

Jomilton Costa Souza

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PARTICIPASUS COM FOCO  
NA ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

Brasília/DF, 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOMILTON COSTA SOUZA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PARTICIPASUS COM FOCO  
NA ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Professor Dr. Fernando Ferreira Carneiro  
Co-Orientador: Professor Dr. Antônio José Costa Cardoso

BRASÍLIA  
2012

**JOMILTON COSTA SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PARTICIPASUS COM FOCO  
NA ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 31/01/2013

**BANCA EXAMINADORA**

Componente da banca - Professor Dr. Fernando Ferreira Carneiro (Presidente)  
Instituição à que pertence – Faculdade de Saúde/UnB

Componente da banca - Professor Dr. Antônio José Costa Cardoso  
Instituição à que pertence – Faculdade de Saúde/UnB

Componente da banca – Professor Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
Instituição à que pertence – FIOCRUZ/MS

*Dedico este trabalho a minha família: do núcleo mais próximo: Socorro, minha eterna esposa, por ter me incentivado desde o início e sempre confiando no meu poder de aprendizagem. Júnior, Carol e Camila, meus filhos, nunca parem de estudar, que cada um seja sempre, um eterno aprendiz. Nella Cristina valeu! Do núcleo anterior: o Seu Manoel e Dona Terezinha, meus pais, mais uma vitória de muita luta. Jolman, Jomildo, Jonilto e Marcel, meus irmãos, olha aí, mais um passo.*

## **AGRADECIMENTOS**

### **DEUS**

Em primeiro lugar, por toda a minha fé, sem ela era impossível vencer mais uma etapa da minha vida e por fim, Ele é o criador.

### **MEUS AMIGOS**

Pela amizade da década de 80, muito obrigado meus amigos pelo espelho de vida, caminhamos certo por toda nossa adolescência e hoje somos bons pais de família. Um agradecimento especial aos meus amigos de fé: Adaury, Agton, Everton e Rodrigo.

### **SGEP/MS**

Pela família que somos, fizemos um belíssimo trabalho 2003/2010, na Gestão do Presidente Lula e continuamos, para avançar ainda mais no controle social, na Gestão da primeira presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. Por um país sem miséria, no combate ao desperdício e à corrupção.

### **MINHA FAMÍLIA**

Meu carinho eterno pelo meu irmão Dr. Jonilto, professor da Unb, o grande motivador. Meus pais, Sr. Manoel e D. Terezinha, sem palavras, que seres humanos incríveis. Meus irmãos Jolman, Jomildo e George Marcel, que bom, vocês sempre estavam do meu lado.

### **MINHA ESPOSA E MEUS FILHOS**

A construção de uma nova geração é muito difícil, mas a mulher que escolhi para ser a mãe dos meus filhos facilitou muito. Obrigado meu Deus, por essa nova Família tão maravilhosa (Jomilton, 2004). Hoje eu vejo três adultos maravilhosos, buscando seus espaços no mercado.

*“De tanto ver triunfar as nulidades, de tanto ver prosperar a desonra, de tanto ver crescer a injustiça. De tanto ver agigantarem-se os poderes nas mãos dos maus, o homem chega a desanimar-se da virtude, a rir-se da honra e a ter vergonha de ser honesto.”*  
*(Rui Barbosa)*

## RESUMO

Este trabalho avalia a participação social no Sistema Único de Saúde a partir de dados secundários, com foco no mecanismo institucionalizado de controle social e nas condições de funcionamento (capacidade instalada) dos Conselhos Estaduais de Saúde. A construção da política ParticipaSUS constitui um desafio para as três esferas de governo. A pesquisa realizada levou em conta as seguintes fontes de dados: Planos Estaduais de Saúde 2008/2011, Programação Anual de Saúde 2011, Relatório Anual de Gestão 2011, Documento consolidado de informações da Pesquisa realizada pelo Programa de Inclusão Digital em 2010, Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão e Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde em 2012. Destaca-se nos resultados que mesmo assegurando o planejamento de fortalecimento de controle social do Sistema Único de Saúde nos Planos Estaduais de Saúde, 81,48% das programações e das execuções não são executadas. Espera-se que a divulgação desses resultados contribua para promover um debate nacional e que os Conselhos Estaduais de Saúde atuem e deliberem na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, de forma participativa e inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros.

**Palavras-chave:** Participação Social; Conselhos Estaduais de Saúde; ParticipaSUS

## ABSTRACT

This work evaluates the social engagement on the Unified Health System according to secondary data, focusing on the institutionalized mechanism of social control and on the operating conditions (installed capacity) of the State of Health councils. The creation of the *ParticipaSUS* policy is a challenge for all three levels of the Government Actions. This research considered the following data sources: State Health Plans 2008/2011, Annual Program of Health 2011, Annual Management Report, Research Document carried out by the Digital Insertion Program in 2010. The results show that even though the social control of the Unified Health System is consolidated, 81.48% of schedules and executions do not happen. It is expected that the publishing of these results will contribute to a national debate about the subject and that the State of Health Councils will act and take decisions on formulating strategies on health policies, putting into practice participatory and inclusive way in logistics, economic and financial aspects.

**Keywords:** Social Participation; State health councils; Counselors



## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Modelo Teórico (MT)   | 22 |
| Figura 2 – Modelo Lógico (ML)  | 23 |
| Figura 3 – Modelo  | 29 |
| Figura 4 – Linha do Tempo da ParticipaSUS                                | 36 |
| Gráfico 1 – Funcionamento e Infraestrutura dos CES por Região            | 49 |
| Gráfico 2 – Sede Própria, SE Estruturada, Orçamento Próprio e Transporte | 50 |
| Gráfico 3 – Equipamentos   | 51 |
| Gráfico 4 – Capacitação de Conselheiros e Equipamentos/Região do Brasil  | 53 |

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Instrumentos de Análises                             | 33 |
| Tabela 1 – Condições de Funcionamento do Conselhos de Saúde     | 31 |
| Tabela 2 – Análise das Condições de Funcionamento dos Conselhos | 35 |
| Tabela 3 – Região Norte   | 40 |
| Tabela 4 – Região Nordeste                                      | 42 |
| Tabela 5 – Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul                  | 44 |

## Lista Abreviaturas e Siglas

|              |  |
|--------------|--|
| CES          | -Conselho Estadual de Saúde                              |
| CIB          | Comissão Intergestora Bipartite                          |
| CIR          | Comissão Intergestora Regional                           |
| CIT          | Comissão intergestora Tripartite                         |
| CF           | -Constituição Federal                                    |
| COAP         | -Contrato Organizativo de Ação Pública                   |
| CONASEMS     | -Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde    |
| CONASS       | -Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde     |
| FormSUS      | -Formulário Informatizado do SUS                         |
| GM           | -Gabinete do Ministro                                    |
| ML           | -Modelo Lógico   |
| MS           | -Ministério da Saúde                                     |
| MT           | -Modelo Teórico  |
| ParticipaSUS | -Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa |
| PAS          | -Programação Anual de Saúde                              |
| PES          | -Plano Estadual de Saúde                                 |
| PID          | -Programa de Inclusão Digital                            |
| PPA          | -Plano Plurianual  |
| PS           | -Planos de Saúde   |
| RAG          | -Relatório Anual de Gestão                               |
| RSB          | -Reforma Sanitária Brasileira                            |
| SargSUS      | -Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão                 |
| SE           | -Secretaria Executiva                                    |
| SGEP         | -Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa        |
| SIASC        | -Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde        |
| SUS          | -Sistema Único de Saúde                                  |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>13</b> |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>18</b> |
| 2.1          | Objetivo Geral  | 18        |
| 2.1          | Objetivo Específico   | 18        |
| <b>3</b>     | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>                                      | <b>19</b> |
| 3.1          | A ParticipaSUS  | 19        |
| 3.2          | Avaliação de Políticas Públicas                                 | 20        |
| 3.3          | Modelo Teórico e Lógico   | 21        |
| 3.4          | Gestão Participativa  | 24        |
| <b>4</b>     | <b>METODOLOGIA</b>  | <b>27</b> |
| 4.1          | Primeira Fase – Check list da Política PartipaSUS               | 29        |
| 4.2          | Segunda Fase – Construindo o modelo lógico                      | 30        |
| 4.3          | Terceira Fase – Aplicar o Modelo lógico (AVALIAR)               | 31        |
| 4.4          | Quarta e Última Fase – Elaboração de recomendação para o Gestor | 32        |
| 4.5          | Aspectos Éticos   | 32        |
| <b>5</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                                   | <b>33</b> |
| 5.1          | Problemas identificados nos CES e a relação com a ParticipaSUS  | 34        |
| 5.2          | O Modelo Lógico   | 38        |
| <b>5.2.1</b> | <b>Região Norte</b>   | <b>40</b> |
| <b>5.2.2</b> | <b>Região Nordeste</b>  | <b>42</b> |
| <b>5.2.3</b> | <b>Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul</b>                      | <b>44</b> |
| 5.3          | Aplicação do Modelo   | 47        |
| 5.4          | Capacidade instalada dos Conselhos Estaduais de Saúde           | 48        |
| <b>5.4.1</b> | <b>Funcionamento e infraestrutura</b>                           | <b>49</b> |
| <b>5.4.2</b> | <b>Infraestrutura e logística dos conselhos</b>                 | <b>50</b> |
| <b>5.4.3</b> | <b>Equipamentos</b>   | <b>51</b> |
| <b>5.4.4</b> | <b>Educação Permanente e os equipamentos relacionados</b>       | <b>52</b> |
| 5.5          | Recomendações para o Gestor e para os CES                       | 53        |
| <b>6</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                     | <b>55</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                               | <b>58</b> |
|              | <b>ANEXOS</b>   | <b>64</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A questão da participação social e o processo histórico da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) são interligados desde as intensas discussões da década de 1970, quando as transformações propostas e a vontade de participar revolucionaram a relação entre Estado e sociedade num debate duro entre a repressão militar e os movimentos sociais, buscando o direito de voz desde o golpe de estado de 1964. (SIQUEIRA-BATISTA, 2006).

A Reforma Sanitária Brasileira visava produzir um novo conhecimento e consciência de vida que abarcasse as causas populares, a saúde coletiva e o que fosse capaz de materializar uma proposta alternativa de saúde baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania. De fato, o movimento lutava pela transformação social, promovendo a constituição de sujeitos dotados de consciência social, conquistada por meio de sua luta sanitária (PEGO; ALMEIDA, 2001).

A representação da sociedade civil organizada nos Conselhos de Saúde no Brasil foi tema importante no processo de controle social vivido antes da VIII Conferência Nacional de Saúde, como também após a Lei 8.142/1990, que institucionalizou e abriu as portas da participação da sociedade no sentido da organização da saúde e da disseminação da cultura participativa da comunidade, conforme determina o Capítulo da Saúde na Constituição Cidadã de 1988, que regulou assim as instâncias colegiadas de gestão participativa - conferências e conselhos de saúde - nos três níveis de governo (PAIM, 2007).

A partir da inserção da população na construção, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde em todos os níveis do sistema de saúde (GUIZARDI *et al.*, 2004), a institucionalização e promoção da participação social que caracteriza a gestão participativa contribuiu para a ampliação da cidadania, identificando o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres.

A construção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) é um desafio para as esferas de governo do SUS que atuam nas áreas da gestão e do controle social, constituindo-se a partir de quatro componentes: Auditoria, Ouvidoria, Apoio a Gestão Participativa e Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Trata-se de uma iniciativa inédita nestes vinte e três

anos da instituição do Sistema. Constitui também, por outro lado, uma motivação para a qualificação da gestão e dos conselheiros de saúde, conscientes de que o controle social é fundamental para a efetividade e a consolidação do SUS. Esses sujeitos estão conscientes também, que o potencial da ParticipaSUS ainda não é utilizado de forma plena, o qual pode e deve ser mais explorado, quer para superar os novos desafios, quer para agilizar o processo de consolidação do Sistema (Brasil, 2011).

A Portaria GM nº. 3027/2007, que instituiu a Política ParticipaSUS, vem fortalecer alguns pressupostos:

- Reafirmação do direito universal à saúde como responsabilidade do Estado e, portanto, os princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Social;
- Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular;
- Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde;
- Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes;
- Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo;
- Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde;
- Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS;
- Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde; e
- Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

O foco deste trabalho é a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Os conselhos são estratégias institucionais que

objetivam a participação social e abrem as portas do SUS à sociedade civil organizada, mas reforçam também a dinâmica social no sentido de incentivar a criação de associações de interesses, facilitando a disseminação da cultura participativa no setor, que encontra na equidade, na universalidade, na integralidade, na confiança e na tolerância seus princípios fundamentais (LABRA, 2002).

Em 2007, de acordo com a pesquisa Perfil de Conselhos de Saúde no Brasil, projeto da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)<sup>1</sup>, todos os municípios brasileiros possuíam conselhos de saúde: desta forma são 5.565 conselhos municipais e 27 estaduais, sendo cerca de oitenta e sete mil os conselheiros (CARDOSO, 2011).

Em relação aos conselhos estaduais, foco dessa avaliação, tem-se que os assuntos mais debatidos rotineiramente são: prestação de contas, orçamento e financiamento; políticas, planejamento e gestão em saúde; atenção à saúde; controle social; estrutura, organização e funcionamento dos serviços; atuação dos recursos humanos e gestão do trabalho; capacitação; acompanhamento dos conselhos municipais de saúde; e educação permanente.

Segundo Carvalho (2009), “à luz da legislação” os Conselhos de Saúde para funcionar precisam materialmente de: espaço físico; móveis e equipamentos; material permanente e de consumo; acesso a telefone, computador e acessórios, fotocópias; funcionários públicos para as funções de apoio executivo ao conselho; transporte para o exercício de suas funções: reuniões, inspeções, acompanhamentos, participação em eventos locais ou em outros municípios, estados ou Distrito Federal; e acomodação e alimentação na dependência do horário de trabalho.

Sobre a infraestrutura, ainda de acordo com a pesquisa Perfil de Conselhos de Saúde no Brasil (2007), dos 5.565 municípios, cerca de 81% não tinham sede, 34% não possuíam telefone, 62% não dispunham de computador e, dentre os que possuíam computadores, 31% não tinham acesso à internet. Em relação ao

---

<sup>1</sup> Portaria 041/2006 – Ministério da Saúde, com o objetivo de Construção de Metodologia de Monitoramento e Apoio do Controle Social e a Gestão Participativa no SUS.

orçamento, 57% tinham receita própria, mas não apresentavam autonomia para gerenciar o orçamento.

Sem as condições necessárias acima mencionadas, como esperar que os Conselhos de Saúde atuem e deliberem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros?

Compreendendo-se que as políticas e os programas demandam avaliações de espectro variado, necessitando de atuações integradas e articuladas entre os setores que busquem interlocuções permanentes com a sociedade - ouvindo-a, transmitindo informações, avaliando e monitorando resultados, valorizando os diferentes mecanismos de participação da comunidade e acompanhando a melhor aplicação dos recursos destinados às ações e aos serviços de saúde, alguns entraves são destacados pelos gestores do Ministério da Saúde quanto ao ParticipaSUS: de financiamento (Recursos da SGEF representava 0,13% dos recursos do Ministério da Saúde de 2007 a 2010); de gestão; e de baixa participação da comunidade.

A gestão governamental em saúde possui uma natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo), que se conforma a partir da intermediação de interesses distintos e, principalmente, das interações de poder. Cabe destacar que o propósito primordial da gestão em saúde é a intermediação e a implementação de políticas. No caso do SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social.

A conformação jurídica do SUS, de acordo com o disposto no art. 198 da Constituição Federal (CF), exige que todas as ações e serviços públicos de saúde, de todos os entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Desta forma, essa determinação constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado que é o da gestão interfederativa, a qual requer que a



Administração Pública seja dotada de mecanismos que permitam que entes autônomos possam se organizar de modo a executar uma gestão regionalizada.

Até 2011, o Pacto pela Saúde - articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão - introduziu a negociação consensual como arranjo interfederativo de definição de responsabilidades, conformando o SUS como um modelo bem acabado de regionalização e a integração de serviços. Dessa forma, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no MS representou uma inovação no desenvolvimento dos processos participativos e no aperfeiçoamento da democracia do Estado, como também na qualificação das práticas de gestão.

A SGEP tem a responsabilidade de qualificar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

Esse estudo busca, a partir deste contexto, avaliar a implementação da política ParticipaSUS com foco nos Conselhos Estaduais de Saúde, buscando responder às seguintes perguntas de pesquisa:

1. Diretrizes/objetivos/metasp para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde aparecem nos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2008/2011, Programações Anuais de Saúde (PAS) e/ou nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)?
2. Para aqueles que programaram, as metas foram atingidas?
3. Os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) estão em condições de funcionamento?

A partir das perguntas relacionadas acima foi construído um retrato da situação dos Conselhos Estaduais de Saúde em termos da incipiência ou não da participação comunitária e do controle social no SUS, desde o marco da publicação da Portaria GM/MS nº. 3.027 de novembro de 2007, que aprovava a implementação da ParticipaSUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a implementação da política “ParticipaSUS” com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar os mecanismos institucionalizados de controle social na ParticipaSUS;
- Verificar o grau de alcance das metas pelas Secretarias de Estado da Saúde em 2011;
- Analisar as condições de funcionamento da estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A ParticipaSUS

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS publicado por meio da Portaria GM/MS nº. 3.027 de 26/11/2007, em seu quinto ano de implementação nos estados e municípios do país, vem alcançando a consolidação dos componentes da Gestão Estratégica e Participativa: Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, *Auditoria*, Ouvidoria, Participação Popular e ao fortalecimento do Controle Social.

Como resultado do acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do SUS, por meio do Pacto pela Saúde, a Coordenação Geral de Planejamento e demais segmentos da SGEF pactuaram as Portarias GM/MS nº. 3060/2007, 2588/2008, 2344 e 3251/2009, 3329 e 3997/2010, totalizando um montante de mais de 187 milhões de reais. As Portarias apresentam uma nova forma de transferência de recursos, superando a fragmentação do financiamento do SUS, no bloco de Gestão do Pacto pela Saúde.

Ressalte-se a progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, tornando necessário consolidar a competência na execução dos processos de Gestão Estratégica e Participativa do sistema. Ressalte-se, também, a atuação do Apoio Integrado - ParticipaSUS que se define como uma estratégia, com objetivo de qualificar as ações de cooperação da SGEF junto aos estados e municípios, considerando todos os processos de trabalho vinculados à Secretaria, buscando promover a implementação da Política ParticipaSUS.

A implementação da ParticipaSUS vem se caracterizando como uma intervenção com objetivos de provocar mudanças na gestão, na participação e no controle social e, conseqüentemente, na atenção e no cuidado aos usuários do SUS, permitindo avançar sua atuação mediante função catalisadora de demandas e iniciativas desenvolvidas pelos diversos atores sociais, políticos e econômicos que articulam um conjunto de instituições e representantes de segmentos imbricados às ações de saúde.

Mais recentemente, a estrutura organizacional da SGEF do Ministério da Saúde foi alterada: manteve-se a auditoria, ouvidoria e o apoio a gestão participativa; foi transferida para a Secretaria Executiva o monitoramento e avaliação da gestão do SUS; e foi incluída a Articulação Interfederativa e a Informação do SUS na SGEF. Assim os cinco sistemas da ParticipaSUS são: auditoria como um instrumento de gestão; a ouvidoria proativa; a gestão participativa com as instâncias estaduais da equidade e o controle social, a articulação interfederativa com a implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP); e a informação do SUS com a implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Este estudo, entretanto, não retrata essa nova realidade da gestão estratégica e participativa no SUS, pois refere-se à processos realizados em 2008/2011.

### 3.2 Avaliação das Políticas Públicas

Toda política pública é uma intervenção na realidade social que visa produzir uma mudança ou para manter determinado estado de coisas. Políticas, programas e projetos sociais tratam de fenômenos complexos, que possuem múltiplos determinantes, dificultando a compreensão dos nexos causais e a forma pela qual as ações políticas afetam os atores sociais.

Muitos benefícios são intangíveis e não “transacionáveis”. As iniciativas sociais frequentemente geram benefícios que não correspondem ao “mundo material”, tais como: consciências, atitudes, conhecimentos, satisfação, segurança. Incidem sobre as condições de desenvolvimento das pessoas como gestores, trabalhadores, usuários do SUS, prestadores e sujeitos sociais.

Outro elemento de complexidade dos objetivos sociais é o elemento temporal. Muitos objetivos só são alcançados em um prazo relativamente longo, frequentemente muito depois da realização das intervenções. Estas características não impossibilitam o processo de avaliação, mas criam a necessidade de superação dos obstáculos que podem limitar sua relevância ou pertinência.

Uma vez identificado o problema a ser enfrentado, deve-se decidir pela melhor intervenção: melhores práticas funcionam como um ponto de partida, mas não permitem prever como a política vai funcionar de fato. Especificidades locais na forma de implementação, as características idiossincráticas dos beneficiários e o ambiente externo podem fazer toda a diferença. Não é possível também prever

exatamente como as pessoas vão reagir à intervenção e como a passagem do tempo vai modificar o impacto esperado.

Segundo Hartz (1999), são importantes desafios para o processo de avaliação de iniciativas sociais:

- A especificação de um marco conceitual da política, programa ou projeto para indicar claramente os resultados esperados e explicitar as relações causais supostas;
- Preencher as lacunas informacionais existentes, possibilitando a avaliabilidade das iniciativas sociais;
- A superação da dicotomia entre métodos quantitativos ou qualitativos na especificação dos objetivos da avaliação;
- A identificação e pactuação de indicadores e informações pertinentes, tomando em conta o marco conceitual e as diversas perspectivas e interesses associados com os resultados e as relações causais esperadas; e
- A definição de um fluxo das informações geradas pelo processo de avaliação e a introdução de estratégias e incentivos que promovam o uso da informação.

O que deve ser medido? Insumos, nível de atividades, resultados, impactos, produtividade, custos e satisfação do usuário.

Segundo Hartz (1999), são princípios da avaliação:

- Economicidade: relaciona-se aos custos, medição de insumos e realização de comparações com padrões estabelecidos;
- Equidade: relaciona-se ao tratamento dado as desigualdades;
- Eficiência: apresenta uma relação entre insumos e os resultados; e
- Efetividade: define o êxito do programa e focaliza os seus resultados avaliados por meio dos seus impactos.

### 3.3 Modelo Teórico e Lógico

...o papel primordial numa teoria são as relações entre os objetos...e para falar em relação há que existir uma trama, uma teia, uma rede...para então se construir ou descrever o bordado. O bordado não é obrigatório a ocupar todo o tecido, pode ser um percurso, pode ser pontuações (VALENTE, 1998 p. 9-10, *apud* HARTZ,1999).

A construção de um Modelo Teórico (MT) é de suma importância para validar as intervenções governamentais. Denis e Champagne (1997), após uma revisão nas avaliações desse tipo, explicam o funcionamento do programa por um MT.

O funcionamento do programa, os problemas identificados na análise situacional, nas conferências de saúde e no programa de governo são descritos nos instrumentos de planejamento, onde a construção lógica deriva de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais e experiências de gestores e avaliadores (Reynolds,1998).

Nesse sentido, o programa é tratado na sua pluralidade, com problemas identificados, diretrizes, objetivos e metas, atividades desenvolvidas e resultados alcançados ou não. A lógica é nunca ter um efeito esperado, mas um conjunto hierarquizado e articulado de “se-então” relações associando ações, atividades e resultados num certo período (Plantz et. Al.,1997).

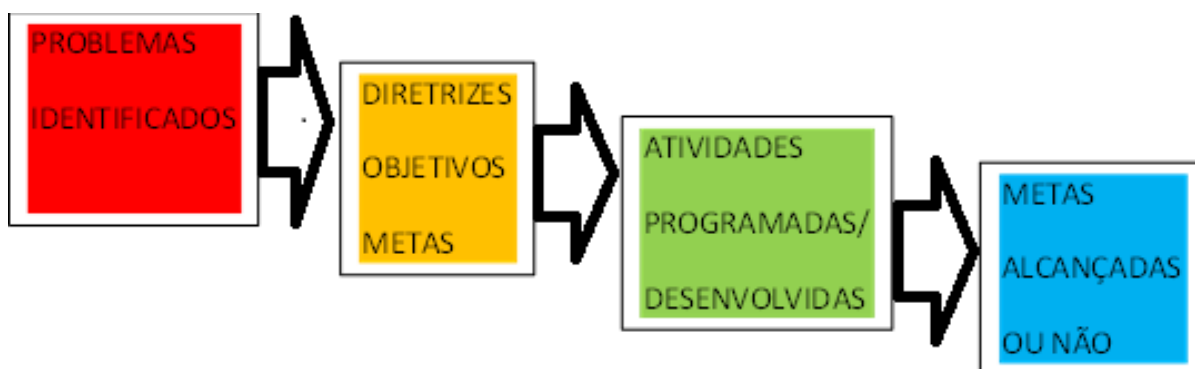


Figura 1 – Modelo Teórico

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para Pedrosa (2004 apud GUERREIRO, 2010), tornar o processo avaliativo um “dispositivo pedagógico significa a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso”, que permite a aprendizagem e o desenvolvimento da equipe técnica da instituição.

Nos pensamentos de Frias e colaboradores (2010), Mendes (et al,2010) e Hartz e Silva (2005), a teoria do programa como estratégica metodológica para avaliação de programas remete à elaboração de modelos lógicos ou teóricos como componentes necessários desse processo.

Os Modelos Lógicos (ML), como conhecidos no Canadá, são uma exigência governamental para monitoramento e avaliação das intervenções federais, pois ajudam a identificar os entraves e os instrumentos certos para uma boa avaliação (MONTAGUE,1997).

Modelo lógico é um método que explica a teoria de um programa permitindo verificar se o desenho do seu funcionamento está adequadamente orientado para alcançar os resultados esperados, e é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação. Sendo definido dessa forma, o modelo lógico tem a potencialidade de sintetizar teorias complexas de mudança em componente analítico (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010 apud GUERREIRO).



Figura 2 – Modelo Lógico

Fonte: ML (FERRARO, COSTA E VIEIRA-DA-SILVA, 2009)

Segundo Hartz (1999), os ML fornecem diretrizes com quatro atributos que resultam numa melhor avaliação dos programas: utilidade - interessa a gestão e ao controle social?; praticidade - o custo-benefício é justificado e de interesse social?; propriedade - é realizada de forma legal e ética, publicizando com todos aqueles envolvidos, inclusive a sociedade, os resultados e as recomendações são acordados e respeitados?; e precisão - as informações produzem resultados tecnicamente adequados e determinar o mérito do programa?

### 3.4. Gestão Participativa na Saúde

A participação da comunidade apresenta dois principais fatores:

- A participação dos gestores nas tomadas de decisões nas instâncias de articulação e pactuação, representados pelos Secretários e Ministro da Saúde, estes nomeados pelos prefeitos, governadores e presidente eleitos em votação direta e democrática pela sociedade.
  - Espaços municipais, estaduais, Distrito Federal participativos de articulação e pactuação de política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde.
- A participação dos conselheiros nas deliberações de decisões nos conselhos de saúde, representados por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviços, estes emissários de setores da sociedade organizada que fazem trabalhos voluntários, porém a estruturação de funcionamento desse órgão colegiado é mantido pelo estado.
  - Instâncias participativas e deliberativas das políticas e ações de saúde em cada esfera de governo.

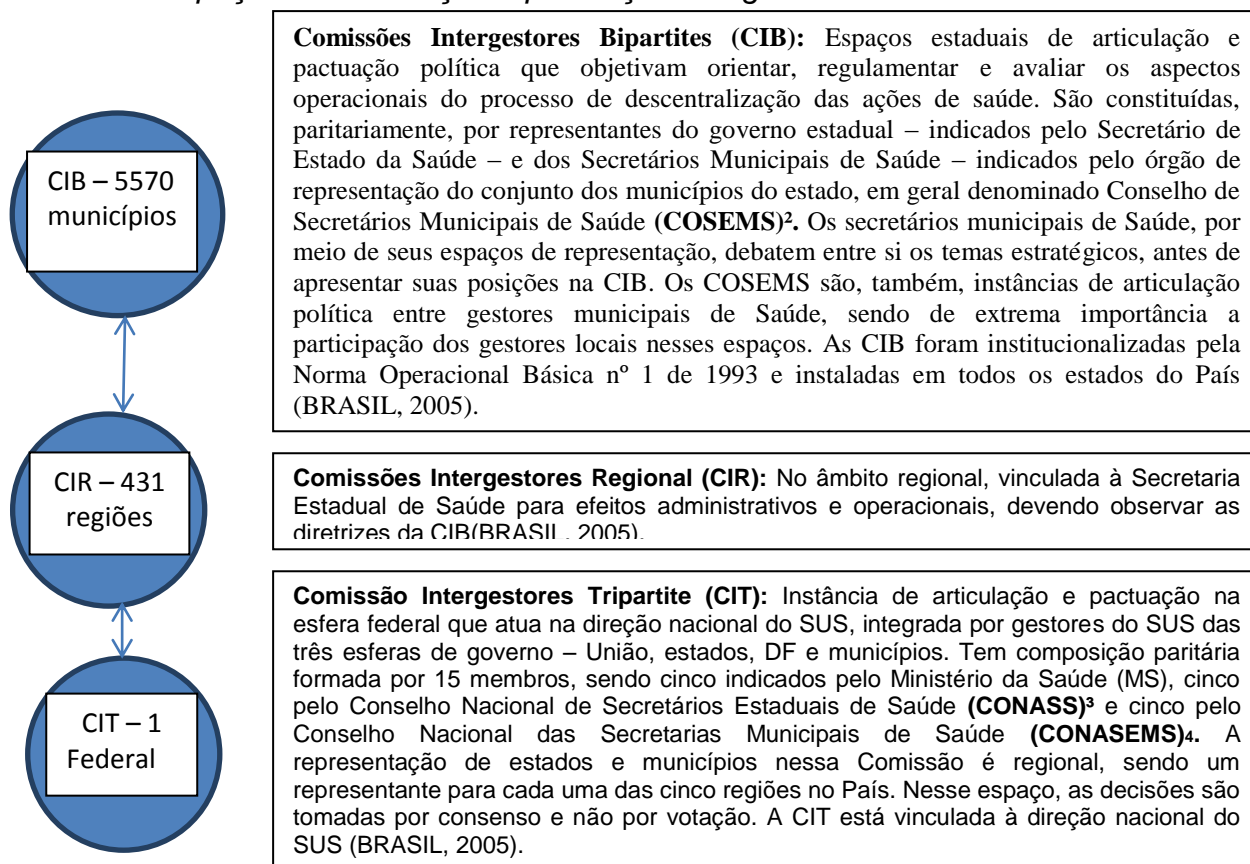
Segundo Freire (1975), a existência humana, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir humanamente é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar.

O entendimento do conceito de gestão já pressupõe, em si, a ideia de participação, isto é, do trabalho associado de pessoas analisando situações, decidindo sobre seu encaminhamento e agindo sobre elas em conjunto. Isso porque o êxito de uma organização depende da ação construtiva conjunta de seus componentes, pelo trabalho associado, mediante reciprocidade que cria um “todo” orientado por uma vontade coletiva (LUCK, 2000).

*A gestão participativa, como o próprio nome sugere, compreende aquela em que todos os atores envolvidos participam no processo decisório, partilhando méritos e responsabilidades. Dentro do processo democrático e descentralizador a gestão participativa do SUS propicia igualdade de condições na participação e distribuição equitativa de poder, responsabilidades e benefícios. (PARO, 2007).*



## Espaços de articulação e pactuação dos gestores:



<sup>2</sup> O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (**COSEMS**), é uma entidade que representa potencialmente os interesses das Secretarias Municipais de Saúde e congrega todos os Secretários Municipais de Saúde do estado, como membros-efetivos.

<sup>3</sup> Conselho Nacional de Secretários de Saúde (**CONASS**): Órgão que congrega os Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, tendo por finalidade operar o intercâmbio de experiências e informações entre seus membros, assegurando a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar da saúde brasileira, na implementação de ações e serviços de saúde. Promove o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde, no que diz respeito às políticas de saúde, junto aos órgãos dos governos federal e municipal, ao Poder Legislativo e às entidades da sociedade. Realiza diligência no sentido de que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas de saúde nas unidades federadas, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS). Assegura às Secretarias Municipais de saúde ou órgãos municipais equivalentes, por meio da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de saúde. Encaminha aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo território nacional, estimulando e intercambiando experiências quanto ao funcionamento dos conselhos de saúde, promovendo estudos e propondo soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde. Orienta e promove a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde. Mantém intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor Saúde. Sua diretoria é eleita em assembleias anuais.

<sup>4</sup> Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (**CONASEMS**): Entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada em 1988 com o objetivo de representar as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Sua importância no cenário político brasileiro deve-se à constatação de que cabe, prioritariamente, ao município a prestação de serviços de saúde, com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. Conclusão baseada no entendimento de que é no município onde as necessidades de saúde da população podem ser dimensionadas de perto. Nesse sentido, nada mais importante do que a existência de uma entidade que represente as SMS, atuando: na formulação de políticas públicas intersetoriais e de saúde; na disputa política em espaços nacionais de pactuação federativa e de implementação compartilhada das políticas públicas; no intercâmbio de experiências entre os municípios e com outros países e, na propagação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da saúde. Na condição de representante das 5.570 SMS do Brasil. Sua diretoria é eleita a cada dois anos.

### *Espaços de articulação e pactuação do controle social:*



**Conselho de Saúde (CS):** É um órgão colegiado de caráter permanente, pertence a estrutura formal da estrutura das Secretarias de Saúde, deliberativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no município, estado, distrito federal ou Ministério da Saúde. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação de **Conselheiros de Saúde** paritários de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Para que um conselho funcione de forma adequada, é necessário que seja representativo e tenha legitimidade, além das condições previstas pela lei. Os usuários são escolhidos por membros de seu segmento, com direito à voz e voto. A participação é voluntária e não-remunerada. As reuniões do Conselho são mensais e abertas para toda a população, com direito à voz (BRASIL, 2005).

**Conferências de saúde:** São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do **Controle Social**, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL 2005)

**Conselhos de Gestão Participativa (CGP):** São órgãos colegiados que objetivam ampliar a inserção e a abrangência da participação democrática no processo de gestão das unidades de saúde. Têm o papel de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de gestão e podem ter natureza deliberativa ou consultiva. Devem ser constituídos como órgãos colegiados permanentes, assegurando a participação da população, dos trabalhadores e dos gestores no planejamento, acompanhamento, fiscalização, avaliação e controle da execução das políticas, serviços e ações de saúde, no âmbito de atuação de cada unidade, em conformidade com os princípios e diretrizes dispostas na legislação sanitária. Devem também garantir a implementação e fiscalização das recomendações e deliberações dos Conselhos de Saúde, em especial dos Planos de Saúde, além de avaliar e aprovar os relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade de saúde. Devem dispor de informações sobre a qualidade do atendimento para o que reservam assento, como convidado permanente, ao ouvidor da unidade. Na ausência de ouvidoria, os CGP devem receber e analisar diretamente as queixas da população atendida no local (BRASIL 2005)

<sup>5</sup> **Conselheiros de saúde:** Denominação comum aos integrantes titulares e suplentes dos Conselhos de Saúde das distintas esferas de gestão do SUS. Podem pertencer a qualquer dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde, quais sejam: gestores, prestadores de serviços, trabalhadores ou usuários do sistema. Possuem mandatos por tempo determinado e devem ser democraticamente eleitos, garantindo sua legitimidade e representatividade. As posições que sustentam nos conselhos devem ser negociadas com seus representados e, portanto, devem traduzir o ponto de vista do seu segmento.

<sup>6</sup> **Controle Social:** Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante ao Ministério da Saúde (MS), aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao MS e às Secretarias de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS, de mandatos entre membros dos conselhos e governantes, como forma de minimizar as possibilidades de rupturas bruscas nas políticas implementadas.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada a partir de dados secundários, para análise da ParticipaSUS, com foco no mecanismo institucionalizado de controle social e as condições de funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) que levará em conta as seguintes categorias:

- Problema abordado (condições de funcionamento dos CES);
- Relação ParticipaSUS/Conselhos Estaduais de Saúde, considerando-se os Objetivos Geral e Específicos do ParticipaSUS;
- Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos Planos Estaduais de Saúde (PES) relativos ao funcionamento dos CES;
- Capacidade instalada dos CES;
- Produtos e Resultados realizados identificados nos RAG.

Segundo Hartz (1999), avaliação produz informações tecnicamente adequadas sobre o valor e o mérito do programa. Então para uma melhor avaliação de programa foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo quantitativa, utilizando-se a base de dados do Programa de Inclusão Digital (PID/FormSUS), o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS) e o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) como fontes de dados:

- Programa de Inclusão Digital (PID/FormSUS) - o PID dos Conselhos de Saúde surge na perspectiva de atender demanda das Conferências Nacionais de Saúde: especialmente a partir da 10ª Conferência no eixo do controle social; mas a 11ª reafirmou a necessidade de fortalecer a comunicação com o objetivo de democratizar o acesso às informações em saúde e contribuir para o exercício do controle social. O PID tem como objetivo contribuir para que os conselheiros de saúde se apropriem de informações e adquiram habilidades para comunicação digital indispensáveis ao exercício do controle social e estabelecer rede de intercâmbio entre os conselhos de saúde. O Programa prevê três componentes: equipamentos, formação de conselheiros e conectividade. Para recebimento dos equipamentos os Conselhos de Saúde preencheram um Formulário de Informática do SUS (FormSUS), referente a Pesquisa de Avaliação de Entrega de Equipamentos aos Conselhos de

Saúde, no endereço eletrônico:  
[http://formsus.Datasus.gov.br/site/resultado.php?id\\_aplicacao=1803](http://formsus.Datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=1803).

- Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS) - Para apoiar municípios e estados na construção dos seus relatórios de gestão, a SGEP, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, lançou em março de 2010 o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS). Esse instrumento eletrônico, além de possibilitar a construção do relatório dentro dos prazos legais, é também uma ferramenta estratégica para o monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde.
- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) – Para apoiar o controle social, os conselhos de saúde devem estar cadastrados no SIACS, que servirá para atualizar em uma única rede os dados dos 5.565 conselhos municipais, dos 26 estaduais, do Distrito Federal e dos 36 conselhos distritais de saúde indígena junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde. O SIACS permitirá a produção de um retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao SUS.

Neste estudo, o que se pretende é uma aferição inicial, preliminar, dos elementos considerados essenciais da elaboração do Programa (Teoria do Programa / Modelo Lógico), do nível de operacionalização alcançado, da identificação de atores e públicos estratégicos.

Segundo Rowan (2000), Modelo Lógico (LM) é um “esquema visual de um programa a ser implementado”.

## MODELO



Figura 3 : Modelo Lógico.

Fonte: Elaborado pelo autor

### 4.1 PRIMEIRA FASE – Check-list da Política ParticipaSUS

“Perguntas-chave” que devem ser respondidas:

- Qual o problema visado pelo Componente de Apoio a Gestão Participativa/ParticipaSUS relativo aos CES?
  - Problema abordado (condições de funcionamento dos CES como parte do componente de Apoio a Gestão Participativa)?
- Qual a relação da ParticipaSUS com os CES e como resolver o problema?
  - Qual o objetivo geral e específico da ParticipaSUS, mais especialmente de seu componente Apoio a Gestão Participativa/CES?
  - Quais são os componentes da ParticipaSUS?
  - O que está previsto no Componente Apoio a Gestão Participativa da ParticipaSUS em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde?
  - Qual é a população alvo do Componente de Apoio a Gestão Participativa da ParticipaSUS em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde?

- Quais os fatores que podem influenciar no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados com a Política?

#### 4.2 SEGUNDA FASE – Construindo o modelo lógico

Análise de funcionamento dos CES e análise de pertinência do ML.

Consiste em buscar testar a consistência das ações, colocando sempre as questões: “se – então”.

Exemplos:

1. Se forem utilizados tais recursos, *então* implementa-se tais ações;
2. Se tais ações forem implementadas, *então* obtêm tais produtos para tais grupos de beneficiários;
3. Se tais produtos forem realizados, *então* se alcança tais resultados intermediários;
4. Se tais resultados intermediários ocorrerem, *então* se obtêm o resultado final que irá levar ao alcance do objetivo do programa (Ferreira, Cassiolato, Gonzalez 2008).

Em um segundo momento pretende-se analisar os Planos Estaduais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão que busca identificar os elementos dos questionamentos “se – então”. Eventuais fragilidades das ações para alcance dos resultados pretendidos devem ser identificadas (Ferreira, Cassiolato, Gonzalez, 2008).

Numa análise qualitativa são identificadas as condições de invalidação de cada ação identificada, ação por ação. Se for identificada fragilidade será necessário, buscar estratégias para sua superação.

Trabalha-se num demonstrativo de aptidão para funcionamento dos CES de sim ou não. Exemplo: Se forem utilizados os recursos financeiros da Política ParticipaSUS para apoio ao funcionamento dos CES, em uma Unidade Federada, o

Conselho Estadual de Saúde daquele estado funcionará adequadamente, a menos que:

| Condições de funcionamento dos CES  | Apto    |
|---|---------|
| Não existe espaço próprio para funcionamento do Conselho de Saúde                   | Sim/Não |
| Não existe equipamentos de informática nos Conselhos de Saúde                       | Sim/Não |
| A Secretaria de Saúde não disponibiliza suporte técnico para o Conselho de Saúde    | Sim/Não |
| Os conselheiros não acessam do Conselho de Saúde à Internet                         | Sim/Não |
| O Conselho de Saúde não tem um Programa de Educação Permanente para os conselheiros | Sim/Não |
| O Conselho de Saúde não tem orçamento próprio                                       | Sim/Não |

Tabela 1: Condições de funcionamento dos CES

Fonte: Elaborado pelo autor

#### 4.3 TERCEIRA FASE – APLICAR o Modelo lógico (AVALIAR)

É o retrato da realidade do componente analisado e a possibilidade de revisão pelo Gestor.

- Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos PES relativos ao funcionamento dos CES;
  - Diretrizes/objetivos/metasp para o funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde aparecem nos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2008/2011, Programações Anuais de Saúde (PAS) e/ou nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)?
  - Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?
- Produtos e Resultados realizados identificados nos RAG.
  - Que atividades foram realizadas?
  - As metas foram atingidas?
  - Quais os resultados alcançados?
- Capacidade instalada dos Conselhos Estaduais de Saúde;
  - Quais as estruturas que a política propõe-se a financiar?

- Os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) estão em condições de funcionamento?
- Quais os fatores que parecem ter influenciado no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados com a Política?

#### 4.4 QUARTA E ÚLTIMA FASE – Elaboração de recomendação para o Gestor

É a fase com maior importância, onde se mostra de uma forma pedagógica os entraves e possíveis propostas de alterações nas estratégias de implementação do componente da Política.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, conforme parecer em anexo.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes de apresentar os resultados, segue Quadro 1 os instrumentos de Análises e as Perguntas-Chaves respondidas:

| QUESTIONAMENTOS   | INSTRUMENTOS DE ANÁLISES |     |     |              |     |       |     |
|---|--------------------------|-----|-----|--------------|-----|-------|-----|
|   | PES                      | PAS | RAG | ParticipaSUS | SES | SIACS | PID |
| Qual o problema visado pelo Componente de Apoio a Gestão Participativa/ParticipaSUS relativo aos CES?   | X                        | X   |     | X            |     | X     | X   |
| Qual a relação da ParticipaSUS com os CES e como resolver o problema?   | X                        | X   |     | X            |     | X     | X   |
| Diretrizes/objetivos/metapara o funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde aparecem nos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2008/2011, Programações Anuais de Saúde (PAS) e/ou nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)? | X                        |     |     | X            |     | X     | X   |
| Para aqueles que programaram, as metas foram atingidas?   |                          | X   | X   |              |     |       |     |
| Quais os fatores que parecem ter influenciado no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados com a Política?  | X                        |     |     |              | X   |       |     |

Quadro 1: Instrumentos de Análises

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda: 1. PES 2008/2011, 2. PAS 2011, 3. RAG 2011, 4. ParticipaSUS – Recursos Federais, 5. SES – Recursos Federais, 6. SIACS e 7. PID

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), no intuito de garantir a participação da comunidade na gestão do Sistema, constituiu as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas para atuar no controle da execução econômica e financeira, inclusive observando os indicadores e metas dos Planos de Saúde das instâncias correspondentes.

Entretanto, para que o Conselho de Saúde possa desempenhar suas funções, tal como normalizadas, é necessário a garantia de condições mínimas de equipamentos, secretaria executiva estruturada e educação permanente para os conselheiros (Carvalho, 2007).

#### 5.1 Problemas identificados nos CES e a relação com a ParticipaSUS

Os problemas identificados com referência ao Componente de Apoio a Gestão Participativa/ParticipaSUS relativo aos Conselhos Estaduais de Saúde são os mesmos nas cinco regiões do país: a falta de condições de estruturas físicas e logística para o conselho realizar suas atividades ou falta de apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. O problema abordado é identificado em todos os Planos Estaduais de Saúde.

Quanto aos objetivos da ParticipaSUS com referência aos CES é identificado da seguinte forma:

- Garantir efetivamente a implantação dos Conselhos de Saúde estaduais - assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria; e
- Consolidar o caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos Conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

Os componentes da ParticipaSUS são: Apoio a Gestão Participativa no SUS, Auditoria do SUS, Monitoramento e Avaliação da Gestão no SUS e Ouvidoria do SUS. O subcomponente foco desse trabalho é o Conselho de Saúde e o Controle Social, que compõe o componente de Apoio a Gestão Participativa no SUS. Responsabilidades das três esferas de gestão estão previstas:

- Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

- Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde;
  
- Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas Conferências Estaduais de Saúde e na Plenária Estadual dos Conselhos de Saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participarem das Conferências Nacionais de Saúde;
  
- Promover, em parceria com o CES, a realização das Conferências Estaduais de Saúde, bem como colaborar na organização das Conferências Municipais de Saúde; e
  
- Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional

A ParticipaSUS tem como população alvo do Componente de Apoio a Gestão Participativa em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde a Gestão Participativa, os Trabalhadores da Saúde, os Conselheiros de Saúde, a Sociedade Civil Organizada e os Usuários do SUS.

Desde sua aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que a ParticipaSUS é implementada, veja sua evolução na linha do tempo a seguir:

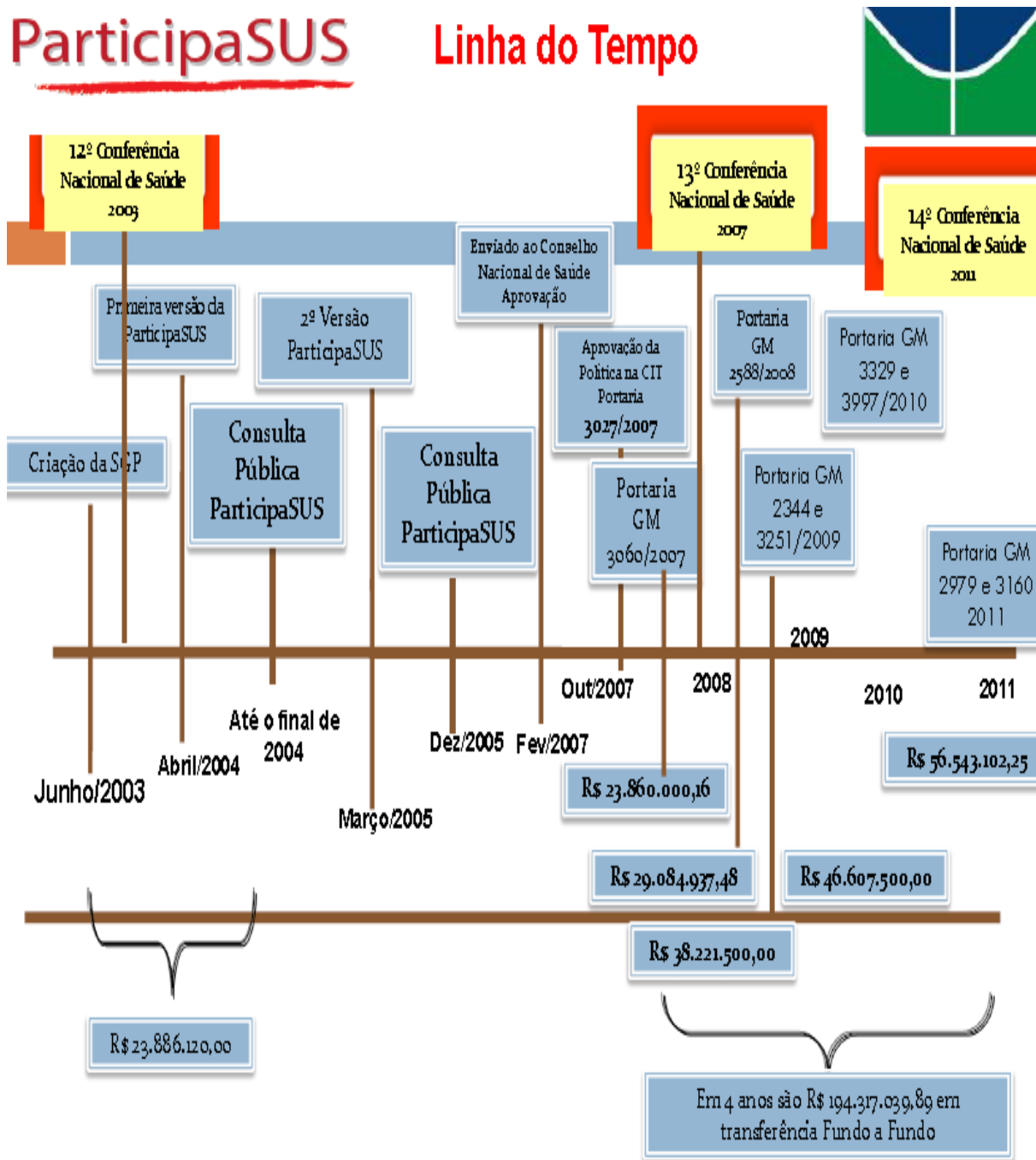


Figura 4: Linha do Tempo da ParticipaSUS

Fonte: Elaborada pelo autor

Linha do Tempo: Fatos que marcaram a ParticipaSUS:

**2003:** Início do governo do Presidente Lula, um país de todas e todos brasileiros. Toma posse no Ministério da Saúde o Ministro Humberto Costa. Por meio do Decreto 4.726 de 10/06/2006 foi criada a Secretária de Gestão Participativa (SGP),

que fica responsável pela articulação do Ministério da Saúde, com os diversos setores governamentais e não-governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e a utilização da informação de interesse da área pela sociedade; e pela implementação da Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS.

**2003:** 12ª Conferência Nacional de Saúde – Sérgio Arouca

**2004:** Em abril foi lançado a primeira versão da ParticipaSUS em consulta pública para contribuições.

**2005:** Em março foi concluída após consulta pública a 2ª versão da ParticipaSUS.

**2005:** Em agosto assume o Ministério, o então Deputado Federal Felipe Saraiva que dar novo escopo a Secretaria, estruturando-a com novos componentes: O Departamento Nacional de Auditoria do SUS é inserido e é criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS.

**2005:** Em dezembro diante das modificações de estrutura é colocada em consulta pública, a nova versão da ParticipaSUS com seus quatro componentes: Apoio a Gestão participativa no SUS, Auditoria do SUS, Monitoramento e Avaliação do SUS e Ouvidoria Geral do SUS.

**2006:** Com a saída do Ministro Felipe Saraiva assume o Ministério, o então Secretário Executivo Agenor Álvares e após um amplo debate com a sociedade e com a nova gestão do MS, foi aprovada pelo colegiado do Ministro a ParticipaSUS.

**2007:** Em fevereiro após debates nas comissões do Conselho Nacional de Saúde é pautado e aprovada no Pleno do CNS a ParticipaSUS, já com o novo Ministro José Gomes Temporão, no segundo mandato do governo Lula.

**2007:** Até outubro é debatido com CONASS e CONASEMS a política, pautado e aprovada na Comissão Intergestora Tripartite, como também o primeiro incentivo no montante de R\$ 23.860.000,16 (vinte e três milhões, oitocentos e sessenta mil, dezesseis centavos), para estados brasileiros.

**2007:** 13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento.

**2007/2010:** Para incentivar a implementação da Política fizeram-se necessárias as publicações das Portarias GM n.ºs 3.060/2007 e 2.355/2008 para as Unidades Federadas e as portarias GM n.ºs 2.344/2009 e 3251/2009, 3329 e 3997/2010, para

as Unidades Federadas e 817 municípios brasileiros, totalizando um montante de R\$ 137.773.937,64 (Cento e trinta e sete milhões, setecentos e setenta e três mil, novecentos e trinta e sete reais, sessenta e quatro centavos).

**2011:** Início do governo da Presidente Dilma Rousseff, um país rico é um país sem pobreza. Toma posse no Ministério o Ministro Alexandre Rocha Santos Padilha.

**2011:** Dando continuidade a implantação da ParticipaSUS é publicado as Portarias GM nºs 2979 e 3160/2011, para as Unidades Federadas no montante de R\$ 56.543.102,25 (cinquenta e seis milhões, quinhentos e quarenta e três mil, cento e dois reais, vinte e cinco centavos), totalizando nesses cinco anos o valor de R\$ 194.317.039,89 (cento e noventa e quatro milhões, trezentos e dezessete mil, trinta e nove reais, oitenta e nove centavos).

**2011:** 14ª Conferência Nacional de Saúde - Todos usam o SUS - SUS na equidade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.

## 5.2 O Modelo Lógico

Análise de funcionamento dos CES e análise de pertinência do ML.

| Condições de funcionamento dos CES  | APTO |     | Consistência da Ação “se-então”   |
|---|------|-----|---|
|   | SIM  | NÃO |   |
| Não existe espaço próprio para funcionamento do Conselho de Saúde                   | 10   | 17  | 37,03% sem espaço próprio   |
| Não existe equipamentos de informática nos Conselhos de Saúde                       | 02   | 25  | 7,40% sem equipamentos de informática                                       |
| A Secretaria de Saúde não disponibiliza suporte técnico para o Conselho de Saúde    | 02   | 25  | 7,40% sem suporte técnico pela gestão                                       |
| Os conselheiros não acessam do Conselho de Saúde à Internet                         | 00   | 27  | -   |
| O Conselho de Saúde não tem um Programa de Educação Permanente para os conselheiros | 14   | 13  | 51,85% sem educação permanente, porém 92,59 com capacitação de conselheiros |
| O Conselho de Saúde não tem orçamento próprio                                       | 10   | 17  | 37,03% sem orçamento próprio  |

Tabela 2: Condições de funcionamentos dos CES

Fonte: SIASC, 2011 e PID 2010.

Analisando a Tabela 2, verifica-se que, de uma forma geral, os recursos estão sendo utilizados pelos CES em benefício dos conselheiros. Os produtos obtidos resultam em resultados intermediários, o somatório dos resultados intermediários devem levar ao pleno funcionamento dos Conselhos e ao alcance do objetivo do programa. (Ferreira, Cassiolato, Gonzalez 2008).

Então, dezessete conselhos trabalham em locais próprios, usando seus equipamentos de informática, com suporte da gestão, com orçamento próprio, porém três desses, sem educação permanente para o controle social.

Os Planos Estaduais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão identificam também fragilidades, como inserção de Diretrizes/Objetivos/Metas no PES e 81,48% não executadas ou não informadas nas PAS e nos RAG.

Numa análise qualitativa são identificados os problemas, os objetivos e as metas assegurados nos Planos Estaduais de Saúde, as atividades desenvolvidas nas Programações Anuais de Saúde e os resultados alcançados ou não, nos Relatórios Anuais de Gestão e as condições de invalidação de cada ação identificada, ação por ação, por região e por estado.

### 5.2.1 Região Norte

| UF           | PROBLEMAS IDENTIFICADOS   | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES   | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS   | METAS ALCANÇADAS OU NÃO |
|--------------|---|---|--|-------------------------|
| <b>NORTE</b> |   |   |  |                         |
| AC           | Falta de condições de estruturas físicas e logística para o conselho realizar suas atividades | Fomentar e fortalecer o controle social no SUS – Qualificar e fortalecer a gestão   | Capacitação para conselheiros estaduais e municipais de saúde  | Oficinas realizadas     |
| AM           | <i>Pouco apoio ao desenvolvimento do Controle Social</i>                                      | Dotar o Controle Social das condições necessárias para o seu funcionamento  | Manutenção do Conselho Estadual de Saúde   | Conselho mantido        |
| AP           | Falta de apoio ao Mecanismo de Controle Social  | Fortalecer os mecanismos de controle social no Sistema Único de Saúde, mediante a formação, desenvolvimento e implantação de programa continuado de Capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde   | Realização de 32 oficinas de capacitados, divididas em 02 módulos, com duração de 16 h/aula per oficina, garantindo a participação dos conselheiros municipais de saúde dos municípios do Estado | Oficinas realizadas     |
| PA           | Falta de democratização na gestão   | Manter e ampliar as ações da ParticipaSUS para 100% das macrorregiões de saúde previstas no PDR nos aspectos referentes à educação permanente, para o controle social, de modo a incluir processos educativos voltados para a população em geral e aos usuários do SUS com vista à qualificação dos processos de gestão e Controle Social | Implantação da gestão estratégica e participativa na SESPA como modelo de gestão institucional   | Eventos realizados      |



| UF           | PROBLEMAS IDENTIFICADOS   | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES  | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS  | METAS ALCANÇADAS OU NÃO                              |
|--------------|---|--|---|--|
| <b>NORTE</b> |   |  |   |  |
| RO           | Pouco apoio aos Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo de saúde. | Apoiar o Processo de formação dos Conselheiros.  | Realização de Curso de Formação Continuada anual para a equipe técnica do CES/RO, responsável pela execução da educação do controle social. | Atividade não realizada, porém conselho funcionando. |
| RR           | Falta articulação, qualificação e desenvolvimento do componente de participação e controle social.                | Desenvolver, articular e qualificar a Gestão do SUS, no que diz respeito às ações de Auditoria, Monitoramento e Avaliação da gestão do Sistema, Ouvidoria e Participação e Controle Social no SUS, visando a garantia do Sistema Único de Saúde como política pública. | Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais dos Municípios Prioritários, definidos em 2009.  | Não informado no RAG.                                |
| TO           | Carece de recursos humanos qualificado no Controle Social   | Apoiar a instituição da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa com ênfase no Controle Social, com garantia de recursos regulares oriundos de cada esfera de Governo.  | Fortalecimento da participação do controle social CES e COSEMS nas Oficinas Regionais.  | Não informado no RAG.                                |

Tabela 3: REGIÃO NORTE

Fonte: PES 2008/2011 (problemas identificados e objetivos), PAS 2011(atividades) e RAG 2011(metas alcançadas).

### 5.2.2 Região Nordeste

| UF              | PROBLEMAS IDENTIFICADOS                         | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES  | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS   | METAS ALCANÇADAS OU NÃO |
|-----------------|---|--|--|-------------------------|
| <b>NORDESTE</b> |   |  |  |                         |
| AL              | Pouca participação social e do Controle Social. | Fortalecer o processo de participação e controle social das ações de saúde do SUS de forma solidária e cooperativa.  | Capacitação de 80% de conselheiros estaduais e municipais de saúde.  | Oficinas realizadas.    |
| BA              | Pouca Participação Social                       | Fortalecer a participação e o controle social.   | Conselho Estadual da Bahia reestruturado.  | Conselho reestruturado. |
| CE              | Pouca atuação e autonomia do Controle Social.   | Implementar práticas de gestão participativa e de controle social no SUS.  | Implementação de 100% de capacitação dos conselheiros de saúde.  | Não informado.          |
| MA              | Pouca participação social e do controle social. | Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral e de maior vulnerabilidade com vistas ao fortalecimento da participação social. | Fortalecimento do controle social no Estado do MA, através do pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde. | Não informado.          |
| PB              | Pouca atuação do Controle Social                | Fortalecer o controle social   | Realização de cursos para conselheiros de saúde.   | Não informado.          |
| PE              | Pouca participação social e do Controle Social. | Fortalecer os Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.  | Realização de cursos para conselheiros de saúde.   | Cursos realizados.      |
| PI              | Incipiência do Controle Social                  | Fortalecer as instâncias de controle social, ampliando a participação social na gestão do SUS.   | Realização de seminários e oficinas para conselheiros de saúde.  | Não informado.          |
| RN              | Pouca participação social e do Controle social  | Fortalecer o controle social, mobilização e comunicação no SUS.  | Qualificação para conselheiros na perspectiva da educação permanente.  | Não informado.          |

| UF              | PROBLEMAS IDENTIFICADOS                         | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES   | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS  | METAS ALCANÇADAS OU NÃO |
|-----------------|---|---|---|-------------------------|
| <b>NORDESTE</b> |   |   |   |                         |
| SE              | Pouca participação social e do Controle Social. | Apoiar os conselhos de saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis. | Capacitação de 32 conselheiros Estaduais de Saúde e seus respectivos suplentes e o 600 conselheiros municipais. | Não informado.          |

Tabela 4: REGIÃO NORDESTE

Fonte: PES 2008/2011 (problemas identificados e objetivos), PAS 2011(atividades) e RAG 2011(metas alcançadas).

### 5.2.3 Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul

| UF                  | PROBLEMAS IDENTIFICADOS   | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES  | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS   | METAS ALCANÇADAS OU NÃO   |
|---------------------|---|--|--|---------------------------|
| <b>CENTRO-OESTE</b> |   |  |  |                           |
| DF                  | Necessidade de fortalecimento do controle social no Distrito Federal.     | Fortalecimento e qualificação do controle social.  | 70% de capacitação de controle social  | Não informado/realizado   |
| GO                  | Fragilidade e baixa taxa de efetividade das ações dos conselhos de saúde. | Garantir recursos financeiros e materiais, por parte das SES e SMS, necessários a implementação do controle social, disponibilizando de estrutura física adequada e orçamentária para o pleno funcionamento dos conselhos. | Implementação da Política Estadual de Educação Permanente para Controle Social.                                      | Não informado/realizado   |
| MT                  | Falta de estímulo ao processo de discussão e controle social.             | Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na Gestão do SUS   | Realização de Oficinas e Reuniões Temáticas, de Gestão e do Controle Social, dentro e fora do Estado de Mato Grosso. | Eventos realizados em 90% |
| MS                  | Controle social ainda frágil.   | Fortalecimento do controle Social das ações e serviços de saúde.   | Implementação do processo de formação de conselheiros.   | Oficinas realizadas       |

Tabela 5: REGIÃO CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL

Fonte: PES 2008/2011 (problemas identificados e objetivos), PAS 2011(atividades) e RAG 2011(metas alcançadas).

| UF             | PROBLEMAS IDENTIFICADOS  | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES  | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS  | METAS ALCANÇADAS OU NÃO   |
|----------------|--|--|---|---|
| <b>SUDESTE</b> |  |  |   |   |
| ES             | Pouca Participação Social e Controle Social  | Fortalecimento do Controle Social no Sistema Estadual de Saúde,  | Capacitação do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. | Não informado/ realizado  |
| MG             | Necessidade de permanente capacitação dos representantes da sociedade civil, que carecem de habilidades e informação qualificada para a prática do Controle Social no SUS. | Buscar a participação e o controle social,   | Capacitação de representantes da sociedade civil para a prática do controle social do SUS.    | Não informado/ realizado  |
| RJ             | Falta de Participação Popular.   | Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na Gestão do SUS,  | Implementação da política estadual de educação permanente para os conselheiros estaduais.     | Não informado /realizado  |
| SP             | Falta de participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS.   | Apoiar a instituição da Política Nacional de Investimento no controle social, com garantia de recursos regulares oriundos de cada esfera de governo, visando financiamento dos conselhos, conferências, capacitação permanente de conselheiros e demais atividades relacionadas à participação de gestão do SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 506. | Educação Permanente para o Controle Social.   | 600 conselheiros capacitados informado na PAS, porém os dados de custo financeiro não informado no RAG. |

Tabela 5: REGIÃO CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL

Fonte: PES 2008/2011 (problemas identificados e objetivos), PAS 2011(atividades) e RAG 2011(metas alcançadas).

| UF         | PROBLEMAS IDENTIFICADOS  | OBJETIVOS E METAS ASSEGURADOS NOS PES   | ATIVIDADES PROGRAMADAS/DESENVOLVIDAS  | METAS ALCANÇADAS OU NÃO   |
|------------|--|---|---|---------------------------|
| <b>SUL</b> |  |   |   |                           |
| PR         | Falta de consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.   | Consolidar o efetivo exercício do controle social, garantindo que os Conselhos de Saúde deliberem sobre a formulação e sobre o acompanhamento da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros. | Capacitação para representantes do controle social em saúde Capacitação de Conselheiros, por meio de Cursos, oficinas, seminários e outros. | Não informado/ Realizado. |
| RS         | Falta de participação popular e o controle social.                             | Estimular a participação popular e o controle social  | Implementação De Mecanismos De Controle Social.   | Não informado/ Realizado. |
| SC         | Precária atuação dos organismos formais de controle social nas esferas do SUS. | Fortalecer o controle social em todas as suas instâncias, garantindo apoio logístico para manutenção da Comissão Intersectorial da Saúde do Trabalhador (CIST Estadual) e criação das CIST locais.          | Reavaliação a proposta metodológica de capacitação de conselheiros de saúde no Estado, integrando à proposta de Educação permanente do SUS. | Não informado/ Realizado. |

Tabela 5: REGIÃO CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL

Fonte: PES 2008/2011 (problemas identificados e objetivos), PAS 2011(atividades) e RAG 2011(metas alcançadas).

### 5.3 APLICAÇÃO DO MODELO LÓGICO

Nesse contexto, como o Brasil é um país com a diversidade imensa, retrata-se os resultados nas cinco regiões do país.

#### Região Norte (Tabela 3):

As Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos PES relativos ao funcionamento dos CES aparecem nos instrumentos de Planejamento, porém o estado de Rondônia não realizou as atividades programadas e os estados de Roraima e Tocantins não informaram no RAG.

As atividades realizadas são a manutenção do CES e a realização de eventos com os objetivos de capacitação de conselheiros ou de fortalecimento do controle social.

#### Região Nordeste (Tabela 4):

As Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos PES relativos ao funcionamento dos CES aparecem nos PES 2008/2011 e PAS 2001, porém no Relatório Anual de Gestão não relata a execução das atividades programadas nos estados do Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.

As atividades realizadas são oficinas e reunião para formação de conselheiros para o controle social.

#### Região Centro-Oeste (Tabela 5):

As Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos PES relativos ao funcionamento dos CES aparecem nos instrumentos de Planejamento, porém o Distrito Federal não executou a programação e o estado de Goiás não informou no RAG.

As atividades realizadas são a manutenção do CES e a realização de eventos com os objetivos de capacitação de conselheiros ou de fortalecimento do controle social.

#### Região Sudeste (Tabela 5):

As Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos PES relativos ao funcionamento dos CES aparecem nos Planos Estaduais de Saúde e na Programação Anual de Saúde, porém não informado no Relatório Anual de Gestão.

As atividades realizadas e não comprovadas/informadas no RAG são realização de eventos com os objetivos de capacitação de conselheiros e educação permanente para o controle social.

Região Sul (Tabela 5):

As Diretrizes/Objetivos/Ações/Metas dos PES relativos ao funcionamento dos CES aparecem nos Planos Estaduais de Saúde e na Programação Anual de Saúde, porém não informado no Relatório Anual de Gestão.

As atividades realizadas e não informada no RAG são: realização de eventos com os objetivos de capacitação de conselheiros e reavaliação da proposta metodológica de capacitação de conselheiros.

É importante ressaltar que, como todos os Relatórios Anual de Gestão dos estados, conforme determina a Portaria GM/MS nº 575/2012 devem ser inseridos no SargSUS e todos os Conselhos Estaduais de Saúde devem emitir parecer aprovando, aprovando com ressalvas ou não aprovando os RAG até 04/01/2013, os CES emitiram parecer para os estados do Acre (Aprovação com ressalvas), Amazonas (aprovação), Pará (aprovação), Maranhão (aprovação), Mato Grosso do Sul (aprovação), Distrito Federal (aprovação) e São Paulo (aprovação), portanto apenas 6 (seis) estados da federação e o Distrito Federal.

#### 5.4 Capacidade instalada dos Conselhos Estaduais de Saúde financiada pela ParticipaSUS e por recursos próprios das secretarias estaduais de saúde

Abaixo segue a análise da capacidade instalada dos CES; os dados foram coletados do SIASC e do FormSUS - Pesquisa realizada pelo PID, tipo *check-list* (GUERREIRO, 2010) organizado em seis categorias de informações:

- Sede própria
- Equipamentos de Informática
- Suporte Técnico para o CES
- Acesso a Internet
- Educação Permanente
- Orçamento Próprio



### 5.4.1 - Funcionamento e infraestrutura

Analisando os dados consolidados do SIACS, constatou-se que, no Brasil, mais de 75% dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) já realizaram capacitação de conselheiros, têm secretaria executiva estruturada, dotação orçamentária definida e acesso à internet de banda larga. Por outro lado, observou-se que ao menos 25% não possuem sede própria, televisão e a gestão não apoia os deslocamentos dos conselheiros para exercer suas atividades.

A estratégia do PID elaborou e implementou, desde 2007, políticas articuladas de comunicação e informação em saúde, financiamento da compra de equipamentos com conectividade, na perspectiva de dar maior autonomia nas ações dos Conselhos de Saúde e no sentido de ampliar a participação e o controle social. Observou-se que alguns equipamentos não foram entregues nos conselhos do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, conforme demonstrado no Gráfico 1.

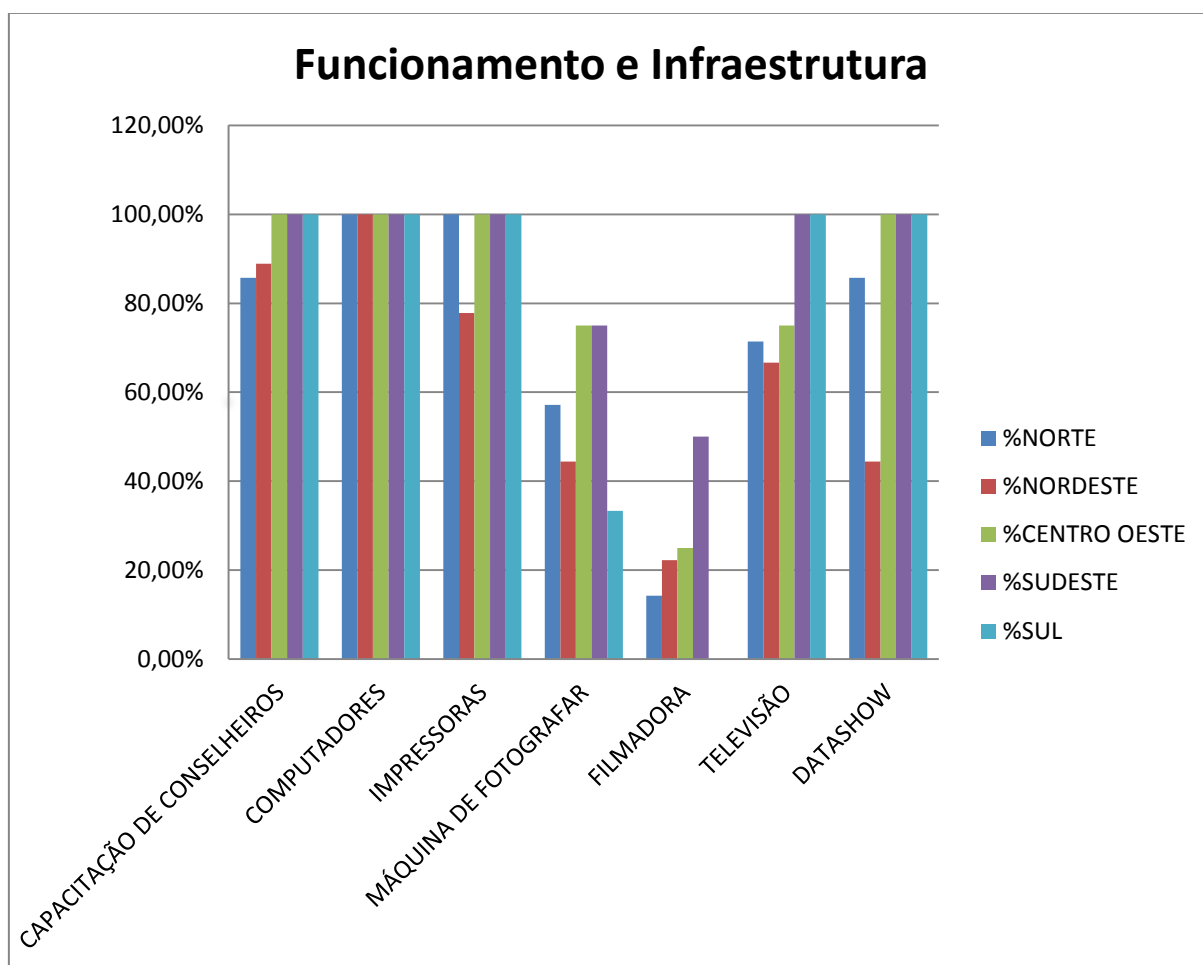


Gráfico 1: Funcionamento e infraestrutura dos conselhos estaduais de saúde por região, Brasil, 2012  
Fonte: SIACS, 2012

### 5.4.2 Infraestrutura e logística dos conselhos: sede própria, secretaria executiva estruturada, orçamento próprio e transporte.

Nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, apesar de todos os conselhos terem uma secretaria executiva estruturada, menos de 60% desses estados possuem sede própria. Na Região Sudeste, todos os CES têm dotação orçamentária própria, mas um estado não consegue o transporte para os conselheiros. Somente um Conselho Estadual da Região Sul recebe apoio da gestão para deslocamentos de conselheiros, tem orçamento próprio, secretaria estruturada e com capacitação de conselheiros. Alguns estados da Região Nordeste apresentam dificuldades em estruturação de seus conselhos.

As Regiões Sudeste e Centro-Oeste possuem a metade de seus estados com sedes próprias. Por outro lado, todos os estados estão com secretaria executiva estruturada. Já a Região Sul, cujos estados têm sede própria e secretaria executiva estruturada, não têm orçamentos próprios e transportes. De um modo geral, mais de 50% dos CES convivem, em seu funcionamento, sem apoio no transporte de seus conselheiros.

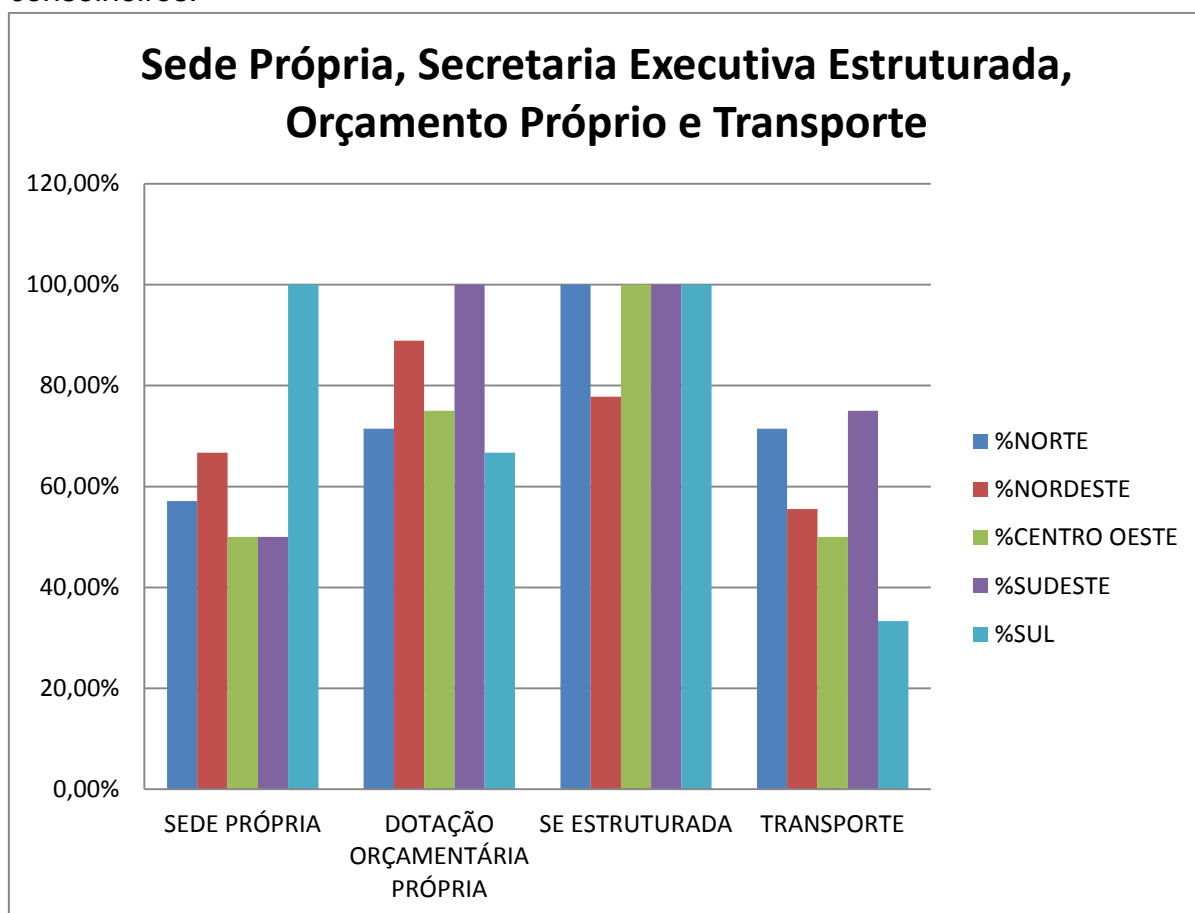


Gráfico 2: Sede Própria, Secretária Executiva Estruturada, orçamento Próprio e Transporte, Brasil, 2012

Fonte: SIACS, 2012

### 5.4.3 Equipamentos

Mesmo com a política de distribuição de computadores, impressoras e televisores para todos os conselhos estaduais de saúde, vê-se na pesquisa que há CES das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste sem os equipamentos necessários para o seu funcionamento.

A quantidade total de computadores dos CES, que totalizaram 180 equipamentos para 770 conselheiros estaduais de saúde titulares, portanto 23,38%, ou seja, um computador para quatro conselheiros. No CES da Paraíba, esse número diminuiu para dois conselheiros por computador.

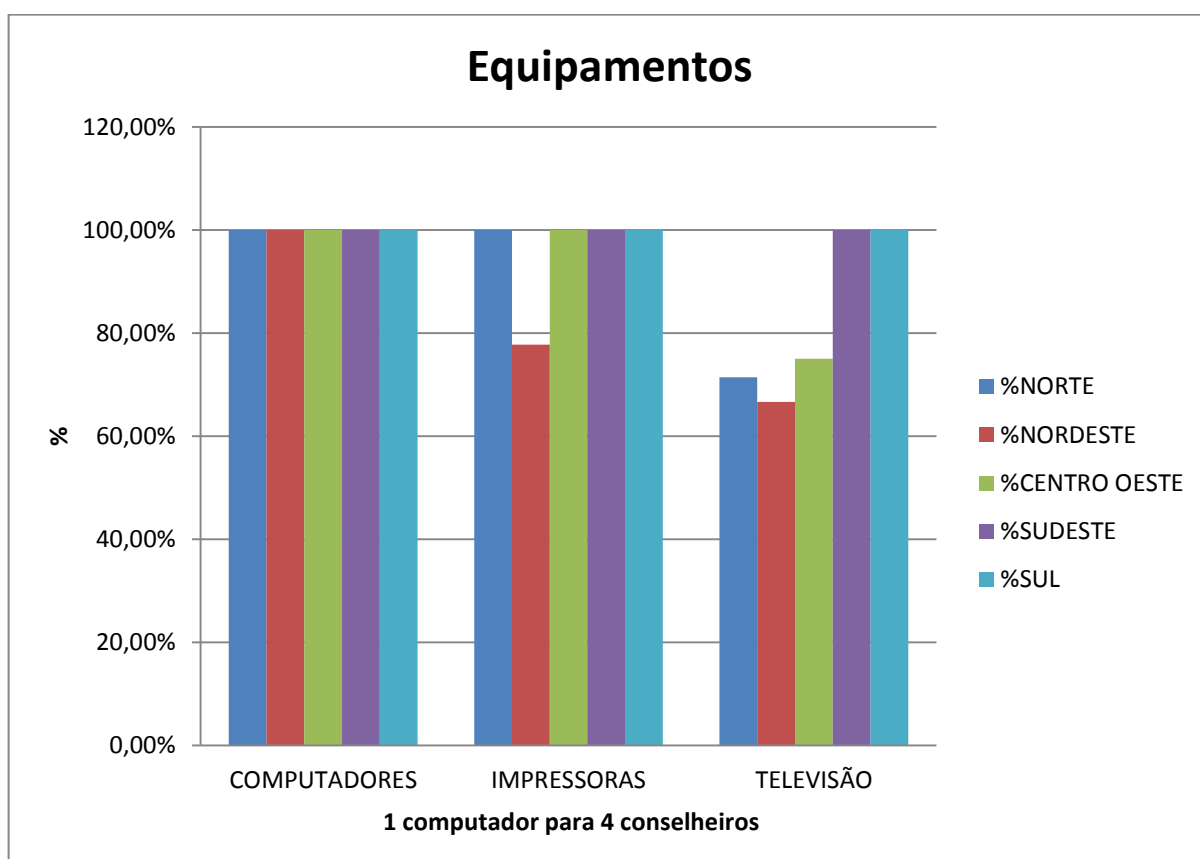


Gráfico 3: Equipamentos, 2012

Fonte: Elaborada pelo autor

#### **5.4.4 Educação Permanente e os equipamentos relacionados.**

A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil, 2009);

Em relação à educação permanente nos Conselhos Estaduais de Saúde, há inconsistência entre o que foi constatado no SIACS e na pesquisa realizada pelo formulário do SUS, efetuada pela Coordenação do PID. No SIACS, 92,59% dos Conselhos Estaduais de Saúde referem realizar capacitação de conselheiros, enquanto que, na pesquisa do PID, apenas 40,74% têm um Programa de Educação Permanente para os conselheiros. Então as capacitações de conselheiros nos estados são pontuais e, efetivamente, 59,26% dos conselhos não têm uma política de educação permanente?

Outro fato que chamou a atenção foi a constatação de que alguns conselhos estaduais informam não possuir televisão, embora a SGEP/MS tenha adquirido TV LCD 32' para todos os CES, inclusive com decodificador para TV por assinatura. Para uma educação permanente de conselheiros, além de oficinas, cursos, encontros, seminários, feiras e conferências, faz-se necessária a criação de uma cultura cidadã. Não apenas isso, mas o compromisso da defesa dos mais vulneráveis. Os equipamentos necessários para aperfeiçoamento e realização de seu trabalho contribuem para o aprimoramento da participação e do controle social.

Nas Regiões Norte e Nordeste, além de não terem sido efetivadas ações de capacitações de conselheiros em alguns estados, os conselhos de saúde estão necessitando de alguns equipamentos, conforme se demonstra no gráfico abaixo, sobre Capacitação de Conselheiros e Equipamentos por Região do Brasil.

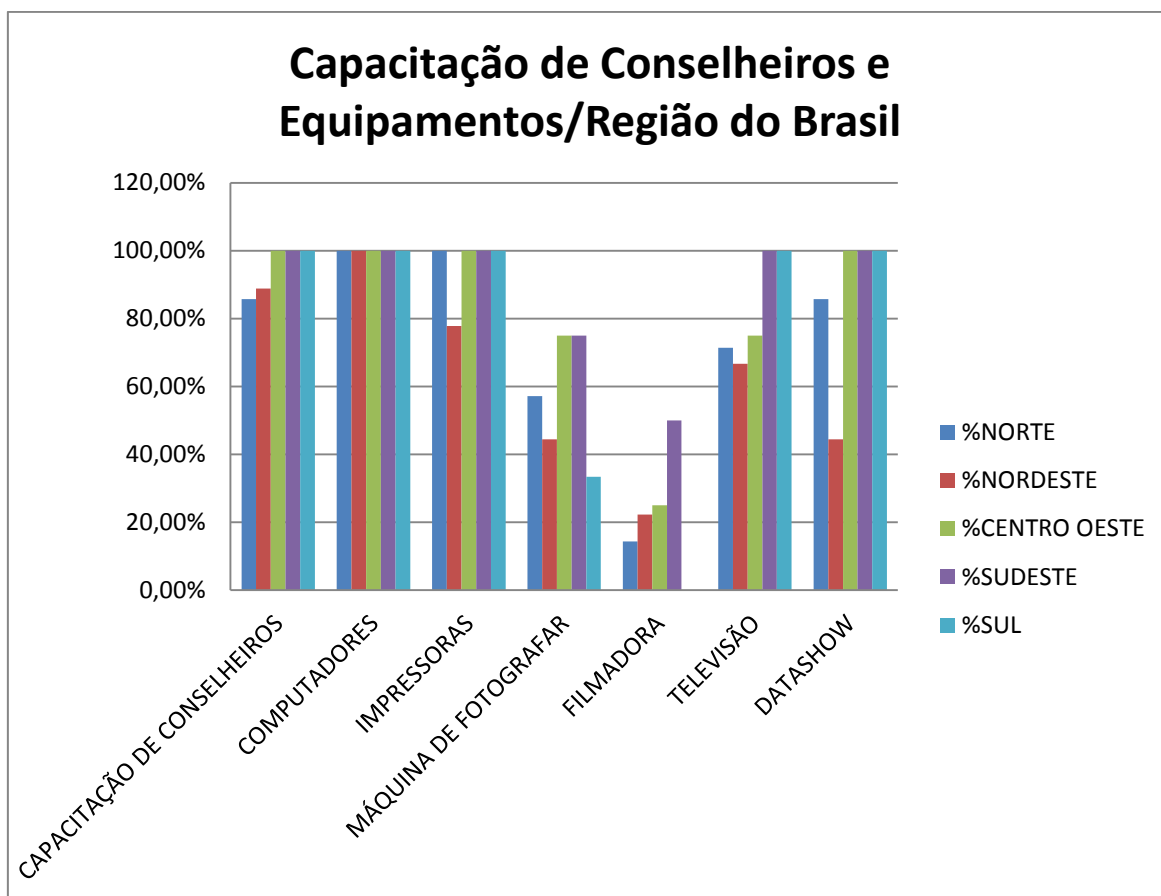


Gráfico 4: Capacitação de Conselheiros e Equipamentos/Região Brasil, 2012

Fonte: Funcionamento e infraestrutura dos conselhos estaduais de saúde por região, Brasil, 2012

## 5.5 Recomendações para o Gestor e para os CES.

Após análises nos Planos Estaduais de Saúde 2008/2011, Programações Anual de Saúde 2011, Relatórios Anual de Saúde 2011, Pesquisa efetivada no SargSUS 2011, SIACS 2011 e no FormSUS 2010 recomenda-se:

Aos Gestores:

- Que os instrumentos de planejamento sejam utilizados de forma efetiva, para facilitar o monitoramento e avaliação da gestão: se as diretrizes/objetivos/metasp foram planejadas, programadas e executadas para o fortalecimento do controle social, a participação social é adequada e a população é beneficiada;
- Que os equipamentos disponibilizados para os Conselhos Estaduais de Saúde sejam efetivamente utilizados pelos conselhos;

- Que os recursos federais referentes a ParticipaSUS sejam utilizados e comprovados nos relatórios anuais de gestão;
- Que as prestações de contas seja colocadas no SargSUS, com as programações inseridas e executadas, como também o montante financeiro executado; e
- Que sejam disponibilizadas condições adequadas de funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde, inclusive com a política de educação permanente para fortalecimento do controle social.

#### Aos Conselhos Estaduais de Saúde

- Que monitore e avalie as fragilidades detectadas nas análises dos instrumentos de planejamento e de baixa ou nenhuma execução orçamentária, nas ações de fortalecimento do controle social, no sentido de proporcionar um controle social efetivo em prol dos usuários do SUS;
- Que os recursos federais referentes à ParticipaSUS sejam acompanhados pelos conselheiros;
- Que os planos estaduais de saúde e as programações anuais de saúde sejam contemplados com ações efetivas para o controle social, com recursos assegurados pela ParticipaSUS e recursos próprios das Secretarias Estaduais de Saúde;
- Que, caso as ações programadas não sejam executadas no exercício, que se solicite explicações da gestão; e
- Que os conselhos de saúde analisem e emitam pareceres de aprovação, aprovação parcial ou não aprovação dentro do exercício.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os equipamentos de informática são de suma importância para as atividades de rotina dos conselhos de saúde, tais como: análises nos sistemas de informações do DATASUS, o cadastramento e atualizações no Sistema de Apoio aos Conselhos de Saúde, as análises para parecer aprovação ou não no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão, o aperfeiçoamento das capacitações de conselheiros e outras tantas atividades.

Importante salientar que todos os Relatórios Anuais de Gestão das Secretarias de Estado da Saúde foram enviados aos respectivos Conselhos, mas até o momento somente 25,92% foram analisados com seus respectivos pareceres (Amazonas, Pará, Roraima, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Maranhão, e São Paulo). Faz-se necessário que a legislação penalize quem não cumprir com a construção de seus instrumentos de planejamento: Planos Estaduais de Saúde, Programação Anual de Gestão e Relatório Anual de Gestão, bem como aqueles conselhos de saúde que não analisarem os relatórios anuais de gestão do exercício anterior.

O Sistema Único da Saúde, que em 2013 completa 25 anos de criação, vem avançando em alguns pontos, tem desafios complexos para as próximas décadas: como a garantia do acesso com qualidade ao Sistema. A participação da comunidade, como determina o Art. 198 da Constituição Cidadã de 1998, é fundamental para o alcance dessa meta.

A retrospectiva das ações desenvolvidas pelos gestores, pelos prestadores de serviços de saúde, pelos trabalhadores de saúde e pelos usuários indica uma evolução tímida nesse processo. Enquanto vivemos o ápice de encantarmos pela ideologia da Reforma Sanitária Brasileira nas décadas de 70 e 80 do século passado, ficamos surpreendidos com a prática de interesses corporativos da assistência a saúde de média e alta complexidade, da especialização médica e dos medicamentos.

Os resultados demonstram que a partir dos Planos Estaduais de Saúde 2008/2011, as diretrizes, os objetivos e as metas foram planejadas visando o fortalecimento dos Conselhos Estaduais de Saúde e do Controle Social, porém efetivamente constatou-se que as ações e atividades programadas não foram

efetivadas, alguns equipamentos não foram efetivamente instalados no espaço do conselho e 37,04% destes não possui sede própria.

Os dados e informações contidos neste artigo devem servir de subsídios para o departamento de Apoio a Gestão Participativa da SGEP, o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e todos os usuários do SUS.

O trabalho apresentado não pretende esgotar a análise sobre o funcionamento dos conselhos de saúde. Os dados da pesquisa do PID e do SIACS aqui relatados correspondem a um esforço de reflexão sobre informações consolidadas para um grande debate nacional sobre o tema.

A maior limitação do trabalho decorreu da dificuldade de acessos aos documentos em alguns estados. Normalmente, nos sítios da internet das secretarias de estado da saúde não estão disponibilizados todos os instrumentos de Planejamento como: o Plano Estadual de Saúde, a Programação Estadual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão 2008/2011.

Para a efetiva participação social é necessário um Conselho de Saúde estruturado. O passo seguinte, e mais importante, é a reformulação de diretrizes e estratégias a serem consideradas, a partir das situações evidenciadas. O trabalho desenvolvido pelo PID, a efetivação do SIACS, a agilidade na feitura e divulgação do parecer de aprovação ou não dos Relatórios Anual de Gestão no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) pelos conselhos são desafios para gestores e conselheiros de saúde.

Os equipamentos de informática depreciam rapidamente, é necessária a aquisição e computadores para todos os Conselhos Estaduais de Saúde, como também de educação permanente para o controle social, para isso precisamos incluir no PES 2012/2015 e na PAS 2013.

Os conselhos de saúde precisam desenvolver uma programação de ações permanentes de capacitação de conselheiros, inserindo nos Planos de Saúde, as diretrizes, objetivos e metas.

Agilizar a inclusão dos pareceres de aprovação, aprovação com ressalvas e não aprovação dos Relatórios Anuais de Gestão no SargSUS, evidenciando o Planejamento aprovado nos conselhos dos Planos de Saúde, como também, das Programações Anuais de Saúde e das atividades relacionadas com o Controle Social.



Espera-se, após as condições necessárias acima mencionadas, que os Conselhos de Saúde atuem e deliberem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros, como forma de participação social no SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

Bobbio, N. *O futuro da democracia: as regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 128p.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.

Brasil. Constituição Federal. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts. 196-200. 1998.

Brasil. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. 1ª edição, 2000. 1ª reimpressão, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. 1ª reimpressão, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde*. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il color + 1 CD-ROM – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano nacional da saúde. Um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. O Painel de Indicadores do SUS nº 7.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Diretrizes do Pacto pela Vida e Gestão.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Bloco de Financiamentos.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril de 2009. Altera a portaria 204/2007 e cria o Bloco de investimentos.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a política Nacional de gestão Estratégica e Participativa no SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3060, de 28 de novembro de 2007. Regulamentar a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do bloco de financiamento para a Gestão do SUS, no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2588, de 17 de dezembro de 2008. Regulamenta o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2433, de 07 de outubro de 2009. Regulamentar as condições para transferência de recursos financeiros federais de custeio, visando a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS para o ano de 2009.

Cardoso, Antônio. Participação e Controle Social. Brasília: UNB, 2011.

Carvalho MCAA, Teixeira ACC (Org.) Conselhos gestores de políticas públicas. São Paulo: Pólis, 2000 (Publicações Pólis, 37).

Carvalho, G. Financiamento para funcionamentos dos Conselhos de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.idisa.com.br/documentos>. Acesso em 17 out. 2011.

Chiechelski, PCS. Avaliação de programas sociais: abordagens quantitativas e suas limitações. Revista Virtual Textos & Contextos, Porto Alegre, ano IV, n. 4, p. 1-12, dez., 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1006/786>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

Costa AM, Guimarães MCL. Controle social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres. 2<sup>a</sup>. edição, Rede Nacional Feminista/Fundo de População das Nações Unidas/ Fundação Ford, dez. 2000.

Costa AM, Noronha JC. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n<sup>o</sup> 65, p. 358-363, set.-dez., 2003.

Denis JL, Champagne F 1997. Análise da implantação, p. 49-88. In ZMA Hartz *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Ferreira, Helder; Cassiolato, Martha; Gonzalez, Roberto. Uma Experiência de Desenvolvimento Metodológico para Avaliação de Programas: O Modelo Lógico do Programa Segundo Tempo. Brasília: IPEA, 47 p., 2009. (Texto para Discussão n<sup>o</sup>. 1.369). Disponível em: <[http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1369.pdf](http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2012.

Florentino, Márcio. Democracia Participativa e Controle Social: A Experiência dos Conselhos de Saúde no Brasil.

Frias, Paulo Germano de; et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, Isabella; et al (Org.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.

Guerrero, A.V.P. Avaliabilidade do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões Amazônia Legal e Nordeste do Brasil: Descrição do Programa e Construção do Modelo Lógico (Dissertação de Mestrado). Recife: Fiocruz, 2010.

GUIZARDI, et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 15-39, 2004.

Freire, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

Hartz, Zulmira Maria de Araújo (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

Hartz, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

Hartz, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira da (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

Labra, M. E. Capital social y consejos de saluden Brasil: um circulo virtuoso? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55, 2002.

MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; et al. Avaliabilidade ou Pré-Avaliação de um Programa. In: SAMICO, Isabella; et al (Org.). **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 57-64.

Luck, Heloísa. et al. A escola participativa: o trabalho de gestor escolar. Rio de Janeiro, DP&A, 4. ed., 2000.

Montague S 1997. Les évaluateurs et la mesure du rendement: Mettre le modèle logique à disposition du gestionnaire. *Bulletin de la Société Canadienne d'Évaluation* 17(2): 1-2.

Pain, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: J.S. Pain, 2007. 300p.

Paro Vitor Henrique: Gestão Escolar Democracia e qualidade do ensino/Vitor Henrique Paro. São Paulo: Átila 2007.

Pedrosa, José Ivo dos Santos. Perspectiva na avaliação em Promoção da Saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, set. 2004.

Pego, R. A.; ALMEIDA, C. Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

Plantz MC, Greenway MT & Hendricks M 1997. Outcomes measurements: showing results in the nonprofit sector. *New Directions for Evaluation* 75 Fall: 15-30.

Reynolds AJ 1998. Confirmatory program evaluation: a method for strengthening causal inference. *American Journal of Evaluation* 19(2): 203-221.

Rodriguez Neto e. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implementação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação. Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social do SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Rowan, Margo. Logic Models in Primary Care Reform: Navigating the Evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. v. 15, n 2, p. 81-92. 2000.

Siqueira-Batista, R. *Miséria*. 3. ed. Rio de Janeiro: Litteris, 2006.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – FS/UNB





Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

## PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto no Cep: **169/12**

Título do Projeto: Avaliação da Implementação da Política “Participasus” com foco nos Conselhos Estaduais de Saúde Pesquisador Responsável: Jomilton Costa Souza

Data da Entrada: 24/10/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, **CONCEDE DISPENSA DE ANÁLISE** ao projeto **169/12** com o título: “Avaliação da Implementação da Política “Participasus” com foco nos Conselhos Estaduais de Saúde.”, submetido na 10ª Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de novembro de 2012, uma vez que a pesquisa não envolve seres humanos.

Brasília, 14 de novembro de 2012

Natan Monteiro de Sá  
Coordenador do CEP-FS/UnB