

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRG  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ADRIANO GALVÃO FERREIRA**

**PROGRAMA DE ESTRUTURAÇÃO FÍSICA PARA ATENÇÃO BÁSICA -  
REQUALIFICA UBS: INVESTIMENTO EM ACESSO E QUALIDADE**

**BRASILIA - DF**

**2014**

ADRIANO GALVÃO FERREIRA

PROGRAMA DE ESTRUTURAÇÃO FÍSICA PARA ATENÇÃO BÁSICA -  
REQUALIFICA UBS: INVESTIMENTO EM ACESSO E QUALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde Coletiva da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul - UFRG,  
em cumprimento às exigências para  
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Me. Alexandre de Souza  
Ramos Florêncio

BRASILIA - DF

2014

ADRIANO GALVÃO FERREIRA

PROGRAMA DE ESTRUTURAÇÃO FÍSICA PARA ATENÇÃO BÁSICA -  
REQUALIFICA UBS: INVESTIMENTO EM ACESSO E QUALIDADE

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador: Me. Alexandre de Souza Ramos Florêncio

---

Prof.(a). Orientador.(a)

## Epigrafe

DEDICO. A minha mãe Maria Luzenice e  
ao meu pai Ademar Rodrigues.  
OFEREÇO. A minha família e a todos que  
compõem o sentimento para construir  
uma atenção à saúde melhor.

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente a Deus, pela grande de mostrar sua presença em todas as coisas vivas que existe no mundo.

A minha Família pela contribuição e colaboração em todas as minhas necessidades sociais e econômicas.

A meu orientador Prof. Me. Alexandre de Souza Ramos Florêncio pela atenção, dedicação e contribuição valoroso que trouxe para complementar este estudo.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a finalização deste trabalho.

## RESUMO

Importantes reflexões surgem com o desenvolvimento de ações, comportamentos e programas que visam o melhoramento da Saúde Pública. Contudo os investimentos aplicados no setor da saúde percorrem importantes formas de serem identificados construindo assim mecanismos que tragam a real direção dos valores aplicados. Este estudo tem como objetivo apresentar a relevância Das ferramentas que são marcadores de investimentos aplicados na saúde, demonstrando que o papel o legislador, além de apontar regras e normas a serem cumpridas deve ser o de fiscalizar os objetivos constituídos para o bem maior da população que é a fiscalização dos investimentos aplicados na saúde. A ressalva desta pesquisa está em apontar particularmente os dados do Programa de Estrutura Física da Atenção Básica (REQUALIFICA UBS), onde este direciona fundos para a construção de Unidades de Saúde Básica, e que possui um criterioso registro dos investimentos aplicados e valores até o momento aplicado em todo o território nacional. Através de uma pesquisa exploratória se pode construir uma linha filosófica a qual demonstra a relevante participação do Poder Público, como também da sociedade na aquisição de um bem maior garantido até pela Constituição Federa: a saúde da população brasileira.

Palavras-chaves: Saúde. Investimentos. REQUALIFICA UBS

## **ABSTRACT**

Important reflections appear with the development of actions, behaviors and programs that seek the improvement of the Public Health. However the applied investments in the section of the health travel important forms of they be identified building like this mechanisms that swallow to real direction of the applied values. This study has as objective presents the relevance Of the tools that you/they are markers of applied investments in the health, demonstrating that the paper the legislator, besides pointing rules and norms be accomplished her it should be it of fiscalizing the objectives constituted for the very larger of the population than it is the fiscalization of the applied investments in the health. The proviso of this research is in pointing the data of the Program of Physical Structure of the Basic Attention particularly (REQUALIFICA UBS), where this addresses bottoms for the construction of Units of Basic Health, and that possesses a discerning registration of the applied investments and value until the moment applied in the whole national territory. Through an exploratory research she can build a philosophical line which demonstrates the important participation of the Public Power, as well as of the society in the acquisition of a guaranteed larger good to for the Constitution it Stinks: the health of the Brazilian population.

Word-keys: Health. Investments. REQUALIFICA UBS



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1	TEMA.....	9
1.2	JUSTIFICATIVA.....	10
1.3	OBJETIVOS.....	11
1.4	METODOLOGIA .....	11
<b>2</b>	<b>ANÁLISE DO DISCURSO NAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL .....</b>	<b>13</b>
2.1	A ESTRUTURA CONCEITUAL DO REQUALIFICA UBS .....	14
2.2	O ACESSO E A QUALIDADE PARA A SOCIEDADE.....	16
<b>3</b>	<b>A ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....</b>	<b>18</b>
3.1	A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA .....	18
3.2	SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	20
<b>4</b>	<b>INVESTIMENTOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Contemporaneamente vem se observando muitos aspectos relevantes para o desenvolvimento de ações e comportamentos que visem o aprimoramento da saúde no Brasil.

Alguns aspectos continuam sendo aprimorados constantemente, contudo existem ainda àqueles que merecem um pouco mais de atenção, onde demonstra-se ainda conceitos e apontamentos que não contemplam a realidade necessária e/ou a que se pretende alcançar com os esforços realizados por teóricos e documentos oficiais do Ministério da Saúde, objetivando o melhoramento da atenção básica necessária.

Segundo o Ministério de Saúde:

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 8).

Neste sentido elencar um estudo onde apresente uma visão do comportamento do Programa de Estrutura Física para a atenção Básica se condicionou como um forte aliado para o desenvolvimento de perspectivas e contrapontos necessários para a construção de bases informativas para o aprimoramento não só ao acesso, mas também à qualidade necessária para o atendimento ao usuário e a formulação da concepção sobre a saúde coletiva no Brasil.

### 1.1 TEMA

Agregar a relevante participação do contexto social e econômico sobre os investimentos aplicados nas Unidades Básicas de Saúde no território nacional é construir uma paralela e composta condição de refletir o que o Plano Nacional de Atenção Básica fomenta sob o olhar da constituição de fontes consolidadas através

de dados informados pelos Sistemas de informação do Governo Federal. Neste sentido bem se observa a concepção a seguir:

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 9).

A concepção de acreditar nos investimentos aplicados na estrutura de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), vem demonstrar que a temática proposta resulta em analisar os documentos existentes, como até outras concepções sobre o comportamento das ações, demonstrando assim a preocupação do Ministério da Saúde em,

[...] elaboração de propostas, desde a indicação parlamentar ou por programa/ação, até a finalização da apresentação da proposta. Isso possibilita maior rapidez na liberação de recursos, melhoria e ampliação do acesso e permite uma ação coordenada entre os governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2014, p. 8).

Se prevalecendo, inclusive de estratégias socioeconômicas para o desenvolvimento de ações que priorizem o desenvolvimento no atendimento aos usuários.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Torna-se, em toda a complexidade existente, uma importante constituição de uma pesquisa que viabilize um entendimento sobre estes recursos, visto que não pode haver maior justificativa que demonstre o papel da relevância que a requalificação das UBS vem se demonstrando necessárias, que por sua vez também pode se entender sobre a necessidade de contribuir para o melhor acesso como também à qualidade necessária no atendimento ao usuário.

É importante ressaltar que a resposta sobre o comportamento da temática proposta está em apresentar os resultados obtidos desde a instituição do Programa Requalifica UBS, onde este atende uma obrigatoriedade do Governo Federal em garantir saúde a sua população conforme rege a Constituição Federal de 1988, onde *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (VADE MECUM, 2009, p. 63).

Neste sentido, e partindo para uma concepção condicionada a alcançar os objetivos propostos também vem se agregar as perspectivas sobre o tema que as possibilidades podem condicionar o desenvolvimento de ações que compõem novas situações-problemas que visem o melhoramento das observações sobre o Programa Requalifica UBS, programa que é composto para a construção e reformulação de UBS/PSF conforme sua nomenclatura regional utilizada.

### 1.3 OBJETIVOS

- Descrever o programa de estruturação física para Atenção Básica, Requalifica UBS, em cada região do país;
- Analisar os investimentos em cada componente do programa, demonstrando com isso, a adequação física e ambiência para melhorar o acesso e qualidade da Atenção Básica.

### 1.4 METODOLOGIA

Buscou-se em todo o desenvolvimento deste estudo observar relevantes aspectos conceituais de Gil (2008, p. 34) onde este autor inicialmente relaciona os resultados obtidos através de pesquisa exploratória, onde afirma:

[...] proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

Para não se deter somente a uma perspectiva filosófica sobre o tipo de pesquisa adotado para apresentar os resultados se compôs ainda um olhar sobre a perspectiva de Oliveira (2011, p. 54):

Este tipo de pesquisa desenvolve estudos que dão uma visão global do fato ou fenômeno estudado. Em regra geral, um estudo exploratório é realizado quando o tema escolhido é pouco trabalhado, sendo difícil a formulação e a operacionalização de hipóteses. Muitas vezes, este tipo de estudo constitui-se em um primeiro passo para a realização de uma pesquisa mais aprofundada. (...) esse tipo tem um planejamento mais flexível, que envolve

levantamento bibliográfico, análise de documentos, observação de fenômenos e estudo de caso.

Assim, se constituiu de análise de dados (documentos do Ministério da Saúde, tais como Portarias, Cartilhas e Manuais, como também informações de relatórios gerados a partir do Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB).

Muitos contribuíram para provocar mais indagações, contudo os objetivos propostos se tornaram fortes alicerces para uma apresentação reflexiva e oportuna para abrir linha de estudos para serem aprimorados em outros trabalhos relacionados à Atenção Básica necessária para o acesso e qualidade no atendimento ao usuário.

## 2 ANÁLISE DO DISCURSO NAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Algumas questões sociais visam demonstrar que o processo de aceleração, como também o que contribui com a formalização dos investimentos aplicados no Sistema Único de Saúde demonstram discorrer de valores sistemáticos que compreendem:

I - PRIMEIRA PARCELA: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação;

II - SEGUNDA PARCELA: equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB): (BRASIL, 2011, p. 4)

Neste sentido vem se observando que aspectos sociais necessitam compreender e buscar mais forma amenizar a contribuição que uma estrutura como o Programa requalifica demonstra em seus conceitos, pois.

A utilização do Sistema de monitoramento de Obras tem como dados 3.136 municípios com propostas no componente Ampliação, destas 8.373 são propostas habilitadas em todo país. A utilização do sistema também se refere a todo tramite estabelecido entre município e o ente federal através de seu monitoramento de obras que compõe 8.092 das obras monitoradas num total de pouco mais de 96% sendo estas obras tendo 5.673 propostas já com ordem de início de serviço cadastrada no SISMOB, o equivalente aos municípios estarem aptos a recebimento da segunda parcela do repasse desse componente, mostrando assim toda importância da utilização constante do sistema até a conclusão da obra (BRASIL, 2013, p. 5).

Aos olhos dos profissionais e gestores da saúde, se observa que ainda se faz relutante a necessidade de compor um trabalho onde sejam realizadas comissões especializadas para a busca de investimentos no setor, visto porque como bem observado nos valores e concepções expostas pelo Governo Federal, o Programa REQUALIFICA UBS requer dos gestores públicos, seja qual for a esfera um caminho que trilhe a concepção, interpretação e execução dos tramites legais para o desenvolvimento das atividades.

Muito bem se observa que o Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País.

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do programa Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, apresentamos o instrumento de coleta de dados para a avaliação externa, que compõe a terceira fase do PMAQ. Nessa etapa, realizada em parceria com instituições de ensino superior (IES), será efetuado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa.

O presente instrumento guarda similaridade com o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado nos processos de autoavaliação, visando assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ. Isso possibilitará comparabilidade entre os resultados das equipes e UBS pertencentes ao mesmo estrato de municípios definidos no PMAQ.

As informações serão analisadas por métodos complementares com instrumentos específicos para gestão municipal, UBS, equipe de atenção básica e usuários, incluindo de análise documental. Estão contemplados, ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas.

Dessa forma, esperamos contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica e como também para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

## 2.1 A ESTRUTURA CONCEITUAL DO REQUALIFICA UBS

O Ministério da Saúde considerando a necessidade de aprimorar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) instituiu o Programa de Requalificação

de UBS Componente Construção, Reforma e Ampliação, tendo como principal objetivo prover infraestrutura adequada às equipes de Atenção Básica.

Amorim et al (2013, p. 215) contribuí afirmando que:

Anteriormente, a rede de saúde no Brasil era centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, desintegrada, distribuída de forma inadequada segundo as regiões com as suas diversas características. O recente processo de municipalização da saúde brasileira vem viabilizando condições de melhoria, como resultado da participação das comunidades e dos movimentos sociais, possibilitando, assim, que a atenção primária seja priorizada, inclusive com a criação de normas e decretos relativos a novas formas de financiamentos públicos, e viabilizando aos gestores da saúde o cumprimento do preceito constitucional da integralidade.

Com a criação do programa, o Ministério da Saúde tem como meta garantir acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população, melhorando a infraestrutura das UBS e conseqüentemente o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica.

O Requalifica UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física das unidades básicas de saúde - acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade - que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde.

Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras), ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde.

Para melhor atender as propostas idealizadas pelo Governo Federal se formaram objetivos neste Programa a serem alcançados com o desenvolvimento das metas que devem ser:

- Criar incentivo financeiro para as UBS;
- Contribuir para estruturação e o fortalecimento da atenção básica;
- Prover condições adequadas para o funcionamento das UBS; e



- Melhoria do acesso à Atenção Básica

Assim, o crescimento do programa passou a ser dependente de duas grandes importantes vertentes: a fiscalização do Poder Público e a Administração dos Gestores da Saúde no território brasileiro.

## 2.2 O ACESSO E A QUALIDADE PARA A SOCIEDADE

O acesso e a qualidade à saúde para a sociedade discorrem de dados históricos a qual tem que se valer da perspectiva tempo *versus* ações, pois encontram-se registros de que no início da década de 80, alguns países iniciaram os primeiros passos nessa direção, aparecendo Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto, mundialmente (MEDEIROS, 2010).

Das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro (construção de UBS em substituição aos antigos Postos de Saúde em capitais como São Paulo e Rio de Janeiro entre os anos de 1980-1985) é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, o PSF e o PACS (ELIAS, 2006).

O PSF iniciou-se no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população.

A estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade.

O que vem se destacando no processo da evolução dos investimentos na saúde são os programas que visam acrescentar um acesso e uma qualidade que se condicione como formas de contribuir à população brasileira. Neste sentido o “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” procura induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes de atenção

básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

Agregando-se ao compromisso fomentado pelo Governo Federal, a iniciativa objetiva a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática.

A terceira fase consiste na avaliação externa, momento em que será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Esta fase é realizada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa.

A quarta fase é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

### **3 A ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL**

Embora se encontre muitos artigos e conceitos sobre a evolução da Atenção Básica da saúde do Brasil, muitos pesquisadores apontam as mais diversas situações como o resultado de constantes lutas judiciais, como também o desempenho de profissionais que surgiram na área da saúde para combater o sofrimento da população vulnerável às políticas públicas ainda com concepções de um realidade que não é mais a que está acontecendo.

Neste sentido este momento, vem para contribuir em reflexões sobre a evolução histórica da atenção básica, como também da saúde coletiva no Brasil, para prosseguir o entendimento de que os investimentos constituídos em diversos programas visam o melhoramento que ainda é muito coibido por um percurso documental, onde poucos se atentam na especialização e conscientização dos documentos necessários para a aquisição de fundos, onde ao analisar os dados históricos poder-se-á construir reflexões sobre a necessidade de compor ações e contribuir, mesmo que conceituais para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva dos brasileiros.

#### **3.1 A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país.

Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS adotou uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS), também denominada cuidados de saúde primários (em Portugal) e atenção básica (governo do Brasil). Desta forma os programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica com a adoção do Programa Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (per capita).

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização

da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) da população brasileira. A APS trouxe expressivo crescimento aos estados e municípios de natureza quantitativo dos estabelecimentos de saúde, repensados para abrigar a equipe do referido programa, contudo, permitir que essa intervenção repercutisse na concepção estruturante, concebida pela estratégia cujo tripé de sustentação pressupõe um ambiente compatível com as atividades a serem ofertados - ou seja - espaços para reuniões de grupos, encontros com a comunidade, realização de atividades preventivas como vacinação, consultas preventivas com os profissionais que compõem as Equipes Saúde da Família.

A estruturação da Atenção Primária à Saúde pela estratégia saúde da família, em consonância com a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) obteve grandes avanços através da implantação em grande número das equipes de saúde da família através do PSF, cuja sua estratégia envolve um conjunto de ações de natureza individual e coletiva, que se tem mostrado eficaz para a resolução de problemas de saúde da população e, ao mesmo tempo, tem propiciado um novo pensar e fazer saúde. Pelas características do processo de trabalho das equipes do PSF, foi necessária uma projeção nos espaços físicos compatíveis com as atividades realizadas pelo referido programa.

Considerando a necessidade de aprimorar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) o Ministério da saúde instituiu o Programa de Requalificação de UBS, com o objetivo de prover infraestrutura adequada às equipes de Atenção Básica.

Uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é garantir infra-estrutura adequada necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população.

Mas, o que se observa no cenário atual, são projetos de reformas e ampliação em desacordo com a os parâmetros mínimos de ambientes requisitado pelo Ministério da Saúde.

Muitas vezes, devido à escassez de recursos e tempo, projetos padronizados para UBS são desenvolvidos para diferentes contextos e com pequenas alterações, são implantados em diferentes lugares, o que resulta em problemas estruturais que

podem interferir negativamente na qualidade do serviço prestado para a comunidade.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica (AB) e, entre elas, destacou-se a portaria 2.226 de 18 de setembro de 2009, que instituiu no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.

### 3.2 SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Fazer menção sobre saúde coletiva no Brasil é caracterizar uma história de vitórias, superações e conflitos entre gestores municipais, estaduais e do próprio Governo Federal que ainda não compuseram uma harmonia para construir as melhores condições de atendimento à saúde brasileira.

O descaso, como também a falta de construção de ferramentas consolidadas em resultados positivos ainda requer muito estudo, e principalmente força de vontade de políticos e legisladores, a qual são os responsáveis diretos na formação de políticas públicas executáveis e não somente as que se apresentam como pontos iniciais para reflexão e sugestões, esperando a formação de condições benéficas à população vulnerável ainda existente no território nacional.

Acompanhando as reflexões sobre o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil, detém-se observado que os aspectos para a construção esta visam a construção de Unidades Básicas de Saúde, onde passaram a contribuir com a construção de uma saúde pública melhor e menos descentralizada.

Bem exemplifica Barbosa e Azevedo (2009, p. 5) ao expressarem:

[...] emergência da saúde coletiva foi diretamente influenciada pelo processo de autonomização frente à Saúde Pública, da própria Medicina Preventivista e do modelo de Medicina Comunitária ou Social, alargando seu objeto de estudo e redefinindo suas fronteiras. Reconhecemos a contribuição dos debates configurados nas fases anteriores para a conformação do campo da saúde coletiva. Também não se pode deixar de evidenciar que a coroação deste novo campo de saber e prática foi influenciado por todos estes fatores intrínsecos ao campo, como vimos até aqui, mas foi impulsionado sobremaneira, pelos fatores externos como a luta pela democratização do país e o movimento sanitário, de importância extrema na institucionalização de todo esse processo.

O retratado da saúde pública no Brasil não percorre totalmente uma condição

que favorece a interpretação positiva nos tempos atuais, contudo observa-se muito bem que o crescimento da saúde coletiva, fez com que o compromisso e a responsabilidade de muitos gestores condicionassem a fracionar os recursos, tal como apresentar benefícios políticos para a realização no atendimento a população carente, principalmente transformando a saúde coletiva em barganhas de momentos eleitorais.

As grandes necessidades e formar que ocorreram as conquistas para a evolução na saúde coletiva, mesmo de forma teórica sem uma prática que influencia o comportamento positivista no atendimento à população demonstra que devido as influências externas, oriundas de políticas públicas de saúde de outros países, consolidam e são fortemente marcada pelas lutas travadas nos movimentos sociais e pelas próprias mudanças históricas das sociedades.

Nota-se que o momento histórico que possibilitou o surgimento da saúde coletiva no Brasil foi marcado pelas grandes transformações que a sociedade estava experimentando. A saúde coletiva surge dos embates conceituais e de práticas no campo da saúde como formas experimentais, justamente para compor uma visão sobre fracionamento.

Observa-se que as ações que visam beneficiar a sociedade,

[...] surge da crise que gera a mudança. Inicia-se na medicina preventivista, que quer superar o modelo biomédico, aperfeiçoa-se na medicina social, que quer fragilizar o conceito preventivista. (...) a dialética da pretensão e da distinção está na origem das transformações do campo. (...) o campo social tem uma estrutura que é o produto de sua história anterior e o princípio de sua história ulterior. A luta permanente no interior do campo é o motor do campo. Quanto à influência ideológica compreendida pela formulação de políticas públicas e pela organização corporativa, devemos lembrar que o caráter político das lutas no interior do campo pela sua delimitação e pela definição do que é cientificamente legítimo ou ilegítimo já está presente no próprio conceito de campo (BARBOSA; AZEVEDO, 2009, p. 7).

Em suma, pode-se entender que o processo sobre a Saúde Coletiva é ter a concepção de ele se configura como uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. As origens do movimento de constituição deste campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido pelos docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, em particular, ao longo das duas últimas décadas.

A crítica aos sucessivos movimentos de reforma em saúde, originários da Europa e dos Estados Unidos, como os da Saúde Pública e Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina de Família, Atenção Primária à Saúde, delineou progressivamente o objeto de investigação e práticas em Saúde Coletiva, que compreende as seguintes dimensões:

- o Estado de saúde da população, isto é, condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, sócio-econômico e cultural;
- o Serviços de saúde, abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, investigações sobre a organização social dos serviços e a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologia utilizada na atenção à saúde;
- o Saber sobre a saúde, incluindo investigações históricas, sociológicas, antropológicas e epistemológicas sobre a produção de conhecimentos neste campo e sobre as relações entre o saber "científico" e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral. (SURDI; TONELLO, 2007, p. 208).

A construção filosófica passa então a configurar inúmeras situações que podem contribuir com a evolução dos movimentos que compõem uma sucinta condição de melhora e formação da saúde pública brasileira.

Neste sentido, e como forma de contribuir uma linha de pensamento relacionando a prática com a busca de desenvolver novas ferramentas para a saúde coletiva, o trabalho teórico e empírico neste campo, principalmente desenvolvidos em instituições acadêmicas, ainda hoje dá suporte a um movimento político iniciado em meados dos anos 70, em torno da crise da saúde, no contexto das lutas pela democratização do país. Esse movimento difundiu-se em centros de estudos, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, organizações comunitárias, religiosas e partidos políticos, contribuindo para a formulação e execução de um conjunto de mudanças identificadas como a Reforma Sanitária Brasileira.

Do ponto de vista da produção do conhecimento, a Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar, que envolve disciplinas auxiliares como a Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História e Ciências Políticas, entre outras.

Enquanto prática, a Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de

riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população.

Compreendendo todos os aspectos se pode construir reflexões sobre a importância de se observar os investimentos na saúde, principalmente na construção de Unidades Básicas de Saúde que vem em regra agregar um atendimento à saúde coletiva, que ainda é muito escasso e deficiente.

Assim, o próximo capítulo vem demonstrar o papel dos investimentos frente as reflexões sobre um atendimento e melhoramento à saúde coletiva, demonstrando assim o atual comportamento socioeconômico para se ter um investimento direcionado ao melhoramento.



#### 4 INVESTIMENTOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

No Brasil se observa a implementação de importantes conceitos e formas consolidar a dicotomia na saúde pública, contudo vem crescendo as estruturas e formas de reflexão sobre como investir e de que forma fiscalizar os investimentos aplicados pelo Governo Federal na construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde.

Dados apontados pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) apontam informações sobre as propostas para Construção, Reforma e Ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Ver Figuras 1,2 e 3)

FIGURA 1: Investimentos em Construção de Unidade Básica de Saúde

Propostas de Construção de UBS							
Região	Qtd. Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	PAC		Tipo de Recurso		Pagamento
			Sim	Não	Programa	Emenda	Valor Total R\$
<b>CENTRO-OESTE</b>	349	903	703	200	829	74	337.642.666,60
<b>NORDESTE</b>	1.469	4.211	3.239	972	3.904	307	1.478.189.133,48
<b>NORTE</b>	349	1.191	906	285	1.022	169	446.217.333,30
<b>SUDESTE</b>	985	2.449	1.645	804	2.076	373	956.587.333,11
<b>SUL</b>	686	1.367	930	437	1.237	130	485.276.000,13
<b>Total</b>	<b>3.838</b>	<b>10.121</b>	<b>7.423</b>	<b>2.698</b>	<b>9.068</b>	<b>1.053</b>	<b>3.703.912.466,62</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB)

Quando se a sociedade visa constituir a perspectiva de construção na saúde muito bem se expressa a importância de atender uma camada da sociedade sofrida por falta de princípios e informações privilegiadas sobre os investimentos aplicados.

Em 2012, a Organização Mundial da Saúde já direcionava o entendimento de que se é necessário cerca de 7,5% do PIB de uma nação para que possam ocorrer investimento na área da saúde. No Brasil, o valor investido alcança cerca de 3,8% (MAIA, 2012).

Muita das informações sobre a má infraestrutura para o investimento discorre dos dados até levantados pelos municípios brasileiros, como pelos gestores do Governo Estadual.

Isso ocorre devido a má formação dos gestores da saúde, onde os valores apresentados pelo Governo Federal na proposta para construção de UBS não atinge o real panorama da saúde brasileira.

Nesta mesma perspectiva pode-se observar os investimentos propostos para a Reforma de UBS (Figura 2), onde a composição ainda se deve ter a ressalva de que existem falhas no processo de informação para aquisição de fundos destinados a este nível de investimento à saúde.

FIGURA 2: Investimentos em Reforma DE Unidade Básica de Saúde

Propostas de Reforma de UBS							
Região	Qtd. Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	PAC		Tipo de Recurso		Pagamento
			Sim	Não	Programa	Emenda	Valor Total R\$
<b>CENTRO-OESTE</b>	244	596	-	596	571	25	68.229.894,24
<b>NORDESTE</b>	929	3.224	-	3224	3.169	55	337.743.328,53
<b>NORTE</b>	251	747	-	747	719	28	99.519.530,26
<b>SUDESTE</b>	918	2.592	-	2592	2.453	139	341.186.813,39
<b>SUL</b>	543	1.190	-	1190	1.167	23	132.861.566,92
<b>Total</b>	<b>2.885</b>	<b>8.349</b>	<b>-</b>	<b>8.349</b>	<b>8.079</b>	<b>270</b>	<b>979.541.133,34</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB)

Durante a realização da pesquisa foi identificado que os dados apresentados demonstram a situação na análise frente aos dados que o Ministério da Saúde recebe dos municípios e Estados brasileiros, contudo, vem notando em prática que os gestores da saúde dos respectivos municípios e estados brasileiros, não possuem mecanismos de reformulação de dados, pois os mesmos ao serem condicionados e alertados sobre as propostas para reformas em unidades de saúde básica, apresentam dados irregulares que necessitam de novos processos para que sejam beneficiados pelos valores.

Neste sentido é muito importante ressaltar que os valores apresentados são valores hipoteticamente disponíveis para aquisição dos municípios, isto porque os valores são os resultados de estudos sobre o tempo de unidades construídas e que possivelmente possuem reformas a serem realizadas em suas estruturas.

Nesta linha de pensamento encontram-se então a identificação de documentos e situações que necessitam se condicionar a legislação vigente para a

liberação dos fundos que estão vinculados às reformas nas UBS, preservando assim os cálculos iniciais realizados pelo Governo Federal.

Outro dado muito relevante está na interpretação do que seja reforma para o Ministério da Saúde, pois

Reforma de Unidade de Saúde consiste alteração de ambientes, porém sem acréscimo de área construída, podendo incluir as vedações e/ou as instalações existentes, substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalação existentes, substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalações existentes (BRASIL, 2014, p. 2).

Para a aquisição dos fundos tem-se como critério ser as UBS implantadas em imóvel próprio do Município/Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m<sup>2</sup>.

O comportamento das ações frente aos investimentos demonstra que o compromisso dos municípios ainda está atrelado a dificuldades na constituição de documentos para liberação dos fundos, onde através da Figura 3 identificamos o atual posicionamento do Governo frente às liberações para reforma de UBS.

FIGURA 3: Utilização do Sistema de Monitoramento de Obras do Componente Reforma

<b>Monitoramento de Obras do componente Reforma</b>						
Estado	Qtd. Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	Obras Monitoradas		Cadastraram a Ordem de Serviço	
			Nº	%	Nº	%
AC	14	43	35	81,40%	30	69,77%
AL	57	157	149	94,90%	127	80,89%
AM	30	130	126	96,92%	65	50,00%
AP	12	35	35	100,00%	30	85,71%
BA	300	1129	1111	98,41%	1026	90,88%
CE	114	555	550	99,10%	518	93,33%
DF	1	2	2	100,00%	0	0,00%
ES	32	83	79	95,18%	53	63,86%
GO	114	270	269	99,63%	217	80,37%
MA	104	324	315	97,22%	279	86,11%
MG	451	1041	1009	96,93%	776	74,54%
MS	45	94	94	100,00%	61	64,89%
MT	84	230	229	99,57%	190	82,61%
PA	86	348	346	99,43%	324	93,10%

<b>PB</b>	104	298	294	98,66%	263	88,26%
<b>PE</b>	81	341	338	99,12%	294	86,22%
<b>PI</b>	81	175	172	98,29%	139	79,43%
<b>PR</b>	236	555	553	99,64%	500	90,09%
<b>RJ</b>	65	326	313	96,01%	232	71,17%
<b>RN</b>	57	161	159	98,76%	90	55,90%
<b>RO</b>	25	59	56	94,92%	38	64,41%
<b>RR</b>	6	22	12	54,55%	12	54,55%
<b>RS</b>	165	311	307	98,71%	169	54,34%
<b>SC</b>	142	324	322	99,38%	283	87,35%
<b>SE</b>	31	84	84	100,00%	63	75,00%
<b>SP</b>	370	1142	1120	98,07%	803	70,32%
<b>TO</b>	78	110	107	97,27%	96	87,27%
<b>Total</b>	<b>2885</b>	<b>8349</b>	<b>8186</b>	<b>98,05%</b>	<b>6678</b>	<b>79,99%</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB)

Destacam-se 2.885 municípios com propostas de reformas habilitadas no sistema, gerando um total de 8.349 propostas em todo país, o Estado de São Paulo com 370 municípios cadastrados e 1.142 propostas habilitadas destaca-se como o estado com maior número de propostas no Brasil, já o Distrito Federal com apenas 1 município e 2 propostas habilitadas também ganha destaque por obter o menor número de propostas habilitadas em todo país.

Vale também destacar a utilização do Sistema de Monitoramento de Obras no decorrer do processo para recebimento do recurso, no que tange ao monitoramento de obras, que das 8.186 propostas habilitadas, 98,05% estão monitoradas e destas 6.678 estão com a ordem de início de serviço inseridas no sistema, o que dá um total de 79,99% das obras aptas ao recebimento da segunda parcela em todo país.

Na Figura 4, encontram-se relevantes reflexões sobre o processo de fundos para ampliação de UBS, contudo é importante ressaltar que os valores são propostas elencadas pelo Governo Federal, onde somente passam a ter um destino certo e com todas as exigências legais.

FIGURA 4: Investimento em Ampliação de UBS

<b>Propostas de Ampliação de UBS</b>							
Região	Qtd. Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	PAC		Tipo de Recurso		Pagamento
			Sim	Não	Programa	Emenda	Valor Total R\$
<b>CENTRO-OESTE</b>	289	744	682	62	682	62	78.234.414,20

<b>NORDESTE</b>	1.265	3.965	3.932	33	3.932	33	431.978.862,80
<b>NORTE</b>	284	931	901	30	901	30	103.141.524,40
<b>SUDESTE</b>	748	1.621	1.534	87	1.534	87	166.896.240,20
<b>SUL</b>	603	1.245	1180	65	1.180	65	135.786.325,40
<b>Total</b>	<b>3.189</b>	<b>8.506</b>	<b>8.229</b>	<b>277</b>	<b>8.229</b>	<b>277</b>	<b>916.037.367,00</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB)

É importante destacar que o Governo Federal possui uma visão. Em determinados momentos a qual se identifica como um empreendedor na área da saúde, pois a proposta de ampliação percorre reflexões sobre um comportamento da evolução das necessidades básica em uma UBS, ou seja, onde antes, somente se havia um atendimento ambulatorial, passariam a ter atendimento oftalmológico, e/ou odontológico, ou os dois ao mesmo tempo criando assim novas perspectivas sobre o melhor atendimento à sociedade, direcionando assim a determinada população, como prevê o atendimento das UBS a uma comunidade específica.

Para a evolução da aplicação dos fundos à ampliação e necessário entender que ela deve se configurar como acréscimo de área a uma edificação existente, ou mesmo construção de uma nova edificação para ser agregada fisicamente a um estabelecimento já existente (BRASIL, 2014).

É muito importante que se entenda os critérios de financiamento, pois o Ministério da Saúde financiará a ampliação de UBS implantadas em imóvel próprio do Município/Distrito Federal, ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular, que tenha não metragem inferior a 153,24 m<sup>2</sup> ou metragem superior a 153,24 m<sup>2</sup>, propondo especificamente, que seja ampliada a oferta de serviços ou o número de equipes.

Os critérios solicitados fazem parte de exigências básicas para o desenvolvimento da ampliação que trazem como resultado a liberação de fundos com a seguinte concepção:

I - PRIMEIRA PARCELA: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação;

II - SEGUNDA PARCELA: equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB):

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício;

b) das fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB (BRASIL, 2011, p. 4)

Contemporaneamente a busca de contribuir na ampliação das UBS, a nível de território nacional encontram-se dados fornecidos pelo Governo Federal que demonstra o desenvolvimento e a mobilização dos Estados na aquisição de fundos para a ampliação de UBS (ver Figura 4).

É muito importante destacar que o processo para a liberação de fundos, normalmente constituído por inúmeras burocracias e controles, como bem exigem as Portarias e Normas existentes sobre este tema, mas a pouca atenção dos gestores condiciona freqüentemente a não viabilização dos recursos perfazendo assim a necessidade de novos processos para a aquisição dos fundos para ampliação.

FIGURA 5: Utilização do Sistema de Monitoramento de Obras do Componente Ampliação

<b>Utilização do Sistema de Monitoramento de Obras do componente Ampliação</b>						
Estado	Qtd. Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	Obras Monitoradas		Cadastraram a Ordem de Serviço	
			Nº	%	Nº	%
AC	15	42	40	95,24%	25	59,52%
AL	61	171	167	97,66%	130	76,02%
AM	39	111	110	99,10%	69	62,16%
AP	15	52	50	96,15%	42	80,77%
BA	305	941	927	98,51%	782	83,10%
CE	144	515	512	99,42%	452	87,77%
DF	1	61	61	100,00%	0	0,00%
ES	32	89	87	97,75%	43	48,31%
GO	133	272	267	98,16%	202	74,26%
MA	184	720	692	96,11%	602	83,61%
MG	347	648	602	92,90%	358	55,25%
MS	62	170	167	98,24%	143	84,12%
MT	93	241	238	98,76%	166	68,88%
PA	122	522	518	99,23%	423	81,03%
PB	117	264	259	98,11%	206	78,03%
PE	137	458	447	97,60%	323	70,52%
PI	175	543	520	95,76%	451	83,06%
PR	248	566	553	97,70%	425	75,09%
RJ	65	249	239	95,98%	152	61,04%
RN	99	235	233	99,15%	127	54,04%
RO	26	58	57	98,28%	34	58,62%
RR	14	56	56	100,00%	27	48,21%

<b>RS</b>	207	371	355	95,69%	204	54,99%
<b>SC</b>	148	308	304	98,70%	210	68,18%
<b>SE</b>	43	118	118	100,00%	73	61,86%
<b>SP</b>	304	635	621	97,80%	472	74,33%
<b>TO</b>	53	90	85	94,44%	67	74,44%
<b>Total</b>	<b>3189</b>	<b>8506</b>	<b>8285</b>	<b>97,40%</b>	<b>6208</b>	<b>72,98%</b>

É importante ter a observação sobre estes dados devido a utilização do Sistema de monitoramento de Obras ter como dados 3.189 municípios com propostas no componente Ampliação, destas 8.506 são propostas habilitadas em todo país. A utilização do sistema também se refere a todo tramite estabelecido entre município e o ente federal através de seu monitoramento de obras que compõe 8.285 das obras monitoradas num total de pouco mais de 97,4% sendo estas obras tendo 6.208 propostas já com ordem de inicio de serviço cadastrada no SISMOB, o equivalente aos municípios estarem aptos a recebimento da segunda parcela do repasse desse componente, mostrando assim toda importância da utilização constante do sistema até a conclusão da obra.

Podemos destacar neste componente o Estado da Bahia com o maior número de propostas habilitadas e maior número de municípios com ampliações, 305 municípios com propostas habilitadas totalizando 941, já o Distrito Federal com apenas um município destaca-se pelo menor número de municípios, porém o menor número de propostas habilitadas de ampliação esta no Estado do Acre com apenas 42 propostas.

## 5 CONCLUSÃO

Com o objetivo de fazer um trabalho voltado aos investimentos do Programa de Requalificação de UBS, foi realizado uma análise no Sistema de Monitoramento de Obras nas regiões do Brasil, onde verifica-se que foram contempladas 10.121 construções, 8.349 reformas e 8.506 ampliações em todo o País, com um investimento de R\$ 5.599.490.966,96.

Estas 10.121 construções de Unidades Básicas de Saúde tem um total de 3.838 municípios, das 8.349 reformas de UBS em 2.885 municípios e das 8.506 ampliações de UBS esta em 3.189 municípios em todo Brasil.

Com a publicação das Portarias nº 339/GM/MS, nº 340/GM/MS e nº 341/GM/MS, todas datadas de 04 de março de 2013 e publicadas no Diário Oficial da União em 05 de março de 2013, estabeleceram regras e prazos para as obras de reforma, ampliação e construção do Programa de Requalificação de UBS, onde os entes federativos que não cumprirem os prazos estabelecidos para inserção dos documentos, o estado ou município estará sujeito a devolução do recurso financeiro repassado.

Como condição para continuar no Programa o Município/Distrito Federal deverá informar o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anterior ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB.

Através do Programa de Requalificação de UBS o Ministério da Saúde contribui para estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no País, propondo que a melhoria da estrutura física da UBS seja facilitadora para a mudança das práticas das Equipes de Saúde, viabilizando melhorias no acesso e qualidade das Unidades Básicas de Saúde para a população.

Diante dos dados apresentados, vê a necessidade da implementação e a conscientização dos profissionais para a importância das Unidades Básicas de Saúde, assim garantindo um conjunto de ações no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde para a população brasileira mais vulnerável, com o objetivo de proporcionar a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.



## REFERÊNCIAS

AMORIM, G. M. Prestação de serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):145-158, 2013

BARBOSA, G. J. A.; AZEVEDO, M. L. N. de. Saúde Coletiva: a formação de um campo sob a perspectiva metodológica de Pierre Bourdieu. **Seminário de Pesquisa PPE**. Universidade Estadual de Maringá: 8 e 9 de junho de 2009.

BRASIL. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Manual para organização da atenção básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física de Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família -2ª Ed.-Brasília**: Ministério da Saúde. 2008

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.226 de 18 de setembro de 2009**, Institui o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília. 2009. Republicada em 20 de novembro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 339/GM/MS, de 4 de março de 2013**, que Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013**, que Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013**, que Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.902/GM/MS, de 3 de setembro de 2013**: Prorroga o prazo estabelecido no art. 23 da Portaria nº 339/GM/MS, de 4 de março de 2013, no art. 25 da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 e no art. 23 da Portaria nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013, que Redefine os componentes: Ampliação, Construção e Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília. 2013.

ELIAS, P. E. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):633-641, 2006

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MAIA, G. **Apenas 3,8% do PIB é gasto em Saúde Pública.** Disponível em <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/03/28/noticiasjornalfortaleza,2809989/apenas-3-8-do-pib-e-gasto-com-saude-publica.shtml>. Acesso em 07 jul 2014.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública.** 12 (3): 402-413, 2010

SURDI, A. C.; TONELLO, J. Lazer e saúde: algumas aproximações em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Visão Global**, Joaçaba, v. 10, n. 2, p. 201-228, jul./dez. 2007

VADE MECUM. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Saraiva, 2009.