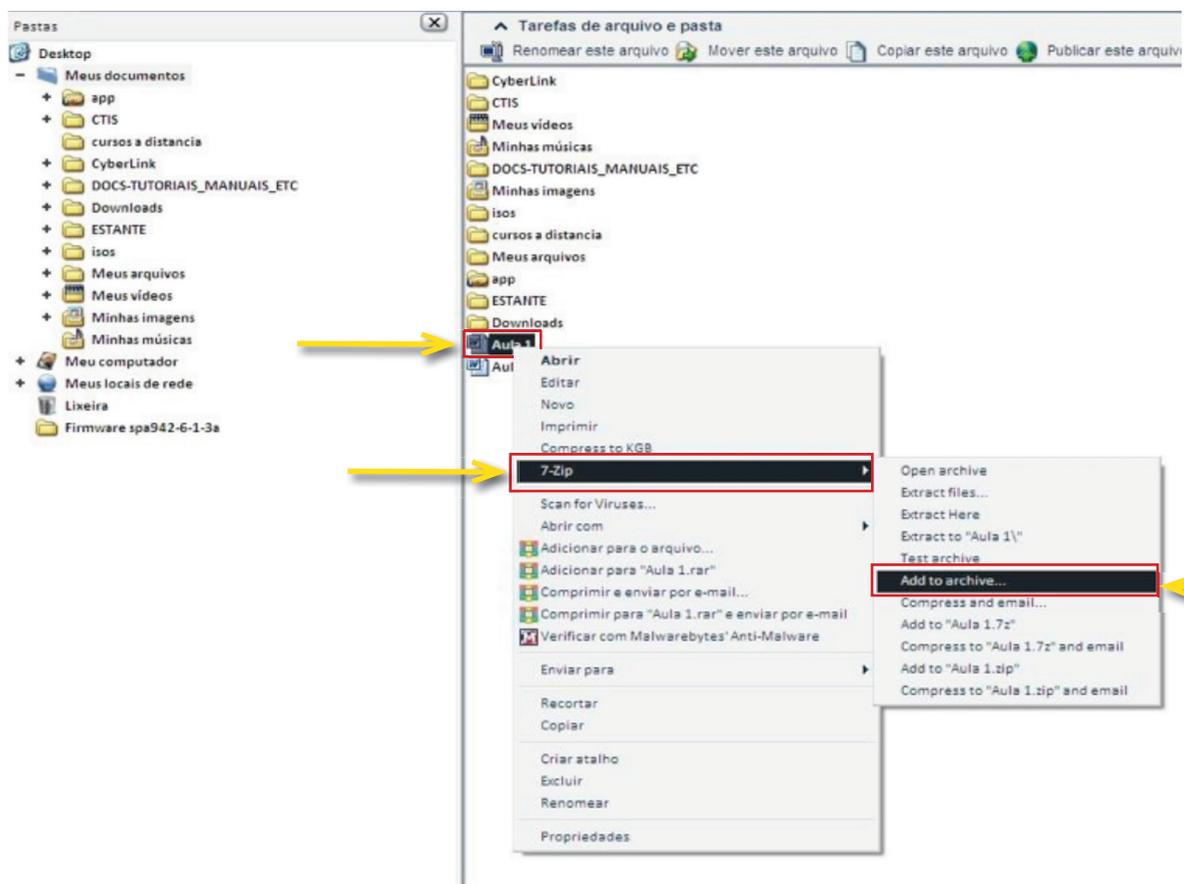


Neste caderno adotaremos como exemplo o SOFTWARE de compactação de arquivos **7-Zip**. É um software freeware (open source) e pode ser obtido (download) em: <http://www.7-zip.org>

Exemplo com o **7-Zip**:

**Para compactar** pastas ou arquivos pelo **menu de contexto** do 7-Zip, proceda da seguinte maneira:

1. Abra o Windows Explorer;
2. Selecione as pastas ou arquivos que deseja compactar;
3. Clique com o **BOTÃO DIREITO** do mouse em um dos arquivos ou pastas selecionadas;
4. No **MENU DE CONTEXTO**, selecione a opção **7-ZIP > ADICIONAR PARA "NOME DO ARQUIVO.ZIP"**;
5. Clique com o **BOTÃO DIREITO** no arquivo e selecione o compactador **7-Zip**.



O arquivo compactado será gerado na mesma pasta aberta no Windows Explorer, e com o nome sugerido no menu de CONTEXTO.

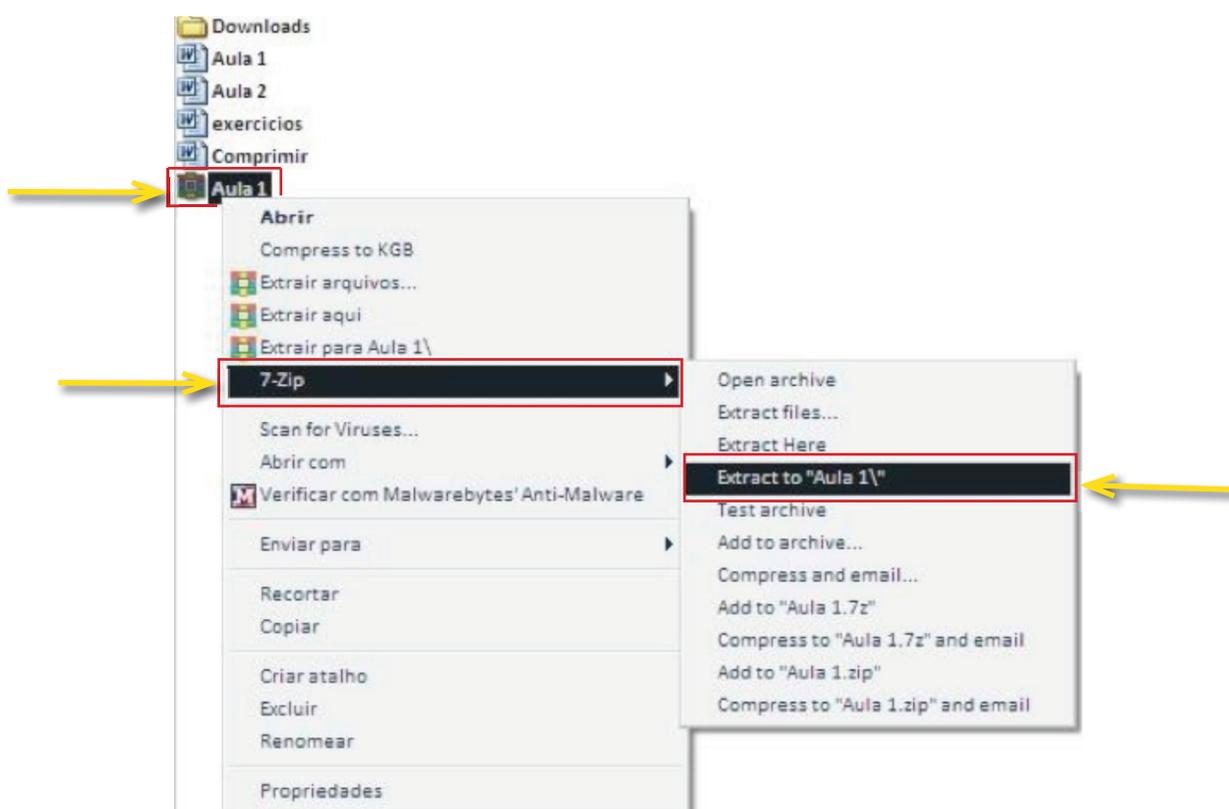
O arquivo compactado por um software normalmente tem como padrão a extensão dele. Por exemplo, compactado por:

- WINZIP = .zip
- WINRAR = .rar
- 7-ZIP = .7z

As extensões mais comuns são: .rar, .zip, .7z, .cab, .tar, .tar.gz

Para **DESCOMPACTAR** um arquivo, clique com o **botão DIREITO** sobre ele e selecione a opção: **7-ZIP -> EXTRACT TO** (nome do arquivo) conforme exemplo abaixo:

1. Abra o Windows Explorer;
2. Selecione a pasta onde se encontra o arquivo compactado;
3. Clique com o **botão DIREITO** do mouse no arquivo;
4. No menu de CONTEXTO, selecione a opção **7-ZIP > EXTRAIR PARA...**



Após a DESCOMPRESSÃO por este método, será criada uma pasta com o conteúdo dentro.



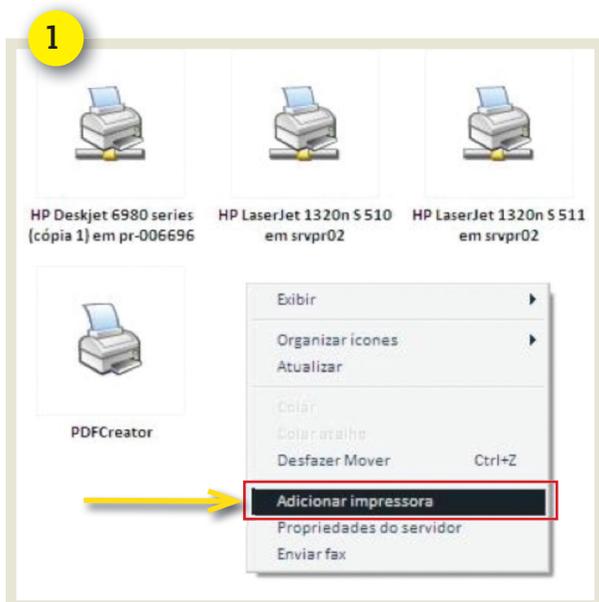
## 8 IMPRESSÕES

### Como instalar uma impressora local

Todas as impressoras instaladas em seu computador estão listadas em **PAINEL DE CONTROLE > IMPRESSORAS E APARELHOS DE FAX.**

Vamos instalar uma impressora **LOCAL ligada direta a seu computador** por um cabo de comunicação (USB ou Serial). Nas impressoras mais novas, com conexão USB, basta instalar primeiro o drive da impressora, depois plugar o USB e ligar a impressora. Para as impressoras mais antigas, basta conectar a impressora ao micro que o Windows reconhecerá automaticamente o modelo e instalará o drive.

Veja outra forma de instalação:



Passo 1

#### Passo 1:

Clicar com o **botão DIREITO** e selecionar:  
**Adicionar impressora;**



#### Passo 2:

Clicar em **AVANÇAR** e marcar a opção:  
**Impressora local conectada a este computador;**

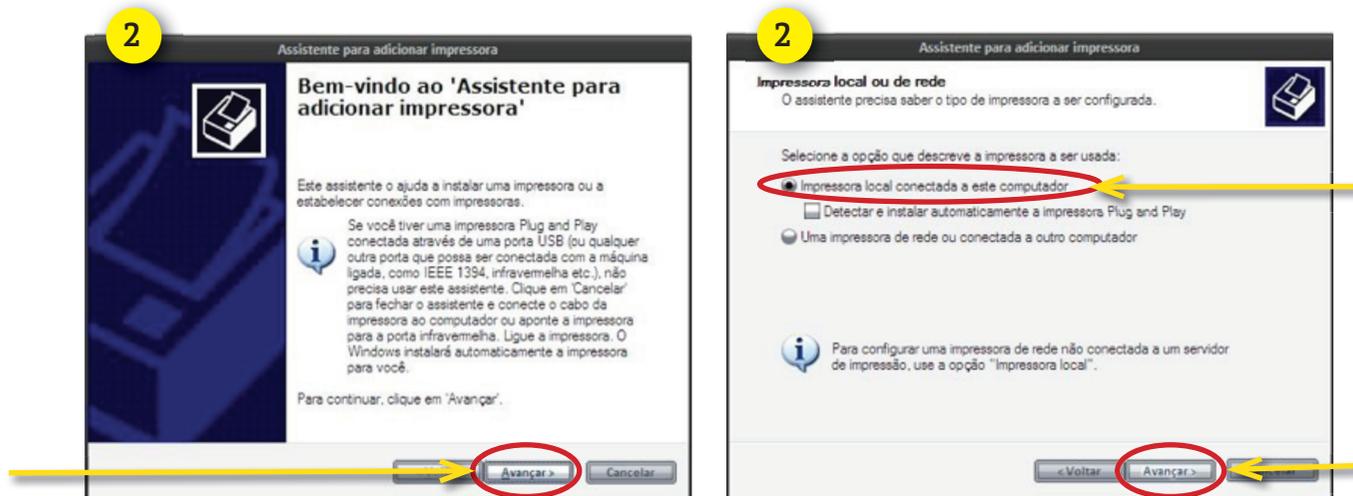
#### Passo 3:

Clicar em **AVANÇAR**, escolher a porta, o fabricante e o modelo da impressora.

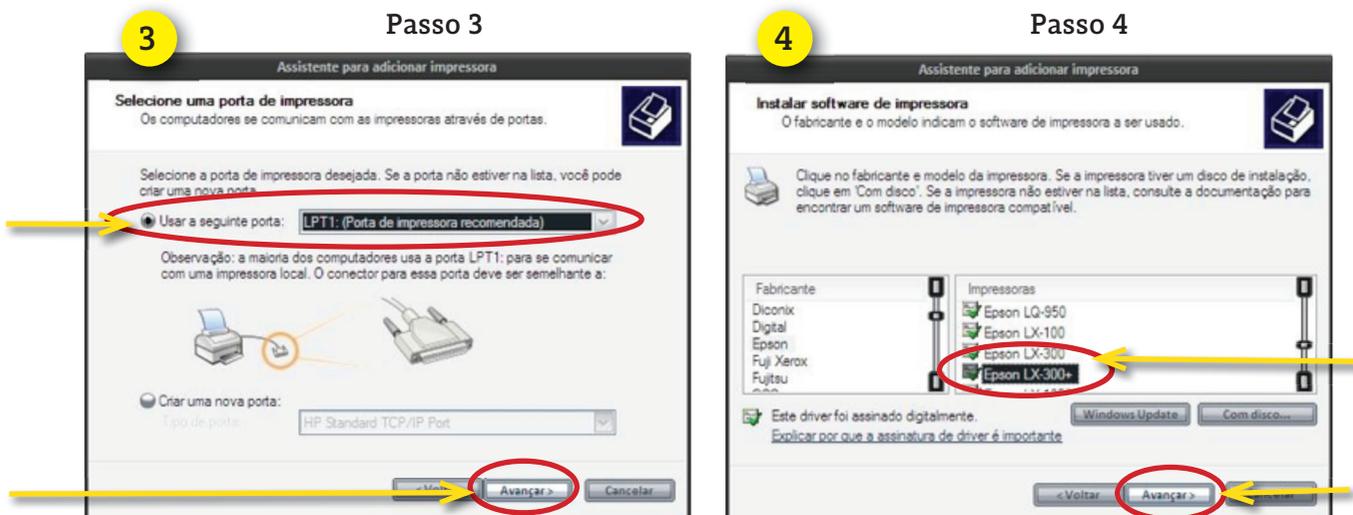
#### Passo 4:

Seguir as instruções até concluir a instalação.

## Passo 2



## Passo 3



## Preferências de impressão

Para definir as configurações de papel, qualidade de impressão - entre outras -, para todas as impressões, sem necessidade de configurá-las individualmente para cada arquivo: clique no menu **INICIAR -> CONFIGURAÇÕES -> IMPRESSORAS**. Clique com o **botão DIREITO** do mouse na impressora desejada e selecione a opção **PROPRIEDADES**. Clique no botão **PREFERÊNCIAS DE IMPRESSÃO** e escolha as configurações desejadas.



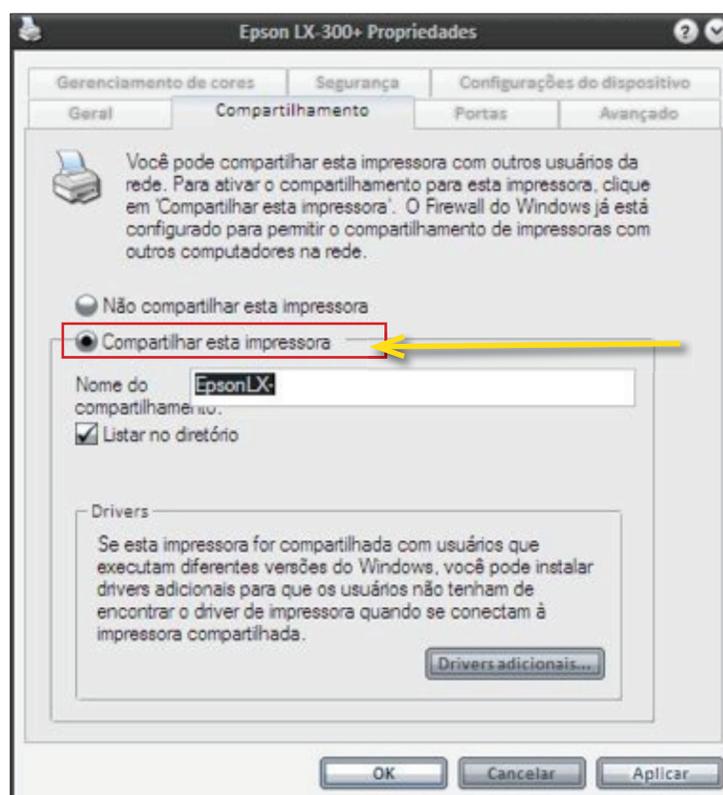
## Como compartilhar sua impressora



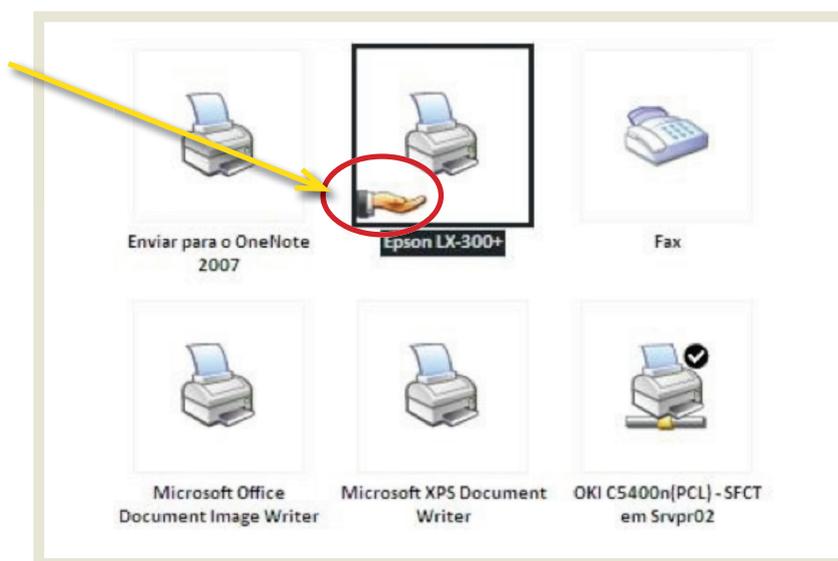
Passo 1: Clique com o **botão DIREITO** do mouse e selecione a opção: **COMPARTILHAMENTO**;



Passo 2: Marque a opção **COMPARTILHAR ESTA IMPRESSORA**;



**Passo 3: PRONTO!** Houve uma mudança no ícone representando que está compartilhado!



### Definir uma impressora como padrão

Vá em **PAINEL DE CONTROLE > IMPRESSORAS E APARELHOS DE FAX**  
> Clique com **botão DIREITO** do mouse em cima da impressora escolhida e selecione **Definir como impressora padrão**.



### Identificando problemas de impressão

Medidas básicas para a impressora voltar a imprimir:

1. Verifique se há algum papel atolado, úmido ou mal encaixado na bandeja;
2. Desligue e retire o cabo de energia e religue-a novamente;
3. Remova o cabo de comunicação (USB, Rede ou Serial) e reconecte-o. Talvez possa estar mal encaixado, então desconecte e conecte novamente nas duas extremidades;
4. Limpe a fila de impressão;
5. Verifique o tamanho do papel e as margens;
6. Leia **sempre** as mensagens que a impressora emite;
7. Lembre que dependendo do tamanho do arquivo, haverá demora equivalente para imprimir.

## 9 REDE

Uma rede de computadores consiste de 2 (dois) ou mais computadores e outros dispositivos conectados entre si, de modo que possam compartilhar seus serviços, tanto de hardware quanto de software (dados, impressoras, mensagens - e-mails -, etc). A Internet é um amplo sistema de comunicação que conecta muitas redes de computadores. Existem várias formas e recursos de vários equipamentos que podem ser interligados e compartilhados mediante meios de acesso, protocolos e requisitos de segurança.

### Identificando falhas na conexão de Rede

No **canto inferior direito** (ao lado do relógio) há indicação do **status da conexão de rede** que pode apresentar-se das seguintes formas:

#### **Cabo desconectado**

Verificar se está bem encaixado o cabo de rede (cabo azul). Desconectar e reconectar nas duas pontas.

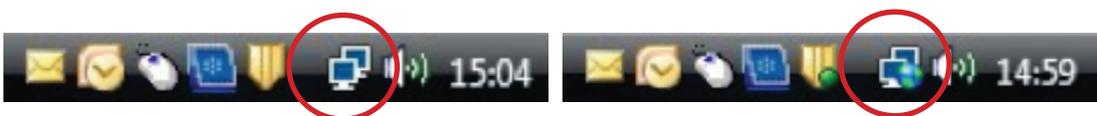
#### **Conexão nula ou limitada**

Tentar reiniciar o computador. Se continuar apresentando problema, então abra um chamado.



#### **Conectado**

Pode ser apresentado das duas formas, dependendo do Sistema Operacional que estiver instalado no computador.



### Redes Wireless

As redes sem fio (Wireless) constituem uma alternativa às redes cabeadas convencionais, permitindo agrupar computadores ou qualquer outro dispositivo eletrônico, interligando-os pelo ar através de ondas eletromagnéticas. As distâncias permitidas para a conexão podem ser curtas ou extremamente longas, variando conforme a tecnologia utilizada.

A título de curiosidade, uma comunicação Wireless pode envolver diversos tipos de ondas eletromagnéticas. Por exemplo:

- **Ondas Infravermelhas:** Comunicações a pequenas distâncias. Exemplo: controle remoto;
- **Microondas:** Comunicações a pequenas e longas distâncias. Exemplo: equipamentos baseados em Bluetooth.

As principais tecnologias existentes para a criação de uma rede wireless são **Bluetooth** e **Wi-Fi**, nas quais as principais diferenças estão no alcance proporcionado para a utilização da rede e na largura de banda oferecida.

### Conhecendo melhor seu teclado

TECLA	FUNÇÃO
<b>Esc</b>	É utilizado para interromper a execução de determinado programa sem a necessidade dos procedimentos normais de finalização.
<b>Tab</b>	É utilizado para avançar marcas de tabulação. Também pode ser utilizado para avançar campos, para avançar de uma célula a outra em uma tabela.
<b>CapsLock</b>	É utilizada para acionamento de maiúsculas. Quando esta tecla estiver acionada (luz indicadora acesa) ela mantém todo o texto em maiúsculo. Não habilita sinais gráficos secundários (aqueles que ficam em cima dos números na quarta fileira ou em teclas de acentuação). Para acioná-los é sempre necessário que se pressione Shift.
<b>Shift</b>	É utilizada para grafar iniciais em maiúsculas (mantendo pressionada a tecla Shift e a tecla da letra desejada). Também é utilizada para digitação dos sinais gráficos secundários, de acentuação e pontuação. Outra função da tecla Shift é selecionar fragmentos de texto, sempre com o auxílio das teclas de setas indicadoras.
<b>Ctrl</b>	É utilizada como tecla de atalho. Para isso, ela é combinada com outras, como Ctrl+C (copia os arquivos selecionados), Ctrl+V (Cola os arquivos que foram selecionados) e muito mais.

TECLA	FUNÇÃO
<b>Alt</b>	É utilizada quando associada a outra tecla, como tecla de atalho para acessar a Barra de Menus. Por exemplo: Alt+A aciona o <i>Arquivo do editor de texto</i> (MSOFFICE).
<b>AltGr</b>	Uma das suas principais funções é acionar o terceiro símbolo existente em algumas teclas.
<b>Backspace</b>	Representada por uma seta no sentido da direita para a esquerda ou então pela seta junto com a palavra Backspace. Esta tecla serve para retornar o cursor, apagando o que foi digitado anteriormente.
<b>Enter</b>	É utilizado para marcar o final de um parágrafo, ou seja, para concluir um período digitado, pressione a tecla Enter para saltar para o parágrafo seguinte. Também utilizado para confirmar uma ação dentro de um aplicativo.
<b>Insert</b>	Quando pressionada, esta tecla provoca a substituição de um texto que já está escrito pelo novo texto. Ou seja, o novo texto irá apagando o texto escrito anteriormente.
<b>Delete</b>	Essa tecla serve para apagar os arquivos ou texto selecionado. Basta selecionar o que deseja e em seguida pressionar a tecla Delete.
<b>Num Lock</b>	Essa tecla serve para habilitar e desabilitar o teclado numérico do canto direito do componente teclado.
<b>Print Screen Sys Rq</b>	Em alguns ambientes de sistemas operacionais, esta tecla serve para capturar integralmente a tela que está sendo visualizada, jogando-a na área de transferência.
<b>Home</b>	Se for pressionada somente a tecla Home, o cursor será movido para o início da linha. Se utilizada juntamente com a tecla Ctrl o cursor será movido para o início do documento.
<b>End</b>	Se for pressionada somente a tecla End o cursor será movido para o final da linha. Se utilizada juntamente com a tecla Ctrl o cursor será movido para o fim do documento.
<b>Page Up</b>	Desloca o cursor em “saltos” para o ponto anterior ao que está localizado (página para cima).
<b>Page Down</b>	Desloca o cursor em “saltos” para o ponto posterior ao que está localizado (página para baixo).

TECLA	FUNÇÃO
<b>Seta para cima</b>	Desloca o cursor uma linha acima.
<b>Seta para baixo</b>	Desloca o cursor uma linha abaixo.
<b>Seta para esquerda</b>	Desloca o cursor para esquerda.
<b>Seta para direita</b>	Desloca o cursor para direita.



### PenDrive

O PenDrive - ou Memória USB Flash Drive - é um dispositivo de memória (constituído por memória flash) e uma entrada USB permitindo a sua conexão a um computador, ou outro dispositivo que possua uma entrada compatível. As capacidades atuais de armazenamento são variadas, existindo flash drives com capacidade de até 256 Gigabytes. A velocidade de transferência de dados pode variar dependendo do tipo de entrada, sendo a mais comum a USB 2.0 e a mais recente a USB 3.0. Surgiu no ano de 2000, com o objetivo de substituir o disquete, resgatar dados de computadores danificados, realizar backup com mais facilidade, abrigar determinados sistemas e aplicativos mais utilizados.



### **Cuidados ao conectar**

O chip de memória dentro do pendrive é montado em um circuito impresso fixado a uma conexão USB. Por mais acessível que seja a porta USB do computador, o uso diário provoca fadiga do material, podendo ocasionar problemas de conexão.

Uma boa solução para prolongar a vida útil do dispositivo é conectá-lo ao computador por meio de um cabo USB (encontrado em qualquer loja de produtos de informática). A conexão do pendrive ao cabo é mais fácil e submete o conjunto a menos esforço. Além disso, o pendrive não fica sujeito a avaria mecânica, como acontece quando ele é conectado diretamente ao computador.

As portas USB do computador permitem transferência de dados em alta velocidade. A despeito do aspecto amigável das conexões USB, você não pode tratá-las com a mesma falta de cerimônia com que lida com uma tomada elétrica ou com um plugue de áudio. Um movimento, por menor que seja, nas superfícies de contato do plugue com a porta, durante uma transferência, poderá corromper os seus arquivos. Portanto, uma vez conectado o plugue USB, e tendo aparecido o ícone na barra de tarefas confirmando o reconhecimento do dispositivo, não mexa mais nele.

Uma vez conectado corretamente ao computador, o pendrive funciona como uma unidade de disco adicional. É possível criar pastas, mover e copiar arquivos e “rodar” programas especialmente criados para este fim, os chamados aplicativos portáteis.

### **Atenção ao desconectar**

O pendrive, como qualquer outro dispositivo com conexão USB, tem a característica de hot-swappable, ou seja, pode ser conectado ou desconectado com o computador ligado, sem risco de dano ao hardware, seja à porta em que está conectado ou ao próprio dispositivo.

Os dados armazenados, no entanto, poderão ser corrompidos caso o dispositivo seja removido durante operações de leitura e gravação. Para que isso não ocorra, devem ser tomados alguns cuidados na remoção do pendrive:



1. Dê um duplo clique com o **botão ESQUERDO** do mouse no **ícone do pendrive**, localizado na barra de tarefas, no canto inferior direito da tela. Aparecerá uma janela reduzida, onde são exibidos os dispositivos USB presentes;
2. Selecione aquele que deverá ser removido, e clique no botão **PARAR**;

3. Aparecerá uma janela para que você confirme se deseja realmente desconectar o pendrive selecionado. Clique em “OK”.

Caso o sistema interrompa o dispositivo, como se espera, ele desaparecerá da lista de dispositivos móveis e será exibida uma mensagem informando que o dispositivo pode ser removido com segurança, apontando para o ícone do pendrive na barra de tarefas.

Caso o sistema não possa interromper o dispositivo, é sinal de que algum arquivo de seu pendrive está aberto e sendo utilizado por algum programa, ou que alguma tarefa ou transferência de dados no pendrive está em andamento.

Caso você tenha usado algum programa do MS Office (Word, Excel, PowerPoint) para editar arquivos, após salvar seus dados, feche-o. Feche também o Windows Explorer.

## 10 INTERNET



A **internet** é a interconexão de redes de informática que permitem aos computadores conectados comunicar-se diretamente. O termo refere-se a uma interconexão de caráter planetário e aberta ao público, que conecta redes de informática de organismos oficiais, educativos e empresariais. As **intranets** são sistemas de redes menores, geralmente para uso de uma única organização.

Os diferentes serviços proporcionados pela Internet utilizam vários formatos de endereço. As redes utilizam sufixos que indicam o país, por exemplo: (.br) para Brasil, (.ar) para Argentina. O sufixo anterior especifica o tipo de organização a que pertence a rede de informática em questão, por exemplo: (.gov) órgão governamental, (.com) órgão comercial, (.edu) instituição educativa.

### Definição de nomes utilizados na internet

- **http:** o HyperText Transfer Protocol é um protocolo de aplicação responsável pelo tratamento de pedidos e respostas entre cliente e servidor na World Wide Web. Ele surgiu da necessidade de distribuir

informações pela Internet. Para que essa distribuição se tornasse possível foi necessário criar uma forma padronizada de comunicação entre os clientes e os servidores da Web e entendida por todos os computadores ligados à internet. O protocolo HTTP passou então a ser utilizado na comunicação entre computadores e a especificar como seriam realizadas as transações entre clientes e servidores, através do uso de regras básicas;

- **https:** é uma implementação do protocolo HTTP sobre uma camada SSL ou do TLS. Essa camada adicional permite que os dados sejam transmitidos através de uma conexão criptografada e que se verifique a autenticidade do servidor e do cliente através de certificados digitais. A porta TCP normatizada para o protocolo HTTPS é a 443;
- **www:** a **World Wide Web** (Rede de alcance mundial), também conhecida como Web, é um sistema de documentos em hipermídia, interligados e executados na Internet. Os documentos podem estar na forma de vídeos, sons, hipertextos e figuras. Para visualizar a informação pode-se usar um programa de computador chamado **navegador**, que “descarregará” informações (chamadas “documentos” ou “páginas”) de servidores web (ou “sítios”) para a tela do usuário. O usuário pode então seguir as hiperligações na página para outros documentos ou mesmo enviar informações de volta para o servidor, interagindo com ele. Normalmente o ato de seguir hiperligações é chamado de “**navegar**” ou “**surf**” na Web;
- **Site:** conjunto de documentos (páginas, fotos, textos) publicados na World Wide Web;
- **Homepage:** página principal - porta de entrada de um site. Funciona como um índice de um livro;
- **URL:** Universal Resource Locator é a identificação de lugares ou documentos na internet. Por exemplo, a URL da homepage do Jornal Nacional é <http://www.globo.com/jn>



### **Browser ou navegador**

Também conhecido pelo termo inglês **web browser**. É um programa de computador que habilita seus usuários a interagirem com documentos virtuais da internet, também conhecidos como páginas da web, que podem ser escritas em linguagens como HTML, ASP ou PHP. A seguir um printscreen do navegador (browser) **Internet Explorer - versão 9**.



### ***Para apagar histórico, cache e cookies***

No Internet Explorer, clique em **FERRAMENTAS**, depois em **OPÇÕES DA INTERNET**. Na aba **GERAL**, clique em **EXCLUIR COOKIES**, **EXCLUIR ARQUIVOS** e **LIMPAR HISTÓRICO**.

### ***Para apagar senhas, entradas e palavras digitadas***

No Internet Explorer, clique em **FERRAMENTAS**, depois em **OPÇÕES DA INTERNET**. Na aba **Conteúdo**, clique em **AUTOCOMPLETAR** e, depois, em **LIMPAR FORMULÁRIOS** e **LIMPAR SENHAS**.

A partir do Internet Explorer versão 8 uma mesma opção apaga cache, cookies, senhas, entradas e palavras digitadas. Clique em **FERRAMENTAS**, depois em **OPÇÕES DA INTERNET**. Na aba **GERAL**, clique em **EXCLUIR**, selecione todos os itens e clique em **EXCLUIR**. Os demais navegadores browsers possuem a opção de limpeza citada acima, porém em cada um deles o acesso é diferenciado.

### ***Mantenha seu Sistema Operacional e Navegadores atualizados***

É importante sempre manter o sistema operacional atualizado com as últimas correções de segurança. Uma maneira de se proteger contra hackers, programas e sites maliciosos é manter seu Sistema Operacional (SO) atualizado. Os fabricantes de SO desenvolvem permanentemente atualizações que evitam muitos problemas, além de possibilitar um bom funcionamento do sistema. As atualizações – últimas versões dos sistemas – podem ser conferidas nos sites dos fabricantes.

Para segurança e funcionalidade de seu navegador (programas de acesso à internet ou ainda browsers, como Internet Explorer, Firefox, Netscape), mantenha-o sempre atualizado.

### ***Cuidados no acesso à internet***

Para navegar com segurança pela internet é recomendado tomar algumas precauções para proteger seus dados. Fique atento a estas recomendações:

- Evite realizar operações financeiras em computadores públicos (como cyber cafés e lan houses) ou que não tenham programas antivírus atualizados. Estas máquinas podem não apresentar a segurança mínima necessária;
- Observe se o ambiente não possui câmeras, pois o equipamento pode ser usado para filmar a digitação dos dados pelos clientes e as páginas acessadas;
- Antes de digitar senhas, observe se não há pessoas ao seu redor atentas à digitação, da mesma forma como deve ser feito em caixas eletrônicas;
- Mantenha o **antivírus** de seu computador sempre atualizado. A maioria dos programas têm atualizações automáticas pela internet. Confira no manual de instalação de seu antivírus como configurar essa opção;
- Somente faça **downloads** (transferência de arquivos para o seu computador) de sites que você conhece e tem certeza que sejam confiáveis;
- Utilize um **firewall** para bloquear acessos indevidos ao seu computador provenientes da internet;

- Procure ter em seu computador um **anti-spyware** contra softwares maliciosos que efetuam tarefas em seu computador sem a sua autorização;
- Não responda a **spams**, a menos que você tenha certeza que a origem da mensagem é legítima. Esta orientação inclui não responder às mensagens que oferecem uma opção **REMOVA MEU NOME DA SUA LISTA**;
- Após efetuar transações online, saia completamente do serviço, clicando no botão para encerrar a sessão. Sessões esquecidas abertas podem ser acessadas por outras pessoas que utilizem o computador logo depois de você;
- Ao terminar de usar o computador feche todas as janelas do navegador que ainda estejam abertas;
- Alguns sistemas Windows podem exibir uma mensagem perguntando se você quer que as senhas digitadas sejam memorizadas. A resposta deve ser NÃO;
- Quando você usa um computador, seus “passos” ficam marcados no sistema e por isso devem ser apagados ao final do uso quando se tratar de uma máquina pública. **No Internet Explorer, você deve apagar o histórico com os links para as páginas visitadas e os endereços e dados digitados**;
- Também é possível apagar quaisquer senhas porventura armazenadas, os arquivos acessados na Internet e guardados em **pastas temporárias (cache)** e os chamados **cookies**, pequenos arquivos de texto que contém informações sobre sua navegação. **Ataque de vírus e trojans** também podem utilizar este tipo de arquivo para instalar-se no computador.

## 11

### ANTIVÍRUS

Entre os principais danos que podem ser causados por estes programas vírus, worms, trojans e outros invasores indesejados estão a perda de desempenho do micro, exclusão de arquivos, alteração de dados, acesso a informações confidenciais por pessoas não autorizadas e a desconfiguração do sistema operacional.





Normalmente, os antivírus monitoram atividades de vírus em tempo real procurando detectar e, então, anular ou remover os vírus do computador.

- **Trojans** ou **cavalo de Tróia (hospedeiro)**: programa malicioso que é recebido como um presente (cartão virtual, álbum de fotos, protetor de tela, etc.) e tem como função roubar os dados do usuário sem o seu conhecimento. Geralmente os trojans chegam ao usuário por meio de e-mails

falsos conhecidos como **phishing scams** e precisam ser executados para que possam contaminar o computador do usuário;

- **Vírus**: infecta outros arquivos e propaga cópia de si mesmo automaticamente. Altera o modo como a máquina trabalha apagando e modificando arquivos;
- **Spywares**: monitora e registra sua navegação na Internet. Além disso, um **spyware** pode ser usado para extrair informações pessoais que você digita (**keylogger**) ou cópia da tela (**Screenlogger**);
- **Phishing (pescaria)**: páginas falsas. A palavra **phishing** é uma analogia da palavra **fishing**, que significa pescaria. Ou seja, e-mails são usados como “iscas” para “pescar” dados financeiros de usuários da internet;
- **Sniffing** (farejar): monitora o tráfego de rede;
- **Worm** (verme): deixa a rede lenta, fica se arrastando;
- **Pendrives** e **disquetes**: são periféricos sujeitos à disseminação de vírus, por isso é sempre bom verificá-los antes de usar.

## 12

### DICAS PARA SE PROTEGER

#### Verifique o remetente do e-mail

Desconfie de e-mails que não tenham um remetente conhecido. Ao receber e-mail de pessoas desconhecidas duplique o cuidado em relação às mensagens. Principalmente pense duas vezes antes de clicar em qualquer

ligação no conteúdo da mensagem. Não acredite em ofertas milagrosas (do estilo “almoço grátis”). Tenha cuidado também com e-mails de um remetente conhecido. Se o e-mail contiver arquivos, links para outras páginas ou imagens, verifique com o remetente a autenticidade da mensagem. Golpistas podem facilmente falsificar sua identidade de remetente como alguém ou alguma instituição de confiança.

### **Não baixe e nem execute arquivos não solicitados**

Cavalo de tróia e outros programas que capturam senhas são “não solicitados”. Se alguém conhecido enviar um arquivo que você não pediu, verifique com a pessoa se ela realmente enviou o arquivo e pergunte qual o seu conteúdo. Evite, ao máximo, executar programas desconhecidos. Programas que possuam extensões terminadas em .exe, .scr, .pif, .cmd, .com, .cpl, .bat, .vir entre outras, podem ser, em alguns casos, maliciosos.

### **Certifique-se de ter um antivírus atualizado no seu computador**

Programas antivírus podem ajudá-lo filtrando possíveis ameaças vindas por e-mail. Entretanto, lembre-se: você é a primeira linha de defesa! O programa antivírus é a segunda linha. Os programas antivírus usam assinaturas determinísticas pra detectar programas maliciosos. As empresas de antivírus precisam primeiro receber um exemplar do vírus antes de prover uma assinatura e detectá-lo. Geralmente, a frequência média de detecção dos vírus capturadores de senhas bancárias é menor do que 90%, independente da empresa que os fornece. Mesmo tendo um antivírus atualizado não é certo que o arquivo seja identificado e bloqueado. Mas um antivírus atualizado aumenta as chances de detecção desses programas.

### **Certifique-se que o seu sistema operacional esteja atualizado**

Atualizar o sistema operacional ajuda a corrigir possíveis falhas de segurança existentes, tornando o computador menos vulnerável a ataques. Pode evitar principalmente a instalação de programas spyware, ad-ware, entre outros.

### **Certifique-se de ter um firewall habilitado**

Ter um firewall instalado e habilitado bloqueia algumas tentativas de acesso externo ao seu computador, tornando-o menos vulnerável a possíveis ataques externos.



## 13

## GMAIL (Tutorial de Utilização)



O Gmail (também chamado Google Mail) é um serviço de e-mail gratuito fornecido pelo Google. O Gmail funciona como qualquer outro serviço de e-mail. Você pode enviar e receber e-mails, bloquear spam, criar um catálogo de endereços e fazer outras tarefas básicas. Mas também tem algumas características mais originais que ajudam a torná-lo um dos serviços de e-mail mais populares na internet.

**Criar uma conta no Gmail**

Para criar um endereço no Gmail, primeiro é necessário criar uma conta no Google. O Gmail irá redirecioná-lo para a página de inscrição do Google automaticamente. Nessa página será necessário fornecer algumas informações básicas como seu nome, data de aniversário, sexo e localização. Você também terá que escolher um nome para o seu novo endereço do Gmail.

Depois de criar uma conta, você será capaz de adicionar contatos e ajustar suas configurações de e-mail.

Para criar uma conta no Google:

1. Ir para o site do Gmail: **www.gmail.com**;
2. Clique no botão “Criar uma Conta”; O Gmail irá redirecioná-lo para a uma nova página para criar a Conta Google;
3. Preencher o formulário com suas informações. Escreva seu nome e sobrenome;
4. Digite o nome de usuário do Google que você deseja usar. Este será o seu endereço de e-mail no Gmail. O Google verifica a disponibilidade do nome de usuário para certificar-se de que o nome ainda não tenha sido utilizado;
5. Digite sua senha desejada. Assim como qualquer serviço online, é importante escolher uma senha “forte” - em outras palavras, aquela que é difícil para alguém adivinhar. Quando você digitar a senha desejada, o Gmail vai dizer se ela é forte o suficiente. Caso não seja, você pode modificá-la;
6. Digite a data de nascimento (dia, mês e ano). Selecione seu sexo;

7. Opcional: Se você quiser que o Google envie uma mensagem de texto via celular para recuperar sua senha caso seja necessário, preencha o número de telefone;
8. Opcional: Para manter sua conta segura, digite outro e-mail que você tenha na caixa de endereço de e-mail alternativo;
9. Inserir o texto de verificação, que é solicitado para validar o cadastro, bem como a localização;
10. Leia os Termos de Serviço e Política de Privacidade e clique na caixa para aceitar;
11. Opcional: Selecione a opção permitindo que o **Google+** utilize os dados da sua conta Google;
12. Clique em **Próxima Etapa** para continuar;
13. A sua página de perfil aparecerá. Clique em **Adicionar foto do perfil** se quiser adicionar uma foto ao seu perfil do Google+. Se você não quiser uma foto de perfil neste momento, clique em **Próxima Etapa**. Você pode adicionar uma foto de perfil mais tarde;
14. A página de boas-vindas Google irá aparecer. Esta página vai ajudar a explicar os conceitos básicos de sua conta Google e lembrá-lo de seu endereço do Gmail e nome de usuário do Google;
15. Clique em **Prosseguir** para o Gmail. Você será redirecionado para sua nova caixa de entrada do Gmail.



### Entrar e Sair do Gmail

Quando você criar sua conta pela primeira vez, estará automaticamente conectado ao Gmail. Na maioria das vezes, no entanto, é preciso acessar a sua conta e, em seguida, encerrar sua conexão. Sair é especialmente importante se estiver usando um computador compartilhado (como uma biblioteca ou escritório) porque impede que outras pessoas vejam seus e-mails.

Para entrar no gmail:

1. Ir para **www.gmail.com**;
2. Digite seu nome de usuário (seu endereço de e-mail) e senha e clique em **Login**;
3. Para sair do Gmail clique no seu nome no canto superior direito da página e selecione **Sair**.

### Configurações de Mensagens

Ocasionalmente você pode querer fazer ajustes na aparência ou no comportamento do Gmail. Por exemplo, você pode criar uma assinatura ou uma resposta automática de férias ou alterar o tema. Esses ajustes podem ser feitos a partir de suas configurações de e-mail.

Para acessar as configurações de e-mail:



1. Clique no **ícone de engrenagem** no canto superior direito da página e selecione **CONFIGURAÇÕES**;
2. A partir disso você pode selecionar a categoria que deseja editar.

### Adicionando Contatos

Como todos os grandes provedores de e-mail, o Gmail permite manter uma agenda de endereços de contatos para que não seja preciso memorizar todos os endereços de e-mail. Você também pode adicionar outras informações de contato, como números de telefone, aniversários e endereços físicos.

Para adicionar um contato:

1. No menu **DROP-DOWN** do Gmail, localizado no canto superior esquerdo, selecione **CONTATOS**;
2. Sua tela de contatos aparecerá. Clique em **NOVO CONTATO**;
3. Digite o nome da pessoa e endereço de e-mail. Você também pode digitar informações adicionais de contato, se desejar. Todas as alterações que você fizer serão salvas automaticamente.

Para editar um contato:

1. No painel de menu à esquerda, clique em **MEUS CONTATOS**;
2. Clique no contato que você gostaria de editar;
3. Agora você pode fazer as alterações que deseja no contato.

Por padrão, quando você envia um e-mail para um novo endereço, o Gmail adiciona o endereço para seus contatos. Você pode, então, ir para os seus contatos para editar as informações da pessoa, se necessário.



### Enviar um e-mail

Agora que a conta do Gmail está criada, é possível enviar mensagens de e-mail. Escrever um e-mail pode ser tão simples como apenas

digitar uma mensagem, ou você pode usar a formatação de texto, anexos e uma assinatura para personalizar a sua mensagem.

Para enviar um e-mail:

1. No painel de menu à esquerda, clique no botão **ESCREVER**;
2. A janela de composição irá aparecer no canto inferior direito da página;
3. Adicionar um ou mais destinatários ao campo “**Para:**”. Há duas maneiras de fazer isso:
  - Digite um ou mais endereços de e-mail, separados por vírgulas;
  - Clique no título “**Para:**” para selecionar os destinatários de seus contatos e, em seguida, clique em **Selecionar**;
4. Digite um assunto para a mensagem;
5. No campo Corpo, digite a sua mensagem. Quando estiver pronto, clique em “**Enviar**”.

Se a pessoa para a qual você está enviando já é um dos seus contatos, comece a digitar seu primeiro nome, sobrenome, endereço ou e-mail e o Gmail irá exibir o contato abaixo do campo “**Para:**”. Você pode, em seguida, pressionar a tecla “**Enter**” para adicionar a pessoa para o campo “**Para:**”.

### Adicionar Anexos

Um anexo é simplesmente um arquivo (uma imagem ou documento) que é enviado juntamente com o seu e-mail. Por exemplo, se você está se candidatando a um emprego, é possível enviar o seu currículo como um anexo, com o corpo do e-mail sendo a carta de apresentação. É uma boa prática incluir uma mensagem no corpo do e-mail explicando o que é o anexo, principalmente se o destinatário não está esperando por ele.

Lembre-se de anexar o arquivo antes de clicar em **Enviar**. Esquecer-se de anexar um arquivo é um erro bastante comum.

Para adicionar um anexo:

1. Ao compor um e-mail, clique no ícone que representa um “**clipe**” na parte inferior da janela de composição;
2. A caixa de diálogo “**Enviar Arquivo**” aparecerá. Escolha o arquivo que deseja anexar e clique em **ABRIR**. É possível selecionar vários arquivos simultaneamente.



3. Uma cópia dos arquivos será anexada ao e-mail. A maioria dos anexos irá carregar dentro de alguns segundos, mas arquivos maiores podem levar mais tempo;
4. Quando você estiver pronto para enviar seu e-mail, clique em **ENVIAR**.

Você pode clicar em “**Enviar**” antes que os anexos terminem seu carregamento. Eles continuarão carregando e o Gmail enviará automaticamente o e-mail quando todos os arquivos estejam completos.

### Formatação do E-mail

O Gmail permite que você adicione vários tipos de formatação ao texto.

Clique no botão **OPÇÕES DE FORMATAÇÃO**, na parte inferior da janela de composição, para ver as diferentes opções de formatação.

Para e-mails mais formais, tais como pedidos de emprego, você deve ter cuidado para não adicionar formatação que pareça muito informal, como cores brilhantes ou emoticons.

### Adicionando uma Assinatura



A assinatura é um bloco opcional de texto que aparece após cada e-mail que você enviar. Por padrão o Gmail não inclui uma assinatura, mas é fácil criar uma. Ela normalmente terá o seu nome e algumas informações de contato, como seu número de telefone ou endereço de e-mail. Se você estiver usando o Gmail no trabalho, pode querer incluir o seu título e endereço da sua empresa ou site.

Para adicionar uma assinatura:

1. Clique no ícone de engrenagem no canto superior direito da página e selecione **CONFIGURAÇÕES**;
2. Role para baixo até ver a seção **ASSINATURA**;
3. Digite a assinatura desejada na caixa. Você também pode alterar a fonte, adicionar outra formatação ou inserir uma imagem, se quiser;
4. Desça até a parte inferior da página e clique em **SALVAR ALTERAÇÕES**.

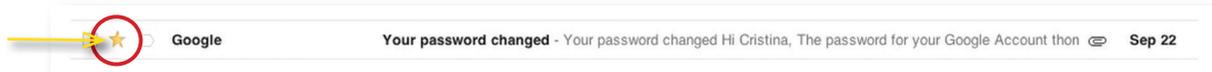
Você deve manter sua assinatura apenas com as informações necessárias. Ao invés de listar todos os números de telefone, endereços de e-mail e endereços de correio, você pode listar apenas os mais importantes.

Tenha em mente que a sua assinatura será vista por muitas pessoas diferentes, de modo que você não pode querer incluir o seu endereço de casa

ou qualquer coisa muito pessoal. Mesmo que você só envie e-mails para pessoas de confiança, alguém ainda pode encaminhar seu e-mail para outra pessoa, o que pode revelar a sua assinatura para ainda mais pessoas.

### Receber um e-mail

Além de enviar e-mails, você também receberá e-mails de outras pessoas. Ao ler um e-mail, existem diversas ações diferentes que você pode fazer, como abrir um anexo (se houver), responder à mensagem, encaminhá-la para outra pessoa ou, se você não tem tempo para lidar com o e-mail, acrescentar uma estrela para lembrar de lê-lo mais tarde.



Se você ficará fora da cidade por um período, também pode criar uma resposta automática de férias para que as pessoas saibam que você não verificará seu e-mail.

Qualquer e-mail que você recebe vai para sua caixa de entrada. Você é capaz de dizer que são e-mails não lidos, porque eles estarão em negrito. Você também pode ver o nome do remetente, o assunto do e-mail e as primeiras palavras do corpo do e-mail. Isso significa que, mesmo antes de você clicar em um e-mail, você pode ter noção do que se trata.

Para ler um e-mail:

1. Na caixa de entrada, clique no e-mail que você deseja ler;
2. O e-mail vai abrir na mesma janela.

Além de ler o e-mail, há várias outras opções possíveis:

- Você pode clicar em “**Mostrar Detalhes**” para ver os endereços de e-mail do remetente e também a data em que o e-mail foi enviado;
- Você pode clicar na estrela ao lado do nome do remetente para lembrar-se de lê-lo mais tarde;
- Você pode **Responder**, **Responder a Todos** ou **Encaminhar o e-mail** para outra pessoa;
- Você pode clicar nos botões “**Próxima**” ou “**Anterior**” do lado direito da janela para ver o próximo e-mail (ou o anterior);
- Você pode voltar para sua caixa de entrada.

### **Anexos**

É comum receber e-mails que contenham anexos. Geralmente é preciso baixar o anexo para visualizá-lo. No entanto, muitos arquivos comuns, como documentos do Word e imagens, podem ser vistos dentro de uma janela do navegador. Se o anexo for uma imagem, você também verá uma cópia menor dela, chamada de miniatura, dentro do corpo do e-mail. É possível verificar se um e-mail tem anexos quando aparece o ícone de um clipe logo após o título, na janela principal do Gmail.

Para abrir um anexo:

1. Abra a mensagem de e-mail que contém o anexo;
2. Clique na opção “**Baixar**” ou no ícone do arquivo para salvar o anexo em seu computador. Se o seu computador perguntar se você deseja abrir ou salvar, escolha “**Salvar**”. Em seguida, você pode localizar o arquivo em seu computador e abri-lo. Você também pode clicar em “**Exibir**” para abrir o arquivo dentro do seu navegador, caso seja um tipo de arquivo que o Gmail reconhece.

Geralmente você deve abrir um anexo somente se for de uma fonte confiável. Alguns anexos podem conter vírus e se você não conhece o remetente ou se você não sabe porquê ele está enviando-lhe o anexo, é mais seguro não abri-lo.

### **Respondendo a e-mails**

É comum responder a um e-mail que alguém lhe envia, ao invés de compor uma nova mensagem. Ao responder, o endereço de e-mail do destinatário aparecerá automaticamente no campo “**Para:**”, então não é preciso se preocupar em escolher o destinatário. Além disso, uma cópia da mensagem da pessoa vai aparecer na sua mensagem como uma citação, o que ajuda a compreender o contexto da mensagem.

É comum também receber e-mails nos quais você não é o único destinatário. É preciso decidir se você quer responder apenas para a pessoa que enviou a mensagem ou responder a todos (tanto remetentes quanto destinatários). Por exemplo, se você está colaborando com um grupo de pessoas por e-mail, provavelmente vai querer responder a todos para que todo mundo receba a mensagem. No entanto, se você quiser enviar uma mensagem unicamente para o remetente, você precisa selecionar a opção de resposta para que a mensagem fique somente entre vocês dois.

Para responder a uma mensagem de e-mail:

1. Ao ver a mensagem, clique em “**Responder**” na parte inferior da mensagem. Se a mensagem foi enviada para vários destinatários, você também terá a opção de “**Responder a Todos**”. Você também pode clicar na seta “**Responder**” para responder à mensagem;
2. Você pode clicar em “**Para:**” e “**Cc:**” para certificar-se de que está enviando a mensagem para as pessoas corretas. Todos os destinatários adicionais aparecerão no campo “Cc”.
3. Digite sua mensagem no campo Corpo e clique em “**Enviar**”.

### **Encaminhamento de E-mails**

Você também poderá optar por **encaminhar** um e-mail. Funciona da mesma forma que **responder**, porém serve para enviar o e-mail para alguém que não estava entre os destinatários originais. Assim como uma resposta, a mensagem original aparecerá como uma citação. É recomendado, nesse caso, incluir uma breve mensagem de sua preferência, para explicar porque está encaminhando este e-mail.

Para encaminhar uma mensagem de e-mail:

1. Ao ver a mensagem, clique em “**Encaminhar**” na parte inferior da mensagem. Você também pode selecionar “**Encaminhar**” no menu ao lado da **seta resposta**;
2. Digite o endereço de e-mail do destinatário no campo “**Para:**” ou clique para escolher um destinatário de seus contatos. Se a pessoa está em seus contatos, você pode começar a digitar seu nome e o endereço de e-mail deverá aparecer;
3. Digite sua mensagem no corpo do e-mail e clique em “**Enviar**”.

### **Conversas**

Às vezes, quando você vir um e-mail, perceberá que ele está agrupado com vários outros e-mails relacionados. Isto se chama uma **conversa**. Grupos de e-mails do Gmail são relacionados em conversas para ajudar a manter sua caixa de entrada limpa e organizada. Ao invés de selecionar um único e-mail da sua caixa de entrada, você está selecionando toda a conversa e então poderá optar por exibir ou minimizar os e-mails individuais.

Na sua caixa de entrada, é possível saber quantas mensagens existem em cada conversa através do número ao lado do nome do remetente.

Para visualizar ou minimizar e-mails individuais:

1. Na caixa de entrada, clique em uma conversa;
2. Todas as mensagens da conversa aparecem. Clique em uma mensagem para expandi-la;
3. Clique novamente na parte superior da mensagem para minimizá-la.

### Resposta Automática de Férias

É comum, em algum momento, ficar um longo período sem verificar a caixa de entrada do Gmail. Os e-mails recebidos ainda estarão na caixa de entrada mesmo depois de um período de inatividade. No entanto, se alguém lhe enviar uma mensagem urgente, que precisa de uma resposta no mesmo dia, a pessoa pode não perceber que você não receberá a mensagem a tempo.



Para evitar isso, crie uma **resposta automática de férias**, que automaticamente responderá a quem lhe enviar e-mails. Sua resposta de férias pode conter qualquer mensagem que você quiser, mas geralmente ela incluirá a data em que você pretende retornar e suas informações de contato enquanto estiver ausente.

Para adicionar sua **resposta automática de férias**:

1. Clique no ícone de engrenagem no canto superior direito e selecione **CONFIGURAÇÕES**;
2. Role para baixo até ver a seção “**Resposta Automática de Férias**”. Clique no campo “**Primeiro dia**” para escolher a data em que a resposta automática de férias deve começar. Opcionalmente é possível definir a data de término;
3. Digite o conteúdo da resposta automática de férias;
4. Opcionalmente é possível definir que somente os seus contatos receberão a resposta automática;
5. Desça até a parte inferior da página e clique em “**Salvar alterações**”.

Quando a sua **resposta automática de férias** estiver ativa, haverá uma barra na parte superior da janela do Gmail mostrando a sua mensagem. Para terminar a resposta de férias, clique em “**Finalizar agora**”.

### Apagar Mensagens

O Gmail possui uma boa capacidade de armazenamento, no entanto, é necessário apagar mensagens que você não quer, para tornar mais fácil de encontrar as mensagens importantes e manter a caixa de entrada organizada.

Para excluir uma mensagem:

1. Ao ver a mensagem, clique no botão “**Delete**”;
2. Se a mensagem é parte de uma conversa, toda a conversa será excluída. Se você deseja apenas excluir uma mensagem em uma conversa, clique na seta no canto superior direito da mensagem e selecione “**Excluir esta mensagem**”.

### Spam (Lixo Eletrônico)

Normalmente, o spam (ou lixo eletrônico) é enviado automaticamente para a **pasta de Spam**, não chegando à sua caixa de entrada. No entanto, alguns podem passar pelos filtros de spam do Gmail. Ao invés de simplesmente apagar essas mensagens, é melhor reportá-las como spam para que o Gmail saiba filtrá-las no futuro. O processo é o mesmo que excluir uma mensagem, exceto que você clica no botão “**denunciar spam**” ao invés de excluir.

Mensagens em sua **pasta de Spam** são automaticamente excluídas após 30 dias. Portanto, você nunca terá que se preocupar em excluí-los manualmente.

### Arquivamento de Mensagens

Às vezes é necessário remover e-mails de sua caixa de entrada, mas você não quer apagá-los. O Gmail permite arquivar mensagens para que elas não apareçam mais na sua caixa de entrada.

Para arquivar uma mensagem:

- Ao ver a mensagem, clique no botão “**Arquivo**” para arquivar a mesma.

Para visualizar as mensagens arquivadas:

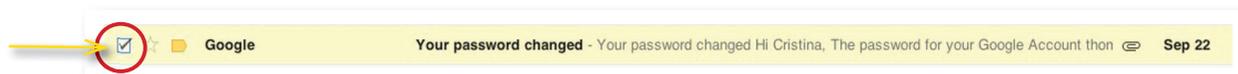
- No painel de menu à esquerda, selecione “**Todos os E-mails**”. Serão exibidas todas as mensagens, incluindo as arquivadas.

### Gerenciando várias mensagens

Se você está excluindo, arquivando ou informando spam, é possível executar estas ações em várias mensagens de uma vez, selecionando-as em



sua caixa de entrada. Basta colocar uma **marca de seleção** ao lado de cada mensagem que você deseja gerenciar e, em seguida, clicar no botão desejado. É possível também clicar na marca de seleção superior para selecionar todas as mensagens que estão atualmente disponíveis.



### Pesquisa de e-mail

O recurso “**Procurar e-mail**” permite que você realize uma pesquisa no Google sobre o seu e-mail. Isso significa que você pode encontrar qualquer mensagem, não importa quando ela tenha sido enviada. O Google procura cada parte da mensagem, mostrando todos os resultados compatíveis com o critério de pesquisa informado.

Para procurar uma mensagem:

1. No topo da página, digite alguns termos de pesquisa na caixa de pesquisa do Gmail e clique no botão com o **ícone de uma lupa**;
2. Sua caixa de entrada irá exibir os resultados da pesquisa. Você pode clicar em um e-mail para ler o seu conteúdo ou pode tentar uma pesquisa diferente.

Se você ainda não encontrou o que está procurando, poderá clicar em **MOSTRAR OPÇÕES DE PESQUISA** para realizar uma pesquisa avançada.

## 13

### ACESSANDO PORTAL DA SAÚDE (Orientações)



A partir do **Portal de Saúde do Cidadão**, o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter acesso ao seu histórico de registros das ações e serviços de saúde no SUS. Ele poderá conferir as informações de suas internações

hospitalares, com dados sobre atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e aquisição de medicamentos no programa Farmácia Popular.

Saber os nomes dos profissionais de saúde que o atenderam, o período, o nome do hospital e os procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados dão ao cidadão a possibilidade de participar da fiscalização e do aprimoramento do SUS.

Na página de acesso ao Portal da Saúde, siga o caminho: **CIDADÃO** > **PRINCIPAL** e escolha **PORTAL DE SAÚDE DO CIDADÃO**, conforme a figura a seguir.



### Acessando a Legislação do SUS

Ao consultar a **Legislação do SUS**, o usuário do SUS tem acesso às principais leis que regem o Sistema Único de Saúde. Também poderá conferir o **SaúdeLegis**, que é o sistema de pesquisa de legislação que reúne os atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da esfera federal. Além do **informativo AlertaLegis** que divulga os atos normativos dos poderes Executivo e Legislativo relacionados ao setor Saúde, publicados no Diário Oficial da União.

Na página de acesso ao Portal da Saúde, siga o caminho: **CIDADÃO** > **LEGISLAÇÃO**, conforme a figura a seguir.



### Acessando “Entenda o SUS”

Nesta aba, o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) tem acesso aos diversos temas que abordam o Sistema Único de Saúde. Também poderá conferir os direitos dos usuários do SUS, os conceitos mais usuais relacionados às ações e serviços de saúde, entre outras publicações.

Na página de acesso ao Portal da Saúde, siga o caminho: **CIDADÃO** > **ENTENDA O SUS**, conforme o exemplo da figura a seguir.



### Acessando o “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde” e “Transferência de Recursos”

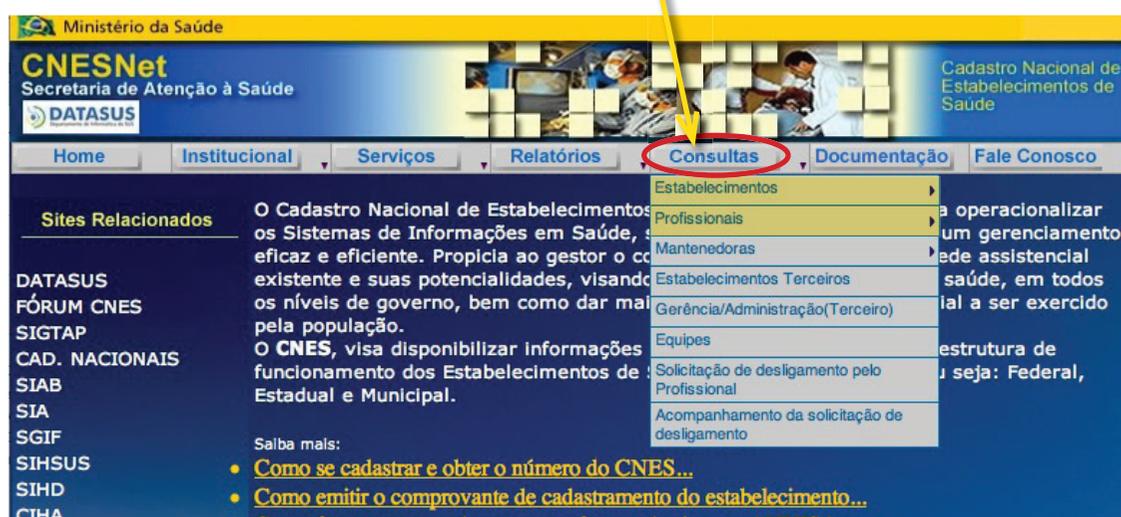
Aqui o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) tem acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que é a base para operacionalizar os **Sistemas de Informações em Saúde**, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dá maior visibilidade ao controle.

Na página de acesso ao Portal da Saúde, siga o caminho: **PROFISSIONAL E GESTOR** > **PRINCIPAL** e escolha **ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE**, conforme a figura a seguir.



A seguir é descrito o caminho que o usuário deverá seguir para consultar o CNES, conforme as opções disponíveis.

Na página de acesso ao CNES, siga o caminho: **CONSULTAS** > **ESTABELECIMENTOS** para consultar o estabelecimento de saúde. **CONSULTAS** > **PROFISSIONAIS** para consultar o profissional de saúde, conforme a figura a seguir.



A seguir é descrito o caminho que o usuário deverá seguir para consultar a Transferência de Recursos do SUS.

O usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) tem acesso ao site do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**, no qual podem ser obtidas informações sobre transferências de recursos a estados, municípios e DF, para o financiamento de ações e serviços de saúde.

Na página de acesso ao **Portal da Saúde**, siga o caminho: **PROFISSIONAL E GESTOR** > **PRINCIPAL** e escolha **TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS**, conforme a figura abaixo.

**Investimentos**

FNS

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Transferência de Recursos

Visite o site do FNS e obtenha informações sobre transferências de recursos a estados, municípios e DF, para o financiamento de ações e serviços de saúde.

SAIPS

Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

Aquisição de Equipamentos

Veja a lista de equipamentos e materiais permanentes que, conforme a determinação da Portaria MF nº 448/2002, podem ser financiados.

Banco de Preços

Este espaço permite acompanhar os preços de mercado de medicamentos e produtos de saúde, fornecer dados ao administrador público que auxiliem na tomada de decisão e possibilitar maior controle social da população. A consulta é aberta a todos e os dados são alimentados por instituições cadastradas.

PROCIS

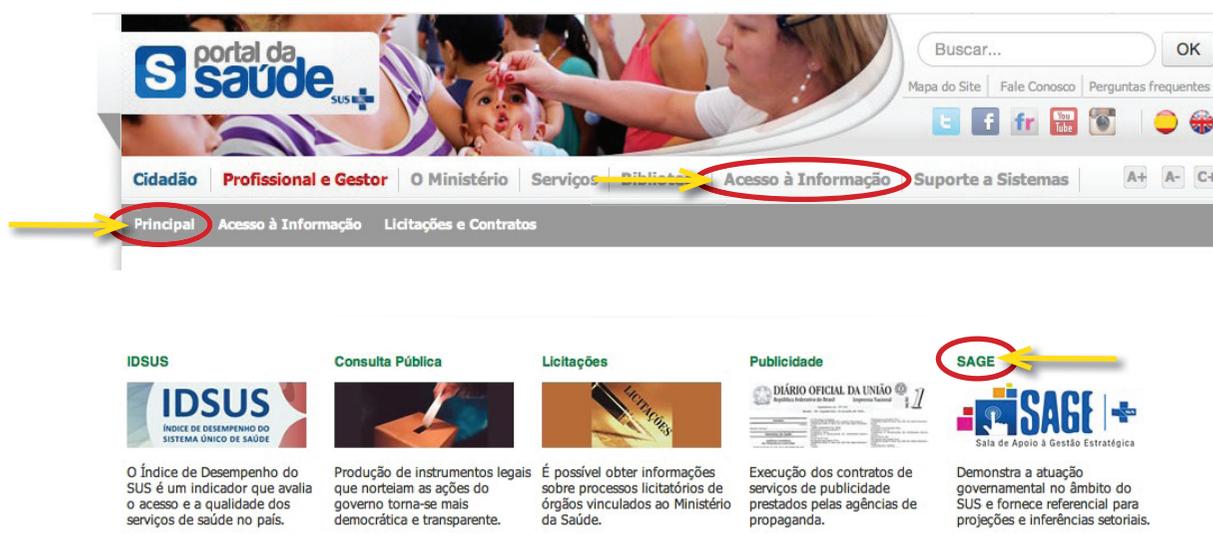


O Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, lançado em 2012, integra a estratégia nacional de promoção do desenvolvimento e inovação no campo da Saúde, por meio de investimento nos produtores públicos e na infraestrutura pública de produção e inovação.

### Acesso à Informação – Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)

O usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) tem acesso a informações para subsidiar o apoio à tomada de decisão, à gestão e à geração de conhecimento. A SAGE possibilita projeções e inferências setoriais no âmbito do SUS, além de contribuir para a transparência das ações desenvolvidas na área da saúde.

Na página de acesso ao Portal da Saúde, siga o caminho: **ACESSO À INFORMAÇÃO** e escolha **SAGE**, conforme a figura a seguir.



### MANUAL DE ORIENTAÇÃO ESCRITA DO ESTADO DO PARANÁ

O Manual é um importante instrumento de apoio na elaboração e redação de **documentos oficiais**. Ele foi organizado para atender tanto a quem já tem domínio da redação oficial, quanto àquele que precisa de informações mais básicas para se orientar na escrita dos textos oficiais. O Manual apresenta modelos de documentos oficiais, tais como alvarás, atas, certidões, convênios, declarações, etc. Este material está disponível em:

[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2014/pp\\_manual\\_web.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2014/pp_manual_web.pdf)



# MÓDULO 4

## Gestão do Controle Social

### Objetivos

Conhecer as principais ferramentas de **gestão do SUS** e da **gestão do controle social**.

### Conteúdos

Conferências de Saúde; Planos de Saúde; Programação Pactuada Anual (PPA); Relatório Anual de Gestão (RAG); Financiamento do SUS; Fundos de Saúde (FNS, FES e FMS); Blocos de Gestão; Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Prestação de Contas; Relatório Físico Financeiro Anual; Relatório Quadrimestral; SIOPS; SARGSUS; SIACS; Portal da Transparência; Lei de responsabilidade Fiscal.

## 1

### GESTÃO

Do latim *gestio*, o conceito de gestão refere-se à ação e ao efeito de gerir ou de administrar. Gerir consiste em realizar diligências que conduzem à realização de um negócio ou de um desejo qualquer. A **gestão**, como tal, envolve todo um conjunto de trâmites que são levados a cabo para resolver um assunto ou concretizar um projeto. **Cabe à GESTÃO** a otimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas na recolha e tratamento de dados e informação relevante e, por essa via, contribuir para o seu desenvolvimento e para a satisfação dos interesses de todos os seus

colaboradores e para a satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular.

Segundo Henry Fayol, compete à gestão atuar através de atividades de planejamento, organização, liderança e controle de forma a atingir os objetivos organizacionais pré-determinados.



## 2 | GESTÃO PÚBLICA

**Gestão pública** é o termo que designa um campo de conhecimento (ou que integra um campo de conhecimento) e de trabalho relacionados às organizações cuja missão seja de interesse público ou afete este. Abrange áreas como Recursos Humanos, Finanças Públicas e Políticas Públicas, entre outras.

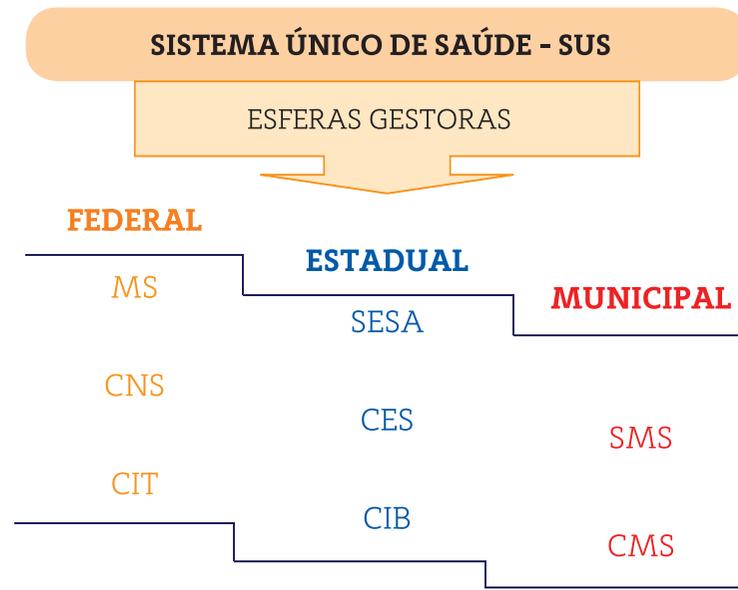
## 3 | SAÚDE PÚBLICA

É a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover, proteger e recuperar a saúde física e mental, com medidas de alcance coletivo e de motivação da população.

## 4 | GESTÃO DA SAÚDE

Gestão como atividade e responsabilidade de comandar um sistema de **saúde** (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

## 5 GESTORES DO SUS



Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: **a)** no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; **b)** no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e **c)** no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde” (Souza, 2002).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- prestação direta de serviços de saúde.

### Entidades de representação dos Gestores

As entidades de representação dos gestores têm tido um papel importante nas **Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite**, conformando-as como

um espaço consistente de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores.

### **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) foi constituído no ano de 1988, como ente de mobilização e representação dos Secretários Municipais de Saúde.

No nível nacional, participa da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representando as secretarias municipais de saúde nos fóruns de negociação e deliberação sobre a saúde pública.

Em cada Estado os Secretários Municipais de Saúde se organizam em COSEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), sendo que em alguns Estados a entidade recebe outras denominações. Os representantes do COSEMS e os representantes das secretarias Estaduais de Saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite em cada Estado.

Nos Estados maiores, foram organizados os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) que fazem parte das Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

### **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi fundado em fevereiro de 1982, com o objetivo de tornar o conjunto das secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

### **Fóruns de Negociação e Deliberação (Comissões Intergestores)**

A portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

No capítulo que trata do “Gerenciamento do processo de descentralização” estabelece que o mesmo tenha como eixo à prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como fóruns de negociação e deliberação as **Comissões Intergestores** e os **Conselhos de Saúde**, respectivamente. No caso das Comissões Intergestores, as decisões são tomadas pelo consenso das entidades representativas das instâncias governamentais.

No âmbito nacional, a Comissão Intergestores **TRIPARTITE**, integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de

representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No âmbito estadual, a Comissão Intergestores **BIPARTITE**, integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (COSEMS).

### **Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais)**

Conforme o **Pacto de Gestão**: “a direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8080/90 e nº 8142/90”

O **Pacto de Gestão** é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal.



“Ao inserir a expressão Estado Democrático de Direito na Constituição de 1988, o constituinte se orientou por uma visão menos individualista de Estado, provocando maior participação dos

componentes individuais, em uma perspectiva ascendente de baixo para cima (ZIMMERMANN, 2002, p. 109 *apud* XIMENES).

A maior participação dos componentes individuais pode ser traduzida como a participação do cidadão para a construção de seu Estado. Sua atuação deve ser ativa, de maneira que tanto o povo, quanto o governo soberano, possa manter congruência para a ordem do território.

Portanto, a atividade pública não pode ser exercida sem a participação do povo. O governo soberano – e todo o seu integrante – deve prestar contas ao povo:

**Art. 70. (...) Parágrafo único.** Prestarão contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária (Constituição Federal, 1988).

E a busca do controle sobre o poder já vem desde os tempos mais remotos.

FERREIRA (1991) refere que, em Atenas, havia uma Corte de Contas constituída de dez oficiais, eleitos anualmente pela Assembléia popular, encarregada da fiscalização das Contas Públicas. Na antiga Roma, o Senado tinha também, entre outras, a missão de apurar a responsabilidade dos que manuseavam o dinheiro público (FERREIRA, 1991, *apud* ROLIM).

Segundo ROLIM (2006), o controle na Administração Pública do Brasil teve início com o surgimento do DASP - Departamento Administrativo do Serviço Público, em 1936. Este departamento “possuía as atribuições de racionalizar a administração mediante simplificações, padronizações e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e aplicações de métodos na definição de procedimentos” (ROLIM, 2006, p. 10).

A carta magna, por sua vez, estabeleceu que o controle se refere a “fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas”. (CF, Art. 70)

Como formas de controle, a Constituição dividiu entre **controle externo** (exercido pelo Congresso Nacional ou casa legislativa correspondente) e **controle interno** (exercido pelo sistema de controle interno de cada Poder).

No entanto, não se restringe a estas as formas de controle. Do contexto histórico do texto constitucional emergiu a necessidade de atribuir o controle a estes atores institucionais, mas não restringiu só a eles.

É aí que surge o **CONTROLE SOCIAL**. Temos o **controle governamental** (exercido pelo controle externo e controle interno) e o **controle social** (exercido individual ou conjuntamente pela sociedade).

Ferramentas de Controle Social disponíveis atualmente:

- **PORTAIS DA TRANSPARÊNCIA:** web sites que contém as informações relativas às finanças públicas das instituições;
- **AUDIÊNCIAS PÚBLICAS:** definidas e exigidas por leis, as audiências públicas são reuniões nas quais a sociedade é convidada a debater sobre determinado assunto, quer seja para uma definição futura, quer seja para a fiscalização de determinada atividade;
- **CONSELHOS MUNICIPAIS:** os conselhos, das mais diversas áreas da administração, são importantes institutos de participação, onde a sociedade civil integra-se ao conselho para fiscalizar a atuação e delinear as linhas de trabalho daquela área. Destaca-se o Conselho do FUNDEB, **Conselho de Saúde**, Conselho do Idoso, entre outros;
- **CONFERÊNCIAS:** as conferências também são institutos em que a sociedade é convidada a debater determinada política pública, opinando sobre a condução daquela determinada atividade.

#### Segundo a Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990:



**Art. 1º** O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 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:

**1 - Conferência de Saúde** - reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde;

**2 - Conselho de Saúde** - de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.



## 6 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

### Conceito

- São os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todos os seus níveis. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde;
- O SUS vem utilizando diversos instrumentos de gestão que vêm sendo criados segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores do SUS ao longo do tempo e do espaço.

### Contribuem para:

- A estratégia de regionalização;
- A articulação entre os diversos gestores do SUS, nas três esferas de governo;
- O aprimoramento da qualidade e o monitoramento contínuo do desempenho dos gestores;
- A tomada de decisão a partir de um diagnóstico analítico; e
- O fortalecimento da capacidade de planejamento e de organização.

### Princípios

Os **Instrumentos de Gestão** do SUS funcionam a partir dos seguintes princípios:

- articulação entre os diversos instrumentos de gestão em suas etapas de tramitação, fluxos e prazos;
- interação entre as esferas de governo de forma ascendente e descendente do fluxo. A Agenda de Saúde possui um fluxo descendente, ou seja, o

início do processo se dá no Ministério da Saúde e posteriormente vai sendo adequado em cada nível de governo. Os demais instrumentos, de forma contrária, possuem um fluxo ascendente, o qual é iniciado nos municípios, para posteriormente e sucessivamente serem formulados nos estados e na União;

- vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais, para que realmente tenham efetividade;
- circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores; e
- abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação às metas e às prioridades entre os diferentes gestores.

### Tipos

- Ligados ao **ORÇAMENTO** (também chamados de Instrumentos de Planejamento de Gestão): são instrumentos gerais;
- Ligados ao **PLANEJAMENTO**: são instrumentos exclusivos da saúde.



## 7 | INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE ORÇAMENTO

### Orçamento Público

- É um instrumento de planejamento da ação governamental em que constam as despesas fixadas para um determinado exercício financeiro, coincidente com o ano civil, em equilíbrio com a arrecadação das receitas previstas. O Poder Legislativo autoriza ao Poder Executivo realizar essas despesas mediante a aprovação da Lei Orçamentária Anual (LOA), que deve estar em consonância com o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);

- É composto de expressões que descrevem os propósitos e as ações de governo (melhoria da saúde da população, redução das desigualdades regionais, etc.), aos quais são alocados determinados valores, considerando os insumos necessários à sua realização.

### SISTEMA ORÇAMENTÁRIO DE SAÚDE

Participação do nível federal no financiamento do SUS



## 8

## GESTÃO ORÇAMENTÁRIA

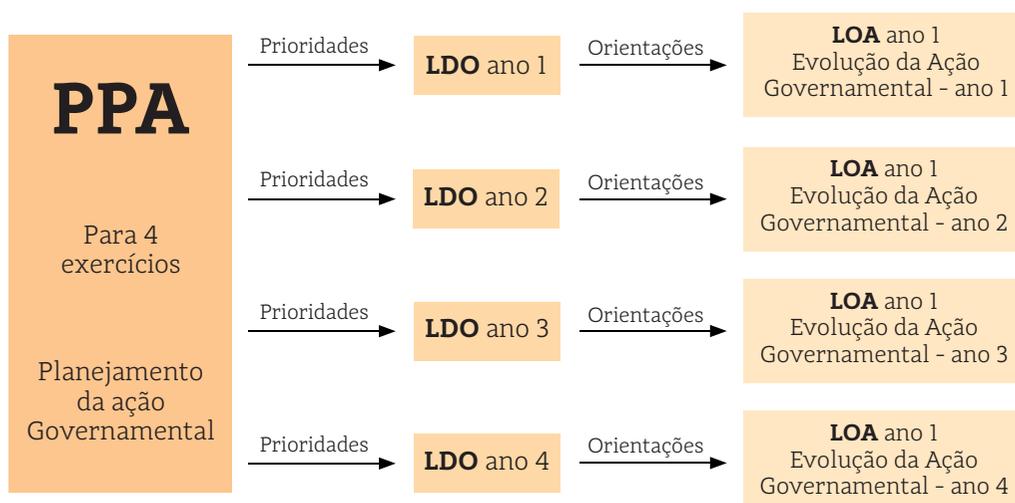
Gerencia todos os processos com eficiência e precisão, garantindo segurança e confiabilidade em todas as fases orçamentárias.



CONSTITUIÇÃO FEDERAL

SEÇÃO II - Dos Orçamentos

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:



## PLANO PLURIANUAL (PPA)

- 1) **Controle de gastos:** o orçamento deve ser um instrumento de proteção contra abusos dos administradores;
- 2) **Gestão dos recursos:** o orçamento deve especificar com clareza os projetos e atividades;
- 3) **Planejamento:** o orçamento deve ser um instrumento de implementação do plano de médio prazo do governo.

### O que é

É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Governo. Deve conter as ações que irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas e dos recursos orçamentários necessários.

### Para que serve

- Estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas correntes e de capital;
- Identifica claramente os objetivos e prioridades do Governo;
- Integra o planejamento e o orçamento;
- Organiza as ações de governo em programas.

### Estrutura básica

1. Identificação da gestão;
2. Programas do Governo;
3. Principais propostas – definidas nas Metas de Governo;
4. Iniciativas (para alcançar os resultados desejados, em conformidade com a agenda de governo) – com quantidade física e valores financeiros planejados e distribuídos por regiões.

### Periodicidade e Prazo

- Deve ser elaborada pelo Executivo até 30/09 do primeiro ano de mandato e aprovada na casa legislativa respectiva até 15/12;
- Lei quadrienal entra em vigor a partir do segundo ano do mandato até o primeiro ano da próxima gestão.

### Verificar

- Existência de programas essenciais para a saúde da população;
- Correspondência com o Plano de Governo;
- As iniciativas contemplam metas, ações e produtos com quantidade física e financeira distribuídos adequadamente;
- Os objetivos estão bem esclarecidos.

#### RESUMO



A **Lei do Plano Plurianual (PPA)** é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (Presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte.

---

## LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)

---

### O que é

- Compatível com o PPA;
- Compreenderá as metas e prioridades e orientará a elaboração da LOA;
- Trata de outros temas como alterações tributárias, gastos com pessoal, política fiscal e transferências da União.

### Para que serve

- Prioridades e metas da administração;
- Estrutura e organização dos orçamentos;
- Diretrizes para elaboração e execução dos orçamentos e suas alterações;
- Dispositivos relativos às despesas com pessoal e encargos sociais;
- Política de aplicação dos recursos das agências financeiras oficiais de fomento;
- Disposições sobre alterações na legislação tributária da União;
- Fiscalização pelo Poder Legislativo das obras e serviços com indícios de irregularidades graves.

### Estrutura básica

1. As prioridades e metas da administração pública estadual;
2. As diretrizes gerais para o Orçamento;
3. As disposições sobre alterações na legislação tributária e tributário-administrativa;
4. A política de aplicação da agência financeira oficial;
5. As disposições sobre a administração da dívida e as operações de crédito;
6. As disposições finais.

### Periodicidade e Prazo

- **Anual** - deve ser elaborada pelo Executivo, anualmente, e submetida à apreciação do Legislativo até 30 de abril no caso do Estado, e 15 de Maio no caso dos Municípios;

- Nem sempre é elaborada pela secretaria de saúde.

### **LDO e a lei de Responsabilidade Fiscal**

- Estabelecimento de metas físicas;
- Fixação de critérios para limitação de empenho e movimentação financeira;
- Avaliação financeira e atuarial dos regimes geral de previdência social e próprio dos servidores civis e militares;
- Avaliação financeira do FAT e projeções de longo prazo do benefício assistencial;
- Avaliação dos riscos fiscais.

### **Lei de Responsabilidade Fiscal**

A **Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)**, ou Lei Complementar nº 101, é o principal instrumento regulador das contas públicas no Brasil, estabelecendo metas, limites e condições para gestão das Receitas e das Despesas e obrigando os governantes a assumirem compromissos com a arrecadação e gastos públicos.

A LRF contém o **Relatório de Gestão Fiscal (RGF)** e o **Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO)**. As informações contidas nesses documentos, além de determinar parâmetros e metas para a administração pública, permitem avaliar com profundidade a gestão fiscal do Executivo e do Legislativo.

### **Relatório de Gestão Fiscal (RGF)**

É o instrumento que possibilita assegurar a transparência dos gastos públicos e a consecução das metas fiscais, com a observância dos limites fixados pela Lei. O relatório de Gestão Fiscal, conforme previsto na LRF deverá ser emitido e publicado até 30 dias após o final de cada quadrimestre. Os prazos para publicação são os seguintes:

- I. Até o dia 30 de maio para o 1º quadrimestre;
- II. Até o dia 30 de setembro para o 2º quadrimestre;
- III. Até o dia 30 de janeiro do ano subsequente ao de referência, para o 3º quadrimestre.

### Demonstrativos do RGF

1. Da Despesa com Pessoal – A LRF determina limite legal de gastos com pessoal em relação à Receita Corrente Líquida (RCL). De acordo com a Lei, a despesa com pessoal não pode ultrapassar 60% da RCL, assim distribuídos: 54% para o Executivo e 6% para o Legislativo, incluindo Tribunal de Contas. Existem ainda dois limites de gastos com pessoal. O denominado “limite de alerta”, estabelecido em 90% do limite legal. Ou seja, quando o Executivo atingir 48,6% da RCL, o outro é o “limite prudencial”, que chega a 95% do limite legal (51,3% da RCL). Se o governante verificar que ultrapassou os limites estabelecidos, deve tomar providências para se enquadrar no prazo de 08 meses;
2. Da Dívida Consolidada Líquida;
3. Das Garantias e Contragarantias de Valores;
4. Das Operações de Crédito;
5. Da Disponibilidade de Caixa;
6. Dos Restos a Pagar;
7. Dos Limites.

### Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO)

Composto por diversos demonstrativos de elaboração e publicação bimestral, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, tem por finalidade evidenciar a situação fiscal do Ente, de forma especial da execução orçamentária da receita e despesa sob diversos enfoques, propiciando desta forma à sociedade, órgãos de controle interno e externo e ao usuário da informação pública em geral, conhecer, acompanhar e analisar o desempenho das ações governamentais estabelecidas na Lei de Diretrizes orçamentárias – LDO e na Lei Orçamentária.

#### Demonstrativo do RREO

ANEXOS	BALANÇO ORÇAMENTÁRIO
Anexo I	Balanço Orçamentário
Anexo II	Demonstrativo da Execução das Despesas por Função/Subfunção
Anexo III	Demonstrativo da Receita Corrente Líquida

ANEXOS	BALANÇO ORÇAMENTÁRIO
<b>Anexo IV</b>	Demonstrativo das Receitas e Despesas Previdenciárias do Regime Próprio dos Servidores Públicos
<b>Anexo V</b>	Demonstrativo do Resultado Nominal
<b>Anexo VI</b>	Demonstrativo do Resultado Primário
<b>Anexo VII</b>	Demonstrativo dos Restos a Pagar por Poder e Órgão
<b>Anexo VIII</b>	Demonstrativo das Receitas e Despesas com a Manutenção e Desenvolvimento do Ensino – MDE
<b>Anexo IX</b>	Demonstrativo das Receitas de Operações de Crédito e Despesas de Capital
<b>Anexo X</b>	Demonstrativo da Projeção Atuarial do Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos
<b>Anexo XI</b>	Demonstrativo da Receita de Alienação de Ativos e Aplicação dos recursos
<b>Anexo XII</b>	Demonstrativo das Receitas Líquidas de Impostos e das Despesas Próprias com Saúde
<b>Anexo XIII</b>	Demonstrativo das Despesas de Caráter Continuado Derivadas das Parcerias Público-Privadas Contratadas
<b>Anexo XIV</b>	Demonstrativo Simplificado do relatório Resumido da Execução Orçamentária.

- Os anexos IV, VIII, XII E XVI são somente para a União;
- Os Anexos I, II, III, V, VI, VII, IX, X e XVII terão periodicidade de publicação bimestral;
- O Anexo XVI terá periodicidade de publicação semestral;
- Os Anexos XI, XIII, XIV e XVII terão periodicidade de publicação anual.

### Verificar

- Se as prioridades estão de acordo com os planos de governo e o PPA;
- Se as metas condizem com a realidade da saúde local;
- Os gastos com pessoal (Lei da Responsabilidade Fiscal).

**RESUMO**

A **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)** estabelece de forma antecipada as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da **Lei Orçamentária Anual (LOA)** do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO correspondem a uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual (PPA), restrita a um ano específico. A elaboração do projeto da LDO é de competência do Poder Executivo, que deve encaminhá-lo para o respectivo Poder Legislativo para aprovação, observado os prazos previstos na legislação vigente.

---

**LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA)**

---

**O que é**

- Compatível com o PPA e LDO;
- Estima a receita e fixa as despesas para o ano seguinte;
- É, também, conhecida como a **Lei de Meios** porque possibilita os meios para o desenvolvimento das ações relativas aos diversos órgãos e entidades que integram a administração pública.

**Para que serve**

Para evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo que compreende:

1. orçamento fiscal da administração direta e indireta, inclusive instituídas e mantidas pelo poder público;
2. orçamento da seguridade social, da administração direta e indireta e os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

**Estrutura básica**

1. Sumário geral de receita por fontes e da despesa por funções do governo;
2. Quadro demonstrativo da receita e despesa segundo as categorias econômicas;

3. Quadro discriminativo da receita por fontes;
4. Quadro das dotações por órgãos do governo e da administração.

### Periodicidade e Prazo

- Deve ser elaborada pelo Executivo, anualmente, e submetida à apreciação do Legislativo até 30 de setembro, que deve votar até 31 de dezembro ou a última sessão do ano;
- Nem sempre é elaborada pela secretaria de saúde.

### Fluxo de Elaboração

1. Projeto de Lei elaborado pela Secretaria de Planejamento (ou equivalente) após consolidar as informações das demais secretarias;
2. Encaminhado para apreciação e parecer do Conselho de Saúde;
3. Encaminhado para o Poder Legislativo para aprovação e devolvido ao executivo para sanção;
4. Torna-se uma Lei;
5. O fluxo da LDO E LOA são semelhantes.

### Verificar

- As iniciativas correspondem ao PPA e a LOA;
- As ações contemplam as necessidades;
- O recurso financeiro é adequado para as ações destacadas para cada iniciativa;
- O orçamento corresponde aos valores mínimos conforme a EC 29.



### Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

- Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;
- Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
  - II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
  - III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
  - IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS;
  - V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
  - VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
  - VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
  - VIII - ações de assistência social;
  - IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
  - X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.
- Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

### RESUMO



A **Lei Orçamentária Anual** conterà a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.

Faz parte da Lei Orçamentária Anual o quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços.



## 10 | INSTRUMENTOS DE GESTÃO PLANEJAMENTO

### PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O processo de planejamento contempla uma série de etapas ordenadas ao longo do tempo: **planejamento** (propriamente dito), **execução**, **monitoramento**, **avaliação** e **replanejamento**.

Alinham-se as políticas, os planos, os programas, os projetos, as atividades, as ações e as tarefas necessárias.

#### Base Legal

- Lei Federal n.º 8.080/90;
- Lei Federal n.º 8.142/90;
- Decreto Federal 1.232/94;
- Decreto Federal 1.651/95;
- Código Estadual de Saúde;
- Portarias GM/MS n.º 399/06 e 699/06;
- Portaria 648/06;
- Instruções Normativas do TCE-PR;
- Portaria GM/MS n.º 204/07;
- Portarias GM/MS n.º 3.085/06, 3.332/06, 3.176/08 e 2.751/09.



#### Lei Federal 8.080/90

##### Seção I - Das Atribuições Comuns

**Art. 15.** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde.
- X – elaboração da proposta orçamentária em conformidade com o plano de saúde.
- XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde.

## Do Planejamento e do Orçamento

### CAPÍTULO III

**Art. 36** – O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde.

§ 1º - Os planos de saúde serão à base das atividades e programações e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

#### Lei Federal 8.142/90



**Art. 4º** - Estabelece pré-requisitos para a transferência de recursos aos Municípios e Estados para a cobertura das ações e serviços de saúde:

- I – Fundo de Saúde;
- II – Conselho de Saúde;
- III - Plano de Saúde;
- IV - Relatório de Gestão;
- V - Contrapartida de recursos para a saúde;
- VI - Comissão de elaboração do PCCS.

#### Decreto Federal n.º 1.232/94 (transferências fundo a fundo)



**Art. 2º** - Condiciona as transferências de recursos à existência de Fundo de Saúde e Plano de Saúde aprovado pelo respectivo Conselho, no qual consta a contrapartida para a saúde.

§ 2º - O Plano de Saúde discriminará o percentual destinado à saúde.

**Art. 4º** - Veda a transferência de recursos para ações não previstas no Plano de Saúde, exceto em emergências e calamidades.

#### Decreto Federal 1.651/95 (Sistema Nacional de Auditoria do SUS)



**Art. 3º e 5º** - Entre as competências do SNA do SUS estão a análise e verificação dos Planos de Saúde e Relatório de Gestão.

**Art. 6º** - Define que a comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e Municípios será feita pelo RAG, cujo conteúdo básico está no disposto no § 3º.



#### **Regulamento do Código Estadual de Saúde/PR- Decreto 5.711/02**

**Art. 7º** - Os Planos de Saúde serão as bases das atividades e programações e seu financiamento será previsto orçamentariamente.

**Art. 40** - Relatórios de Gestão (conteúdo e periodicidade).

**Art. 53** - transferência de recursos condicionada à existência de CMS e FMS, apresentação do PMS e Relatório de Gestão.



#### **Portaria GM/MS Nº 699/06 (Regulamentação dos Pactos pela Vida e de Gestão)**

**Art. 8º** - ... construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal

§ 2º - As ações necessárias para apoiar os Municípios e/ou Estados nas responsabilidades assumidas devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde.

§ 3º - O Termo deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde.

Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores;

**Art. 9º** - Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB.

#### **Termo de Compromisso de Gestão**

- Formaliza o Pacto pela Saúde, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos;
- Deve ser pactuado na CIB e CIT e aprovado nos conselhos de saúde;
- O SISPACTO: Sistema de Pactuação de Indicadores da atenção básica.



#### **Portaria GM/MS Nº 204/07 Monitoramento e Controle dos Recursos Transferidos Fundo a Fundo**

**Art. 32** – A comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo

Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, far-se-á para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão Anual.

#### **Portaria GM/MS Nº 3.085/06 - Sistema de Planejamento do SUS**



**Art. 4º** - Instrumentos básicos do processo de planejamento de gestão do SUS.

- Plano de Saúde;
  - Programação Anual em Saúde;
  - Relatório de Gestão.
- Deverão ser compatíveis com os respectivos PPA, a LDO e a LOA.
  - Aprova as orientações gerais sobre os instrumentos: definição, estrutura, vigência, prazo de apresentação.

#### **Portaria GM/MS Nº 3.332/06 Instrumentos do Sistema de Planejamento**



- Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
- São instrumentos básicos de gestão:
  - I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde;
  - II - Relatório Anual de Gestão.

#### **Portaria GM/MS Nº 3.176/08**



Orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

- Municípios encaminham à CIB resolução do CMS aprovando o RAG até 31/05, que consolida informações e encaminha à CIT até 30/06;
- Modelo de formulário de informe das CIB à CIT referente aos RAG Municipais.

#### **Portaria GM/MS Nº 2.751/09**



- Integra os prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde;
- Plano de Saúde, TCG e PDR – 4 anos (coincidem com PPA);
- Atualização de Plano e PDR pode ser anual;
- TCG e anexos – revistos anualmente até 31/03;
- PAS E RAG – anual.

---

## PLANO DE SAÚDE

---

### O que é

- Documento que apresenta as intenções e resultados (objetivos e metas) a serem buscados no período de 4 (quatro) anos, pelo gestor do SUS, definidos a partir de uma análise situacional;
- Descreve a situação de saúde e, a partir dela, indica os problemas mais importantes (prioridades de intervenção), o que vai ser feito para modificar a situação problema (objetivos e metas) e como vai se chegar aos objetivos propostos (estratégias).

### Para que serve

- Nortear as ações a serem desenvolvidas para a efetivação das políticas de saúde, discutindo e enfrentando as reais necessidades de saúde da população;
- Efetivar as propostas e diretrizes das Conferências de Saúde. Para isto, as Conferências devem ser realizadas em data anterior à elaboração do Plano de Saúde e do PPA – Plano Plurianual;
- Subsidiar o PPA, LDO, LOA e a PAS.

### Estrutura básica

1. Introdução;
2. Análise Situacional;
3. Definição de prioridades, objetivos e metas;
4. Estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde;
5. Conclusões e Anexos.

### Periodicidade e Prazo

- Elaboração: quadrienal (4 em 4 anos);
- Elaborado até o final do primeiro ano de governo, com discussão e aprovação no Conselho de Saúde. A vigência deve ser igual a do PPA;
- Revisão: as Prioridades, Objetivos, Metas e Estratégias serão revisadas anualmente quando da elaboração da Programação Anual.

**Verificar**

- Síntese do processo de construção do Plano;
- Avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos, segundo cada um dos eixos específicos do Plano de Saúde;
- Avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento de análise situacional;
- Apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias.

**RESUMO**

Os **Planos de Saúde** são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS. As ações previstas nos Planos de Saúde devem constituir a base sobre a qual será feita a proposta orçamentária para a área da saúde.

---

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)**

---

**O que é**

É o “extrato anual” do Plano de Saúde, em que se detalham as ações, metas e recursos financeiros para sua operacionalização. É, portanto, o instrumento que operacionaliza as intenções contidas no Plano de Saúde a cada exercício financeiro.

**Para que serve**

- Permite a revisão anual/atualização do Plano de Saúde, conforme a necessidade;
- Subsidiaria a elaboração do Relatório de Gestão, LDO e LOA.

### **Estrutura básica**

1. Prioridades;
2. Objetivos;
3. Metas para o ano;
4. Indicadores para o monitoramento das metas;
5. Ações para o alcance dos objetivos e metas;
6. Responsáveis pelas ações e parcerias necessárias;
7. Recursos orçamentários necessários e fontes.

### **Indicadores e Metas**

Deverão destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, os indicadores e as metas prioritárias da Política de Saúde em cada esfera de gestor e em cada exercício anual. São resultantes de negociação e consenso entre os gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores.

### **Referências políticas e técnicas utilizadas na Elaboração**

- PAS estadual;
- Orientações de governo para a saúde;
- PPA municipal preexistente;
- PMS e Relatórios de Gestão preexistentes;
- Informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis;
- Decisões oficiais do CMS que tenham implicação no conteúdo da agenda;
- Documentos técnicos existentes e pertinentes à realidade local.

### **Periodicidade e prazo**

- Elaboração: anual;
- Apresentação para discussão e aprovação pelo Conselho de Saúde.

### **Fluxo de Elaboração**

**1ª etapa** - o gestor nacional formula PAS com a participação do CNS;

**2ª etapa** - é repassada aos estados, que elaboraram e incorporam as prioridades estaduais, com a participação do CES;

**3ª etapa** - é repassada aos respectivos municípios, que terão 30 dias para elaborar com a incorporação das prioridades municipais, com a participação do respectivo CMS.

### Verificar

- Compatibilidade com a PAS estadual e nacional;
- Compatibilidade com o PPA;
- As prioridades para o exercício (ano).

### RESUMO



A **Programação Anual de Saúde (PAS)** deve conter as definições das ações anuais e dos recursos orçamentários que garantirão o alcance e o cumprimento das metas do ano, operacionalizando as intenções do Plano Municipal de Saúde.

### IMPORTANTE

A **PAS** e o **RAG** como instrumentos anuais têm estrutura semelhante, porém:

- O PAS é PROPOSITIVO, e;
- O RAG é ANALÍTICO/INDICATIVO.

---

## RELATÓRIO DE GESTÃO

---

### O que é

- É o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução do PAS;
- Produto do monitoramento e avaliação dos objetivos e metas estabelecidos no Plano de Saúde e na PAS e da aplicação de recursos financeiros (execução orçamentário-financeira do ano).

**Para que serve**

- Avaliar o cumprimento da PAS (objetivos, metas, resultados alcançados e ações desenvolvidas) do ano a que se refere o Relatório;
- Subsidiar a elaboração da PAS para o ano subsequente e a revisão dos objetivos e das metas do Plano de Saúde.

**Estrutura básica**

1. Apresentação;
2. Introdução;
3. Resultado da apuração do cumprimento do conjunto das ações e metas contido na PAS;
4. Análise da execução da programação (física e orçamentário-financeira) (SIOPS);
5. Recomendações/Conclusões.

**SIOPS**

- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: é um sistema que permite, via internet, organizar e executar a coleta, o processamento, o armazenamento e a disseminação de informações relacionadas a receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo;
- A Resolução nº 316 do CNS orienta o SIOPS a divulgar as informações relativas ao cumprimento da EC nº 29 aos diversos órgãos de fiscalização e controle, tais como os conselhos, o MPs, os TCs, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa e as Câmaras Municipais.

Segundo a Portaria nº 53 de 2013, as receitas vinculadas dos Estados e Distrito Federal são receitas de impostos de competência estadual, deduzidas as transferências obrigatórias aos Municípios, acrescidas das receitas oriundas de transferências da União, incluídos os seguintes impostos e receitas:

- a) Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS);
- b) Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotivo (IPVA);
- c) Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCMD);
- d) Cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE);

- e) Cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados decorrente de exportações (IPI-Exportação);
- f) Cota-parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);
- g) Transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir);
- h) Receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas “a”, “b”, “c”, “e” e “f”.

As receitas vinculadas dos Municípios são receitas de impostos de competência municipal acrescidas das receitas oriundas de transferências da União e dos Estados, incluídos os seguintes impostos e receitas:

- a) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS);
- b) Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU);
- c) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI);
- d) Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM);
- e) Cota-parte do Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR);
- f) Cota-parte do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);
- g) Cota-parte do ICMS;
- h) Cota-parte do IPVA;
- i) Cota-parte do IPI-Exportação;
- j) Transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir);
- k) Receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas “a”, “b”, “c”, “e”, “f”, “g”, “h” e “i”.

#### INTEGRA O RELATÓRIO (SÍNTESE):



- Programação e execução física e financeira do orçamento;
- A comprovação dos resultados alcançados pela execução do plano de saúde;
- A demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados na Saúde;
- Transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
- Os documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação.

**Periodicidade e prazo**

- Trimestralmente, com apresentação ao Conselho de Saúde para discussão e aprovação, e depois ao Legislativo;
- 30 dias após o término de cada trimestre, podendo ser prorrogado por mais 01 mês;
- **Federal:** até o dia 28/02 de cada ano;
- **Estadual:** até o dia 20/02 de cada ano;
- **Municipal:** até o dia 20/01 de cada ano;
- Será apreciado pelo Gestor Estadual e Ministério Público.

**Relatório Anual - Instrução Normativa 19/08 TCE-PR**

- O Relatório de Gestão do SUS, aprovado pelo CMS, será entregue com a prestação de contas municipal até 31/03/08 (referente a 2007);
- A instrução 31/09 não reproduz esta exigência.

**RAG - Instrução Normativa 43/2010**

- Resolução do CMS, dispondo sobre as conclusões acerca do RAG relativas ao exercício da prestação de contas;
- Parecer do CMS contendo a avaliação da gestão da saúde do município para fins da prestação de contas anual do exercício;
- Questionário contendo avaliação da atuação da saúde e do respectivo CMS, relativamente ao exercício da prestação de contas.

**Fluxo de Elaboração**

- 1ª etapa** - a partir dos QM respectivos, os gestores das 03 (três) esferas de governo elaboram seus RAGs;
- 2ª etapa** - os RAGs são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual, que os analisa e consolida;
- 3ª etapa** - os RAGs consolidados pelo gestor estadual são encaminhados ao MS, que analisa e elabora o Relatório de Gestão Federal;
- 4ª etapa** - os RAGs são encaminhados ao MP e submetidos a audiências públicas.

### Verificar

- Cumprimento dos demais instrumentos de gestão;
- Cumprimento das metas programadas e os objetivos estabelecidos;
- Constatar as realizações apresentadas;
- Obediência as regulamentações;
- Conferir as propostas orçamentárias e a execução destas, observando as fontes dos recursos.

### RESUMO



Os **Relatórios de Gestão** – nacional, estaduais e municipais – deverão avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborados pelos gestores e submetidos aos respectivos Conselhos de Saúde.



11

PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas prevista na Lei Complementar nº 141/2012 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do RREO, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio do Tribunal de Contas de que trata a Lei Complementar nº 101/2000.

As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo.

O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em **audiência pública** na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

### **Audiência Pública**

O Poder Executivo demonstrará e avaliará o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre em audiência pública, que consiste em uma apresentação, por meio de exposição oral, no Poder Legislativo, de todos os relatórios, para que se tenha conhecimento de como estão os gastos do ente federativo, em cumprimento ao **art. 9º, § 4º** da LRF.



## 12 | MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A partir de 1999, o Ministério da Saúde implantou diversas ações de avaliação da assistência ouvindo o cidadão/usuário. A primeira iniciativa foi a **Carta ao Usuário do SUS** que tem por objetivo a avaliação dos hospitais, o controle dos recursos públicos e aferição da qualidade do atendimento prestado aos usuários, resultando na identificação e correção de irregularidades na rede de serviços do SUS.

Em 2001, foi criado o **Serviço de Atendimento ao Usuário do SUS (SAC/SUS)**, por meio da portaria GM/MS nº 2.009, de 30 de outubro do mesmo ano, que tem por objetivo identificar a necessidade e/ou opinião de cidadão ou usuário do SUS e desenvolver as ações e procedimentos necessários ao seu atendimento. É composto de um sistema informatizado, com fluxo de informações via Internet, e compreende diversos canais para entrada de dados, como o sistema de cartas aos usuários do SUS, as demandas espontâneas dos cidadãos ou usuários apresentadas via correio, internet, ou por meio do sistema de atendimento telefônico gratuito, pelo número 0800 644 9000.

A avaliação deve ser entendida como um processo permanente destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde e outros Instrumentos de Gestão em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em um determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos.

Além de sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e para a resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população, o acompanhamento e avaliação dos Instrumentos de Gestão são de grande

importância para a implementação e a consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

Na perspectiva de transformar a avaliação num processo contínuo e ágil, durante todo o período de execução dos Instrumentos de Gestão, os procedimentos de avaliação podem alimentar a trajetória estratégica definida, indicando as mudanças de rumo que se fazem necessárias para atingir os resultados esperados.

Um requisito fundamental para a avaliação é a disponibilidade e a utilização adequada de informações. No Brasil, existe uma grande quantidade de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério da Saúde e a outros setores do Governo, como o IBGE, que estão disponíveis por via eletrônica. Essas informações devem ser acessadas para a mencionada avaliação ou mesmo criada no âmbito da gestão para utilização específica.

A avaliação deve contemplar uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento dos instrumentos, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas. Do ponto de vista operacional, a avaliação ser um documento que guarde estreita relação com os eixos prioritários e com os objetivos e metas definidos.

Deve ainda ser abrangente, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolve a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde.

O documento de avaliação poderá ser organizado, minimamente, com o seguinte formato:

- síntese do processo de construção do instrumento avaliado;
- avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos;
- avaliação do impacto da implementação, a partir dos resultados verificados no item anterior;
- apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo documento, da reprogramação e das intervenções necessárias.

## Referências

O Conselheiro de Saúde, para desempenhar suas funções como um sujeito político precisa se munir de fontes confiáveis de informação e atualizar-se constantemente pois como todo o Sistema, o SUS também é dinâmico e as leis podem ser alteradas, desde que sejam constitucionais, ou seja, se estiverem de acordo com nossa legislação maior que é a Constituição Federal de 1988.

LEGISLAÇÃO E BIBLIOGRAFIA QUE O CONSELHEIRO DE SAÚDE PODE CONSULTAR, SEMPRE QUE NECESSÁRIO:

BRASIL. *Decreto Lei nº200/67*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm) Acesso em: 31/10/2012.

BRASIL. *Lei Complementar nº 101/2000*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm) Acesso em: 31/10/2012.

BRASIL. *Lei Complementar nº 131/2009*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm) Acesso em: /07/2012.

BRASIL. *Lei nº 12.527/2011*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm) Acesso em: .

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal; 2002.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141/2012*. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_htm) Acesso em

BRASIL. *Decreto n. 1232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, v.82, n.167, p.13093, 31 ago. 1994. Seção 1.*

BRASIL. *Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2002*. Brasília: Senado Federal; 2002.

BRASIL. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos*

*serviços correspondentes*. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1991. *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*. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa n. 1, de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96*. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1020, de 31 de maio de 2002. Define os objetivos e o processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência*. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.107E, p.39, 6 jun 2002. Seção 1.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico: estimativas da população*. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de assistência médica sanitária*. Rio do Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006. Seção 1, p. 39-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006. Seção 1, p. 608.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.229, de 24 de maio de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ma. 2007. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS*. Brasília, 2006. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília, 2005.

BRASIL. *Cartilha: "Sistema Único de Saúde - SUS - Princípios e Conquistas"*, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/

Coordenação-Geral de Planejamento, dezembro de 2000.

BRASIL. *Cartilha: “Sistema Único de Saúde - SUS - Descentralização”*, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação-Geral de Planejamento, dezembro de 2000.

BRASIL. *Cartilha: “Plano Plurianual - PPA - 2000/2003. Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial da Saúde”*, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação-Geral de Planejamento, outubro de 2000.

BRASIL. *Portaria/MS n.º 2.203/GM, de 6.11.1996 - Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS/1996*. Brasília, DF.

BRASIL. *Portaria/MS n.º 95/GM, de 26.01.2001 - Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001*. Brasília, DF.

BRASIL. *Portaria/MS n.º 483/GM, de 6.4.2001 - Estabelece os objetivos e diretrizes gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência e dá outras providências*. Brasília, DF.

BRASIL. *Portaria/MS n.º 548/GM, de 12.4.2001 - Aprova o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”*. Brasília, DF.

BRASIL. *Portaria/MS n.º 976/GM, de 4.7.2001 - Prorroga o prazo para que os estados publiquem suas respectivas Agendas de Saúde e para que estes enviem à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI)*. Brasília, DF.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 1ª Edição. São Paulo: McGRAW-HILL do Brasil LTDA, 1977.

CHORNY, A. H. *Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes*. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993. 2 v.



## Glossário

- APSUS** – Programa qualificação Atenção Básica
- CES** – Conselho Estadual de Saúde
- CF** – Constituição Federal
- CIB** – Comissão Intergestora Bipartite
- CIT** – Comissão Intergestora Tripartite
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- COMSUS** – Programa Consórcios Intermunicipais de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública
- COSEMS** – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
- CRESEMS** – Conselho Regionais de Secretários Municipais de Saúde
- EC 29** – Emenda Constitucional 29
- FUNDEB** – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
- FUNSAÚDE** – Fundo Municipal de Saúde
- HOSPSUS** – Programa qualificação dos hospitais públicos e filantrópicos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias
- LOA** – Lei Orçamentária Anual
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- LRF** – Lei de Regularidade Fiscal
- MP** – Ministério Público
- MS** – Ministério da Saúde
- PAS** – Programação Anual de Saúde
- PDI** – Plano de desenvolvimento Institucional

- PDR** – Plano de desenvolvimento Regional
- PES** – Plano Estadual de Saúde
- PMS** – Plano Municipal de Saúde
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- PPA** – Plano Plurianual
- QM** – Quadro de Metas
- RAG** – Relatório Anual de Gestão
- RGF** – Relatório de Gestão Fiscal
- RREO** – Relatório Resumido de Execução Orçamentária
- SargsUS** – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
- SESA** – Secretaria Estadual de Saúde
- SIACS** – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
- SIOPS** – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
- SISPACTO** – Sistema de Pactuação de Indicadores da Atenção Básica
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCE - PR** – Tribunal de Contas Estadual – Paraná
- TCG** – Termo de Compromisso de Gestão
- TFD** – Tratamento Fora de domicílio
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- VIGIASUS** – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde