

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA  
EM SAÚDE – EDUCASAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Especializanda Thamires Piovezan Borges  
Orientadora: Caren Bavaresco  
Co- Orientadora Prof<sup>a</sup>: Daniela Carvalho Ribeiro

**OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O  
PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO PARA O CONTROLE  
SOCIAL**

Brasília  
2014

THAMIRES PIOVEZAN BORGES

**OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O  
PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO PARA O CONTROLE  
SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – Educasaúde. Como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

Orientadora Prof<sup>a</sup>: Caren Bavaresco

Brasília

2014

## RESUMO

O presente estudo objetivou estudar investigar a existência de publicações do programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde com foco no controle social. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios devem criar os conselhos de saúde. Por isso os conselhos existem em todas as esferas: federal, estadual e municipal. Contudo, a existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei. Os conselhos de saúde são a garantia de melhoria contínua do nosso sistema de saúde. Significa fazer que o prefeito ou o secretário de saúde municipal, no caso do conselho municipal de saúde, devem aprovar as decisões do conselho relacionadas à formulação das estratégias de saúde. O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde refere-se ao financiamento para a adequação e ampliação da rede de serviços de Atenção Básica de saúde, apoio técnico e financiamento para melhoria e adequação da rede de serviços caracterizada como de primeira referência para a Atenção Básica e tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção (e reformas) de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família, para melhorar o desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes, qualificando a Atenção Básica. O princípio do controle social baseia-se na premissa de que quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e fiscalização do Sistema Único de Saúde (SUS), maior será a probabilidade de que a implementação das respectivas políticas públicas obtenha êxito e traga resultados profícuos para a população brasileira. Verifica-se, assim, a necessidade dos órgãos de saúde (Ministério da Saúde), implementar mecanismos de apoio adequados, bem como sugere-se a publicação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade dos gestores, induzindo a implementação do controle social nos três níveis, em especial dos Conselhos Municipais de Saúde, fortalecendo-os.

**Palavras-chave:** Conselho Municipal de Saúde; Programa de Requalificação; Unidades Básicas de Saúde; Controle Social.

## ABSTRACT

The present study aimed to investigate whether studying publications of reclassification of Basic Health program focusing on social control. The Health Law (Law 8.142/1990, of 28/12/1990) determined that the Union (federal government), states and municipalities must establish health advice. So councils exist in all federal, state and municipal. However, the existence of the board of health is much more than mere compliance with a requirement of law. Health councils are assured of continual improvement of our health care system. Does that mean the mayor or the municipal health secretary, in the case of the municipal board of health shall adopt the decisions of the Board relating to the formulation of health strategies. The Program for Rehabilitation of Basic Health Units refers to funding for adaptation and extension of the basic health care services network, technical support and funding for improvement and adjustment of network services characterized as a first reference for Primary Health Care and aims to create mechanisms that enable the financing of the construction (and renovation) of Basic Health Units in order to provide adequate the Crew Family Health infrastructure, to improve the performance of their actions and stimulate the deployment of new teams, qualifying PHC. The principle of social control is based on the premise that the more the company is involved in the construction and inspection of the Unified Health System (SUS), the greater the likelihood that the implementation of their policies to succeed and bring beneficial results for the Brazilian population. Thus, it appears the need of health agencies (Ministry of Health), implement appropriate support mechanisms and suggests the publication of standards, tools and methods that enhance the ability of managers, inducing the implementation of social control the three levels, in particular the Municipal Councils of Health, fortifying them.

**Keywords:** Municipal Health Council; Rehabilitation Program; Basic Health Units; Social Control.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	1
2 OBJETIVOS .....	4
2.1 Objetivo Geral .....	4
2.2 Objetivos Específicos .....	4
3 METODOLOGIA .....	5
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
4.1 O cenário atual da Saúde .....	7
4.2 O SUS como a saída .....	8
4.3 Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.....	10
4.4 Controle Social em foco Conselhos Municipais de Saúde ..	12
4.4.1 Papel do Conselho de Saúde no controle social ....	18
4.4.2 Orçamento do conselho de saúde.....	19
4.4.3 Conselheiros.....	19
4.4.4 O conselho de saúde.....	20
4.4.5 Reuniões do conselho de saúde .....	20
4.4.6 Prestação de contas do gestor .....	21
4.4.7 Prestação de contas do conselho de saúde .....	22
4.4.8 Estrutura e funcionamento do conselho de saúde .....	22
4.5 Atas do Conselho Nacional de Saúde no período de 2011 a 2014 com abordagem do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde .....	24
5 RESULTADOS .....	28
5.1 Publicações do programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde com foco no controle social.....	28

6 APROXIMAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL COM O PROGRAMA REQUALIFICA UBS.....	29
7 PROPOSTAS E SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL .....	31
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
9 REFERÊNCIAS .....	36

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, é conquista garantida pela Constituição Federal de 1988, a constituição cidadã (BRASIL, 1988). A VIII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986, teve um marco histórico muito importante na saúde brasileira, sendo foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde (BRASIL, 1986). O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária, que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde destacou-se o dever do Estado em garantir a saúde de toda população.

Para tal, foi aprovado em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) que detalha o funcionamento do SUS (Sistema Único de Saúde) com o objetivo de proporcionar assistência à saúde da população por meio da prevenção de doenças e agravos e de ações de promoção da cura e reabilitação da saúde. Assim, a função do SUS é garantir acesso integral, universal e igualitário a população brasileira oferecendo do atendimento básico ao mais complexo (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.142/90 garante a participação social através do Conselho de Saúde, como instância colegiada do SUS em cada esfera do governo permitindo que município e Estado possam decidir e compartilhar o poder da decisão sobre as políticas de saúde. O cidadão possui um papel importante nesse modelo como participante da gestão do sistema, através de representantes eleitos, podendo opinar, definir, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários se dá de forma paritária em relação aos demais segmentos (devendo ser no mínimo 50% de representantes). Também estão presentes em todas as

esferas de governo: conselhos municipais, conselhos estaduais e Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990).

Quevedo *et al.* (2011) define:

*“Controle Social como a participação da Sociedade Civil organizada, através de representações sociais, no exercício de formulação, fiscalização, controle e avaliação das políticas públicas de saúde, de acordo com os princípios da Lei 8.142/1990. E por Participação Popular, o efetivo participar da comunidade, organizada ou não, na gestão em saúde, através de conferências de saúde, dos conselhos de saúde, atos, passeatas, reivindicações, dentre outros.”*

A capacitação dos conselheiros tem permitido a aquisição de alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde, onde os membros do Conselho Municipal de Saúde acompanham as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais, bem como controlam e avaliam as ações na saúde (LABRA; AUBYN, 2002).

As Comissões constituídas por força da Lei n. 8.080/90 têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para saúde cujas execuções envolvam áreas como alimentação, nutrição, saneamento e meio ambiente, entre outras. Os grupos de trabalho são criados pelo Plenário com o objetivo de articular programas de saúde. Saneamento, meio ambiente, alimentação e nutrição estão entre os temas abordados (BRASIL, 1990).

O programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde foi criado em 2011 com o objetivo de gerar incentivo financeiro para reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e o Conselho Municipal de Saúde. Sendo um órgão deliberativo, foi criado com o objetivo de controlar a execução, garantir a transparência, aplicação do recurso e acompanhamento de obras (BRASIL, 2011).

A finalidade do Programa é garantir o atendimento da população rural e urbana na rede de Atenção Básica de Saúde, assim como assegurar sua resolutividade, de forma articulada com os outros



níveis de atenção, visando a integralidade das ações e a redução das desigualdades regionais (BRASIL, 1990).

Considerando o Conselho Municipal de Saúde como um aliado na construção e implementação da saúde pública no município e de acordo com minhas vivências como trabalhadora do DAB – Departamento de Atenção Básica, no setor GTEP – Grupo Técnico de Gerenciamento de Projeto no Monitoramento, vislumbrou-se a necessidade de investigar a existência de publicações do programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde com foco no controle social.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

O objetivo do estudo é investigar a existência de publicações do programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde com foco no controle social.

### 2.2 Objetivos Específicos

Identificar nas *Atas online* do Conselho Nacional de Saúde no período de 2011 a 2014 a abordagem do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Discutir a necessidade da aproximação do controle social com o Programa Requalifica UBS.

Propor estratégias de aproximação entre o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o controle social.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada é a análise documental, através da discussão dos conteúdos teórico-metodológicos subsidiados por reflexões do desenvolvimento da política de saúde no âmbito das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, e o relacionamento dos Conselhos Municipais de Saúde com o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL, 2010).

Neste estudo foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: análise documental, que é classificada como uma fonte secundária de obtenção de dados. Esta técnica é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e os outros fatores que estão sendo estudados (LAKATOS, 2003). Para proceder à análise documental os documentos foram reunidos, em seguida realizou-se leitura das partes consideradas essenciais para atender aos objetivos deste trabalho.

E a outra técnica utilizada foi a observação direta, sendo esta classificada como uma fonte primária de coleta de dados, presumindo que os fenômenos de interesse não tenham sido puramente históricos, tornando alguns comportamentos relevantes ou condições ambientais disponíveis para a observação (YIN, 2010).

Os descritores utilizados para apresentar os resultados obtidos foram: Conselhos Municipais de Saúde; Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; Políticas de Saúde; Gestão Pública; Controle Social.

Para a pesquisa documental foram analisados diversos artigos referentes a atuação dos Conselhos Municipais e o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, onde foram

selecionados aqueles que fazem referência às ações e programas de saúde do governo ofertadas, previstas ou instituídas como metas e contemplem o atendimento, com qualidade, da saúde da sociedade em geral.

Trata-se de pesquisa bibliográfica da área de saúde onde foram utilizados artigos, teses e dissertações, material publicado nas bases de dados Scielo, BVSAúde, Medline e Lilacs, publicações estas selecionadas do período entre os anos 1990 a 2014.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 O cenário atual da Saúde

A Constituição Federal de 1988 determinou que a garantia da atenção à saúde é direito de todos e um dever do estado brasileiro. A nossa Carta Magna estipula que saúde é resultante das políticas sociais e econômicas que agem sobre o indivíduo e a comunidade. Depende, portanto, de determinantes sociais (MENDES, 2009).

A CF 88 avançou e definiu a mudança da lógica da atenção à saúde que deixou de perseguir a ausência de doença para estabelecer a integralidade das ações como parâmetro principal do sistema de saúde (BRASIL, 1988). Assim:

*“Art. 196. Saúde é um direito de todos, e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)*

Determinou que o acesso deve ser igualitário, expressão da equidade, com caráter intrínseco de justiça social e discriminação positiva. Garantiu a participação da comunidade na organização do sistema para afirmar o caráter democrático e revolucionário do sistema de saúde brasileiro. Apesar dos avanços obtidos na atenção básica – os desafios na área de saúde são enormes. Um dos principais problemas é a baixa qualidade do atendimento que é oferecido nos hospitais e postos de saúde para a maior parte da população. Isso ocorre apesar dos gastos com saúde serem bastante elevados (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Em 2011, o Brasil gastou 8,4% do PIB com saúde. Desse total, cerca de 58% foram gastos pelas famílias, enquanto o setor público foi responsável por 42%. Vale notar que a população mais pobre gasta proporcionalmente mais com saúde e medicamentos do que os mais ricos. Um dos principais problemas é que o país tem dois

sistemas de saúde, um público (Sistema Único de Saúde) e um privado (sistema de seguro), que não se comunicam adequadamente (BRASIL, 2011).

As famílias de renda média, por exemplo, tendem a usar o sistema privado de saúde para tratar doenças mais simples e o sistema público quando precisam utilizar serviços de diagnóstico e tratamento complexos (MENDES, 2009).

#### 4.2 O SUS como a saída

A reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

O Brasil passou por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais nos últimos 40 anos. Em breve resumo, destaca-se a evolução do Sistema de Saúde citado por Paim *et al.* (2012):

- Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo (o Sistema Único de Saúde - SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo;
- A reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, tendo sido liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil;

- A implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico;
- Apesar dessas limitações, o SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país;
- Alguns dos desafios futuros do SUS são a reforma de sua estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes;
- Em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade.

A implementação do SUS começou em 1990 e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS (BRASIL, 1990). O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992.

A descentralização aumentou e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1993). Ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde

indígena. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foram iniciativas, entre muitas outras, implementadas após 2003 (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos, houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado (PAIM *et al.*, 2012).

Apesar de uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões consistentemente elevados. Existem profissionais da saúde altamente qualificados e serviços de saúde de alta qualidade, mas há uma carência de políticas ministeriais firmes para a melhoria da qualidade.

#### 4.3 Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde

O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica (de saúde). Por meio do referido 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 (BRASIL, 2011).



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 (BRASIL, 2013).

Atualmente 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.

O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde apresenta-se com cinco componentes: construção de UBS, reforma, ampliação, construção de UBS fluvial e Telessaúde responsável pela compra de equipamento de informática. O Ministério da Saúde financia a aquisição de equipamentos por meio de recuso proveniente de Emenda Parlamentar, com o objetivo de reestruturar a rede de Atenção Básica (BICALHO, 2012).

A operacionalização do Requalifica UBS ocorre por meio de descentralização de recursos federais. Essa descentralização atende as diretrizes fundamentais do SUS de regionalização e de descentralização. No entanto, a execução e acompanhamento de recursos descentralizados é bastante complexo e apresenta problemas, tais como distanciamento entre quem planeja a política pública e quem a executa; limitação, tanto em número quanto em capacitação, do quadro de pessoal, o que acarreta falhas formais dos procedimentos, possibilidades de fraude, corrupção ilícitos penais, conforme problemas verificados pela Secretaria Federal de Controle Interno-SFC, quando de fiscalização federal a partir de Sorteio Público de Municípios (FAVERO, 2009).

#### 4.4 Controle Social em foco Conselhos Municipais de Saúde

O controle social é particularmente relevante nas políticas públicas da área da Saúde, considerando a previsão da Lei nº 8142, de 1990. Essa Lei refere-se à parte da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/90, que foi inicialmente vetada pelo Presidente Collor, teve o veto derrubado, advindo na forma da Lei nº 8142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma de conselhos e conferências (BICALHO, 2012).

O controle social será efetivado pelos Conselhos de Saúde, presentes necessariamente em todas as Unidades Federativas, que atribui aos conselheiros o papel de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (FAVERO, 2011).

Segundo Pedrini (2007), tem-se que o controle social é:

*“Processo (conjunto de mecanismos e instrumentos) de participação popular na gestão (formulação, planejamento, gerenciamento financeiro, monitoramento e avaliação) das diversas políticas públicas e das instâncias estatais e governamentais.”*

De acordo com Braga (2011):

*“Os conceitos existentes na literatura de controle social (...) referem-se a formas participativas de ação da sociedade, organizada ou não, no controle e no acompanhamento das políticas públicas, desde a sua formulação até a sua implementação. Essa prática ganhou força com o fim do governo militar e redemocratização da sociedade, sendo materializada principalmente pela estrutura colegiada dos conselhos, como instância de participação popular na vida pública mais vulgarizada.”*

Esse controle social se faz pela atuação popular por meio de denúncias, manifestações públicas, ações judiciais, ou ainda por

instâncias organizadas, como os conselhos em seus diversos matizes, e tem um caráter complementar em relação ao controle exercido pelos órgãos governamentais (BRAGA, 2011) - controle interno e externo - pois as instâncias de representação popular dependem do controle institucional, que dispõe de servidores e recursos governamentais, naturalmente escassos, e um corpo técnico apto a converter as situações apontadas em processos que permitiram a punição dos envolvidos e o ressarcimento do Erário, entre outras finalidades (BICALHO, 2012).

De acordo com Silva (2013), a integração com a comunidade, para atingir a provisão de serviços de saúde busca:

*“Oficializar a participação da Universidade nas instâncias de pactuação do SUS, como Conselhos Municipais de Saúde e Comissões de Integração Ensino-Serviço. Os Conselhos Municipais de Saúde e Comissões de Integração Ensino-Serviço são, respectivamente, dispositivos para fomentar o controle social do Sistema único de Saúde, e a articulação entre este e as instituições de ensino. Estão previstos na lei federal 8080/90.” (BRASIL, 1990).*

Ainda para Souza (2013):

*“Grande e compreensível é a responsabilidade que tem o gestor municipal em organizar e manter com qualidade os serviços de Atenção Básica, que sejam capazes de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde (...); considerando as competências e atribuições dos entes federativos nas redes de atenção para efetivação do direito à saúde, destaque é dado ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, fortalecendo um maior controle social, pondo mais segurança jurídica nas relações interfederativas, e dando mais clareza aos papéis dos entes envolvidos (BRASIL, 2011).*

Com olhar para a monitoração e avaliação da Atenção Básica, a expectativa é que os gestores e profissionais de saúde dos municípios sejam instrumentalizados para a realização do diagnóstico local, por meio do acompanhamento dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB),

do Pacto pela Saúde e dos Planos de Ação firmados com os gestores municipais. A divulgação das informações de saúde elaboradas a partir dos dados locais regionais tem em vista o empoderamento da sociedade civil organizada e o fortalecimento do controle social (HEINZELMANN, 2013).

Em linhas gerais, de forma resumida, diversos autores das publicações encontradas (TRINO, 2013; MOREIRA; ESCOREL, 2009; SOUZA, 2013; BICALHO, 2012; BRAGA, 2011; BRASIL, 2011b), entendem que para consolidação e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, diversos pontos devem ser otimizados visando a eficiência de resultados:

- Fortalecimento da gestão em todos os níveis
- Fortalecimento do controle social e da participação popular
- Valorização do trabalhador
- Ações intersetoriais visando uma atenção integral à saúde
- Programa de requalificação das UBS
- Acesso e qualidade

Os Conselhos de Saúde foram criados nos 5.564 municípios do país, arregimentando cerca de 72.000 conselheiros. Os números demonstram o avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Autores afirmam que a institucionalização dos Conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia os atores que participam de seu processo decisório. Constatam, porém, que isto é insuficiente para tornar tal processo efetivamente democratizado (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A análise dos resultados da pesquisa bibliográfica mostra que os Conselhos Municipais de saúde (CMS) têm problemas com autonomia e organização e bom desempenho no acesso (STRALEN *et al.*, 2010). A distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000. Os problemas

identificados são reações à institucionalização dos CMS. Estas provêm de governantes que consideram as atribuições e o caráter deliberativo dos CMS ameaças a seus interesses. Ocorrem por seu baixo custo, pois as regras do processo decisório não as desestimulam (CARVALHO, 2005).

A LOS - Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) define os conselhos e conferências de saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação da sociedade. Para que a atuação dos CMS logre sucesso, há a necessidade de reconhecimento e legitimação, seja pelos atores políticos que têm assento no conselho ou pelas instituições políticas que participam do processo decisório das políticas municipais de saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A Lei n. 8.142/90 estabelece e define que cabe ao poder executivo homologar, em até trinta dias, as deliberações dos CMS. Para a prática corrente de conselheiros, sanitaristas e até de acadêmicos, deliberação é a decisão tomada pelo plenário do CMS, geralmente por votação, acerca das políticas de saúde, indicando que, neste aspecto, as propostas da "participação popular" prevalecem sobre as da "participação social" (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.142 define que para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, municípios, estados e Distrito Federal devem criar e manter funcionando seus respectivos conselhos, os custos da supressão dos CMS tornam-se proibitivos, o que garante o avanço e a consolidação da inclusividade. Ao inverso, o fato de haver normas que atribuem às SMS o provimento das condições de autonomia dos CMS, mas não estipulam sanções para o seu descumprimento, reduz consideravelmente os custos de reações que mitiguem ou neguem a estes estrutura, equipamento, equipe e orçamento. Além disso, há poderosos argumentos de austeridade fiscal e monetária que também funcionam como redutores dos custos destas reações (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

O processo democrático brasileiro, segundo Fuks (2004), no que concerne ao setor saúde em nível municipal, assume características de uma hegemonia inclusiva que tornou-se capaz de promover um vigoroso aumento da participação, porém ainda não conseguiu legitimar e consolidar as instituições que têm como responsabilidade viabilizar a participação efetiva dos novos atores.

A Resolução n. 453 de 10 de maio de 2012 reformulou o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, determinando como primeira diretriz:

*“O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.” (BRASIL, 2012).*

No portal da transparência do governo, encontramos um texto pertinente ao assunto (organização e estrutura dos Conselhos de Saúde), que assim pode-se resumir. O controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas. Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas (BRASIL, 2011).

Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação

popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 1990).

Os conselhos devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que, para cada conselheiro representante do Estado (ou município), haverá um representante da sociedade civil (exemplo: se um conselho tiver 14 conselheiros, sete serão representantes do Estado e sete representarão a sociedade civil). Mas há exceções à regra da paridade dos conselhos, tais como na saúde e na segurança alimentar. Os conselhos de saúde, por exemplo, são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A responsabilidades dos Conselhos Municipal de Saúde está assim definida:

- Controla o dinheiro da saúde.
- Acompanha as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais.
- Participa da elaboração das metas para a saúde.
- Controla a execução das ações na saúde.
- Deve se reunir pelo menos uma vez por mês (BRASIL, 2012).

Conforme as recomendações do SUS, o conselho de saúde é quem define, por orientação de seu plenário, o número de pessoas na sua parte administrativa e como trabalharão.

*“O conselho de saúde é um espaço democrático de discussões. No conselho todos têm voz e vez. Todos devem conhecer bem suas atribuições. O conselho deve se estruturar de maneira que os conselheiros e as outras pessoas que trabalham nele saibam o que devem fazer, para que o trabalho seja bem dividido. Não pode haver diferença de poder entre os conselheiros.”* (BRASIL, 1990).

O conselho funcionará baseado em seu regimento interno. Daí a importância de se aprovar o regimento interno de cada conselho (CRUZ, 2010).

#### 4.4.1 Papel do Conselho de Saúde no controle social

O controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país (BRASIL, 1988). Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o conselho de saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social na área da saúde.

Por meio dos conselhos de saúde, a comunidade representada atua:

- a) fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde;
- b) verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e
- c) verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa (BRASIL, 2010).

Através dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde. Além disso, os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade (CRUZ, 2010).

Em relação à estruturação dos Conselhos de Saúde, assim determina a legislação:



*“Na criação e na reformulação (reestruturação) dos conselhos de saúde, a Secretaria de Saúde, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, de acordo com o que foi decidido nas conferências de saúde (Lei 8.142/1990).” (BRASIL, 1990).*

#### 4.4.2 Orçamento do conselho de saúde

Por vezes, o dinheiro para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura ou do governo estadual ou do governo federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. De qualquer forma, é preciso lembrar que o dinheiro destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio. Esta é uma questão muito importante para a independência dos conselhos. O conselheiro tem direito de cobrar da administração municipal a disponibilização de recursos no orçamento para funcionamento do conselho, o qual tem direito de ter dinheiro próprio para custear despesas de funcionamento (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

*“As secretarias de saúde devem garantir que os conselhos possuam independência. A garantia de recursos financeiros (dotação orçamentária) possibilita ao conselho ter, quando necessário, sua secretaria executiva, a qual é composta por pessoas para trabalhar no dia a dia do conselho e cuidar das reuniões e das comunicações. Os recursos financeiros também possibilitam que o conselho mantenha sua estrutura administrativa e logística (sala própria, móveis como cadeiras e mesa, telefone, computador, internet etc.). Garantem também o deslocamento de conselheiros e materiais de divulgação, além de custear ações de educação do conselho na comunidade. A realização das conferências de saúde também faz parte das atividades a serem realizadas com a dotação orçamentária do conselho e com a ajuda da secretaria de saúde.” (BRASIL, 1990).*

#### 4.4.3 Conselheiros

O número de conselheiros será indicado pelo plenário do conselho e das conferências de saúde e deve ser definido na lei de criação do conselho.

*“O mandato dos conselheiros não deve coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal. A Resolução 333/2003 sugere a duração de dois anos para o mandato, podendo os conselheiros ser reconduzidos (reeleitos), a critério de suas representações.” (BRASIL, 1990).*

#### 4.4.4 O conselho de saúde

O conselho de saúde deve ter um presidente eleito por seus membros. A escolha dos conselheiros deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade possam saber e indicar representantes. A escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição ou por indicação, de acordo com o previsto no regimento interno do próprio conselho (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

*“Alguns conselhos de saúde estabelecem, em seu regimento interno, que somente representantes dos usuários dos serviços de saúde podem candidatar-se a presidente, já que esse segmento representa a maior parte dos conselheiros e toda a sociedade, cliente dos serviços de saúde.” (BRASIL, 1990).*

#### 4.4.5 Reuniões do conselho de saúde

*“A Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde recomenda que o plenário do conselho reúna-se, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário. As reuniões plenárias são abertas ao público.” (BRASIL, 1990).*

É importante que os assuntos tratados em cada reunião sejam registrados em ata. Basta que, durante a reunião, a pessoa

responsável pela Secretaria Executiva escreva tudo o que está sendo falado, o mais detalhadamente possível, e registre o nome de todos os conselheiros presentes. Após a reunião, os escritos são organizados no caderno de atas. Na reunião seguinte será apresentada a ata da reunião anterior, para que seja assinada pelos conselheiros que estiveram presentes e concordarem com tudo o que foi escrito (CRUZ, 2012).

*“A pauta (os assuntos que serão tratados) e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência, para facilitar os trabalhos durante a reunião e permitir que os assuntos em pauta sejam conhecidos previamente.” (BRASIL, 1990).*

Sabemos que, por vezes, a convocação dos conselheiros para as reuniões não acontece com a antecedência necessária ou, pior, simplesmente não acontece. Por isso, uma das sugestões é que a convocação seja encaminhada aos conselheiros por escrito, por meio de Aviso de Recebimento (AR) dado pelos correios. Assim, é possível comprovar se a convocação de fato aconteceu ou não. É importante que o regimento interno defina a antecedência mínima para a convocação das reuniões, para o recebimento da pauta com os assuntos a serem discutidos e de cópia da ata da reunião anterior. Caso o regimento interno não fale de tais assuntos, pode-se sugerir que eles sejam incluídos (CRUZ, 2012).

*“O conselheiro não deve, de forma alguma, assinar listas de presença ou atas de reuniões das quais não participou. Há municípios, principalmente os da região amazônica, onde as comunidades isoladas têm grande dificuldade de acompanhar as reuniões do conselho. Com o objetivo de garantir maior participação de moradores destas localidades longínquas, as reuniões são organizadas de forma itinerante, mobilizando e alcançando maior número de moradores.” (BRASIL, 1990).*

#### 4.4.6 Prestação de contas do gestor

Os gestores da saúde (prefeito ou governador e secretário de saúde) devem prestar contas dos gastos com a saúde ao conselho. O conselho também deve acompanhar se aquilo que ficou estabelecido no Plano de Saúde está sendo cumprido. Se, por algum motivo, o que foi estabelecido nesse plano não estiver sendo cumprido, o conselho pode convocar o secretário de saúde, a fim de propor correções. Caso não seja atendido, o conselho pode entrar em contato com algum órgão de controle (CRUZ, 2012).

#### 4.4.7 Prestação de contas do conselho de saúde

*“De acordo com a Resolução 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde, a prestação de contas por parte dos gestores deve acontecer a cada 3 meses. Essa prestação de contas acontece por meio de relatório detalhado. O relatório de prestação de contas dos conselhos de saúde deve conter, pelo menos, as seguintes informações:*

- como estão sendo executadas as ações de saúde;*
- o relatório de gestão;*
- recursos financeiros: quanto foi aplicado e como foi aplicado;*
- as auditorias iniciadas e concluídas no período;*
- a produção e a oferta de serviços do SUS.” (BRASIL, 1990).*

Segundo Fávero (2009), a fragilidade percebida é de que os órgãos responsáveis pelo programa no âmbito do MS se eximem de determinados controles e acompanhamentos, devido principalmente à falta de definições específicas.

#### 4.4.8 Estrutura e funcionamento do conselho de saúde

O conselho de saúde exerce suas atribuições através de seu plenário. Para facilitar o trabalho, os conselheiros podem ser divididos em grupos, para trabalharem em comissões, como por exemplo:

- acompanhamento e fiscalização;
- saúde;
- comunicação e educação da sociedade;
- orçamento e financiamento do SUS (CRUZ, 2012).

*“Pode haver outras comissões, mais específicas ainda, dependendo da necessidade do conselho. Outras comissões e grupos de trabalho para ações temporárias podem ser criadas, de acordo com as necessidades da região. Alguns conselhos procuram organizar suas comissões considerando os blocos de financiamento (este assunto será tratado no Anexo 6 – Blocos de Financiamento do SUS – desta publicação). O conselho de saúde pode se dividir em conselhos locais, que ficarão responsáveis pela fiscalização e acompanhamento de bairros ou regiões do município, no caso do conselho municipal de saúde, ou regiões estaduais, no caso do conselho estadual de saúde.  
(...)”*

*Os conselhos locais facilitam a verificação de perto do que está acontecendo na comunidade. Seus conselheiros devem levar propostas e necessidades do local específico para o plenário do conselho de saúde. Essa descentralização em conselhos locais deve estar prevista no regimento interno.*

*Outra ação interessante é a construção de redes entre diversos conselhos. Conhecer e comunicar-se com outros conselhos fortalece o controle social.” (BRASIL, 1990).*

O conselho de saúde constituirá uma coordenação geral ou mesa diretora, respeitando a paridade (proporção dos segmentos representados). Todos os integrantes da coordenação geral ou da mesa diretora devem ser conselheiros. A coordenação geral ou mesa diretora será eleita pelo plenário, inclusive o seu presidente ou coordenador. As decisões do conselho serão adotadas mediante quórum mínimo de seus conselheiros (CRUZ, 2012).

*“Quórum é o número mínimo de pessoas necessário para que o conselho possa tomar decisões. O quórum é definido no regimento interno. Se o quórum não for*

*obedecido, as decisões não terão validade.* (BRASIL, 1990).

Qualquer alteração na organização do conselho de saúde deve preservar o que está garantido em lei. Além disso, para se alterar a organização do conselho, que se encontra estabelecida em seu regimento interno, é necessário que o próprio conselho faça a proposta e vote em reunião plenária. O gestor (prefeito ou governador) deve homologar essa mudança (CRUZ, 1990).

*“O conselho de saúde pode buscar auditorias externas e independentes para ajudar a fiscalizar as contas e as atividades do gestor do SUS. Mas é preciso que haja uma justificativa para essa ajuda externa.”* (BRASIL, 1990).

O plenário do conselho tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos, tais como resoluções, recomendações e propostas. As resoluções serão homologadas pelo prefeito ou governador em 30 (trinta) dias e devem ser divulgadas oficialmente. Se os 30 dias se passarem e a resolução não for homologada, ou se o gestor não enviar ao conselho uma justificativa com proposta de mudança ou rejeição da resolução, o conselho de saúde pode buscar sua validação. O conselho pode recorrer, quando necessário, ao Ministério Público (CRUZ, 2012).

#### 4.5 Atas do Conselho Nacional de Saúde no período de 2011 a 2014 com abordagem do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde

Analisando algumas Atas de reuniões dos Conselhos de Saúde a partir do ano de 2011 até o atual, com abordagem para o Programa Requalificar de Unidades Básicas de Saúde, publicadas em sítios da *internet* e com livre acesso, pode-se destacar que a maioria trata de assuntos como a qualidade da oferta do atendimento da saúde, como

foi a mais recente encontrada, da Secretaria Estadual da Bahia de 14/01/2014, que abordou diversos assuntos, entre eles: problemas no financiamento da saúde e grandes desafios pela frente; posse de novos membros; os caminhos do SUS e seu fortalecimento; aprovação dos relatórios e gestão; leitura dos expedientes encaminhados; parcerias; referendo dos municípios aptos a receberem os valores referentes à parcelas do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; entre outros assuntos.

Em 12 dezembro 2013, na ata de reunião, citam as diversas portarias que redefinem o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para diversos municípios.

Em 29 maio 2013 a Ata de reunião da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul homologa parecer favorável da Câmara Técnica: Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Ponta Porã - Construção: ESF.

Uma Ata de reunião dos membros do Conselho de Saúde, Estado de Mato Grosso ocorrida no ano de 2013 foi citado o prazo das Portarias que tratam do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e suas modalidades: ampliação reforma e construção, que se encerra em 05 de abril de 2013, entre outros assuntos.

Em 01 fevereiro 2013, a Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Saúde de Indaiatuba (SP), cita as equipes contempladas com a avaliação, alcançando 100% na avaliação e aumentando em 100% o valor repassado por equipe (programa de requalificação de UBS): PSF.

Ata de 25 junho 2013, do Paraná, informa prazos para habilitação ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde.

Em Ata de 08 de dezembro de 2011 que aconteceu no Rio de Janeiro, foram citadas as aprovações *ad referendum* de diversos municípios com aval do Ministério da Saúde para receber os recursos

referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Em Ata da reunião do dia 03 fevereiro de 2014, o Conselho Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos (SP) presta contas das Auditorias realizadas ou em fase de execução: 1- COMUS “Conselho Municipal de Saúde” – fiscalização das reformas referentes ao programa “Requalifica SUS” às Unidades Básicas de Saúde.

A Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro trata da Portaria GM 340 de 4 de janeiro de 2013 que institui o componente de construção no âmbito do programa de requalificação das unidades básicas de saúde, entre outros assuntos.

Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Garapoba (SC), ratifica a alteração de endereço da construção da Unidade Básica de Saúde, Programa Requalifica UBS, componente construção, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013, do Município de Cunha Porá; aprova a solicitação de recurso federal, para construção de Unidade Básica de Saúde, para o Município de Painel, Portaria Ministério da Saúde 1.380 de 9 de julho de 2013 – Programa Requalificação de UBS – componente construção; Aprova a solicitação de recurso federal, através do Programa de Requalifica SUS, proposta 11.375.686.0001/13-016, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, entre outros assuntos.

Em Ata de reunião do dia 28 de agosto 2013, o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG), presta contas e informa as reformas contempladas em resolução, que compõem o requalifica SUS, já habilitado pelo Ministério da Saúde em 2012 e o recurso caiu no fundo a fundo ainda no final de 2012 e em março de 2013 foi publicada portaria que estabeleceu o prazo para que fossem concluídas as reformas.

Inúmeras atas dos Conselhos Municipais de Saúde do país estão publicadas, apresentando o resumo de suas reuniões. Quase que por unanimidade, tratam do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde em seus municípios.





## 5 RESULTADOS

### 5.1 Publicações do programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde com foco no controle social

É importante esclarecer que não foram encontradas publicações do Ministério da Saúde com enfoque para o controle social. Assim, buscou-se na literatura contemporânea a opinião de diversos autores e suas publicações para abordar o tema em estudo. Cabe ressaltar, então, que é de grande importância que os órgãos oficiais (Ministério da Saúde, entre outros) se manifestem e tenham maior participação nas ações que promovam a organização entre os atores envolvidos.

## **6 APROXIMAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL COM O PROGRAMA REQUALIFICA UBS**

Em linhas gerais da nova política nacional de Atenção Básica, entende Lana (2013) a necessidade do fortalecimento da Gestão, do Controle Social e da Participação da Comunidade – Nova PNAB, PMAQ, Política de EP, Mais Médicos, entre outras.

Para Souza (2013), entre 1992 e 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) consolidou seus esforços para ter Conselhos de Saúde - o chamado controle social - em todas as instâncias (federal, estaduais e municipais) no País, de forma a obter transparência na gestão da saúde pública com a participação da comunidade.

Assim como a maioria dos municípios do país, a Implementação do Controle Social na Gestão das Políticas de Saúde, a gestão tem como diretrizes de atuação do controle social a agregação da lógica do Apoio Institucional no processo de trabalho do Controle Social, fortalecendo a descentralização com discussão do controle social no cotidiano dos distritos, unidades e núcleos de gestão. Também é prioridade a articulação entre os conselhos das diversas políticas públicas municipais (saúde, educação e assistência social) e a inclusão da perspectiva do controle social e ouvidoria no sistema de avaliação (BICALHO, 2012).

Ainda, a realização da Conferência Municipal de Saúde é a instância máxima de debates e deliberações do SUS no município e sua organização, junto com o Conselho Municipal de Saúde, tem importância para a qualidade do SUS. Cabendo à gestão executar todas as propostas encaminhadas para que não fiquem apenas no papel contribuindo para fortalecer a credibilidade deste fórum, promovendo assim a mobilização da comunidade (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Caberá ao Conselho Municipal de Saúde, o acompanhamento, através da programação anual e relatório de

Gestão (trimestral e anual), das ações previstas no Plano Municipal de Saúde e das propostas do relatório final.

## **7 PROPOSTAS E SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL**

A partir do conceito de Atenção Básica pode-se considerar que a função da Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente de estratégias em sua organização, é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, atuando direta e indiretamente no processo de saúde/doença da população, respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade pessoal, ampliando sobremaneira a participação e o controle social com vistas à vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida das pessoas, dentro de seu raio de atuação (BRASIL, 2011b).

Além dessa atuação direta, a Unidade Básica de Saúde tem também como função, conhecer a realidade da população através de diagnósticos epidemiológicos geograficamente localizados. O monitoramento visa acompanhar a efetiva atuação dos profissionais da Atenção Básica no País, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além disso, de acordo com instrução do Ministério da Saúde, a Estratégia deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2011b).

Seu desenvolvimento ocorre nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, mediante a atuação das equipes Saúde da Família – Equipes SF.

O conceito social, como princípio do SUS, implica a possibilidade dos usuários intervirem nos serviços de saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na finalização de sua efetivação. Neste sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária, em particular na atenção básica à saúde, pressupõem a concepção do usuário como corresponsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avaliá-lo, bem como para nele intervir e modificá-lo (JORGE *et al*, 2007).

Para tal é necessário direcionar a esse público a produção e publicação de materiais, promoção de oficinas de capacitações, orientar quanto ao acesso *online* do Portal da SAGE, site público onde é possível acessar várias informações do Programa Requalica UBS, *site* do Fundo Nacional de Saúde (FNS) onde se verifica os recursos disponibilizados.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social.

Nos últimos 20 anos, houve avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, com intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema.

O SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, associados às recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, segundo as quais é essencial abordar as causas primordiais dos problemas de saúde, podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar enormes dificuldades.

Quanto aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), confirma-se que a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidos no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora, que representaria a

articulação entre instâncias da democracia representativa e participativa, é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde, pois é o que pode conferir legitimidade aos CMS, destravando-lhe o caminho da liberalização.

O Programa Requalificação de UBS tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para a construção e melhorias de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações. A adesão é praticamente de todos os municípios do país, visto que se trata da melhoria das condições de trabalho, da ambiência, humanização e acolhimento no atendimento à saúde da população.

A pesquisa foi realizada por meio de estudos bibliográficos, documentais e levantamento de informações, e possibilitou, entre outros, desenvolver referencial teórico no sentido de apreender conceitos básicos aplicados ao tema, onde se evidenciou a operacionalização do Programa REQUALIFICA UBS, no qual o recurso financeiro transferido possui natureza de incentivo aos municípios para fins de aperfeiçoamento da estrutura física das Unidades de Saúde e melhor desempenho das ações das Equipes de Atenção Básica, sendo efetuado, geralmente, pela modalidade fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde), que, por natureza do instrumento, agiliza a ação de governo.

O princípio do controle social baseia-se na premissa de que quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e fiscalização do Sistema Único de Saúde (SUS), maior será a probabilidade de que a implementação das respectivas políticas públicas obtenha êxito e traga resultados profícuos para a população brasileira. Verifica-se, assim, a necessidade dos órgãos de saúde (Ministério da Saúde), implementar mecanismos de apoio adequados, bem como sugere-se a publicação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade dos gestores, induzindo a



implementação do controle social nos três níveis, em especial dos Conselhos Municipais de Saúde, fortalecendo-os.

Conclui-se que a satisfação dos usuários e sua visão sobre resolutividade da assistência contribuem para a organização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, onde se faz necessária a publicação de materiais por parte do Ministério da Saúde direcionado a esses atores.

## 9 REFERÊNCIAS

BICALHO, Marlene Aparecida Braga. **Avaliação da gestão de risco e dos controles internos aplicados ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: TCU, 2012.

BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo, **O controle social da educação básica pública: a atuação dos conselheiros do FUNDEB**. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília: FUNDEB, 2011. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/9218>. Acesso: 21 jun 2012]4.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde - Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2013 b. v. 3.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília: presidência da República, 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012rep.html). Acesso: 02 jul 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; 28 dez., 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. May 2010. Brasília: O Ministério. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>. Acesso: 21 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde**. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. Brasília: MS, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 março 1986. Relatório Final. **Anais...** Brasília: MS, 1986.

CARVALHO, A.I. **Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 2005.

CASTRO, Domingos Poubel de. **Auditoria, contabilidade e controle interno no setor público**. 3ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CRUZ, Ismar Barbosa. **Orientações para Conselheiros de saúde**. Brasília: TCU, 2010.

FAVERO, Eduardo. **Análise dos controles dos repasses fundo a fundo na saúde**. Monografia de Especialização 2009-2011. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/>. Acesso: 14 jun 2014.

FUKS, M. Democracia e Participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTO, R.M.; SOUZA, N.R. (org). **Democracia e Participação: os conselhos gestores no Paraná**. Curitiba: UFPR; 2004.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; VIEIRA, L.B.; PAIVA, F.D.S.; SILVA, D.R.; PINTO, A.G.A. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev. baiana saúde pública** 2007;31(2):256-266.

LABRA, M.E.; ST.AUBYN, F.J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LA FORGIA, B.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. The World Bank. São Paulo: Singular; 2009.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LANA, Vinícius. **Atenção Básica**. Ministério da Saúde Portal. Publicado em 17 nov 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>. Acesso: 22 jun 2014.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.

MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2009; 3: 795-805.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rev. Escolas Médicas no Brasil. Publicado em

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rev. Escolas Médicas no Brasil. Publicado em 28 mai 2012. Disponível em: [http://www.escolasmedicas.com.br/art\\_det.php=br](http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php=br). Acesso: 21 jun 2014.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, novembro, 2010.

SILVA, Flávio Dias. **Diretrizes para orientação do internato médico para a atenção primária à saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2013.

SOUZA, Gisélia Santana; HEINZELMANN, Ricardo. **Manual para os novos gestores: conhecendo a Atenção Básica**. Salvador: Diretoria Estadual de Atenção Básica, 2013.

VAN STRALEN, C.J.; LIMA, A.M.D.; FONSECA SOBRINHO, D.; SARAIVA, L.E.S.; VAN STRALEN, T.; BELISARIO, S.A. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Cien Saude Colet** 2010; 11(3):621-632.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.