PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Marcos Sidnei Bassi

O processo de responsabilização da Administração Pública e sua relação com a Atenção Primária à Saúde na região do ABC

DOUTORADO EM CIÊNCIAIS SOCIAIS

SÃO PAULO
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Marcos Sidnei Bassi

O processo de responsabilização da Administração Pública e sua relação a Atenção Primária à Saúde na região do ABC

DOUTORADO EM CIÊNCIAIS SOCIAIS

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais – Sociologia, sob a orientação da Professora Doutora Carla Cristina Garcia.

SÃO PAULO

2012

BASSI, Marcos Sidnei, 1962 –

O processo de responsabilização da Administração Pública e sua relação com a Atenção Primária à Saúde na região do ABC.

Sidnei Bassi – 2012

XXX f. : il. Color. ; 30 cm.

Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais. 2012

Orientador(a): Carla Cristina Garcia

1. Administração Pública. 2. Responsabilização. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Garcia, Carla. II. Título

Banca Examinadora:

São Paulo, 10 de dezembro de 2012

Dedico esse trabalho à minha esposa Carla e aos meus filhos Giovanni e Laís, imprescindíveis na minha vida. Dedico também ao meu irmão Edson que, mesmo ausente, me mostra a verdadeira importância de cada coisa.

AGRADECIMENTOS

Fernando Pessoa disse certa vez que "o sonho é ver as formas invisíveis da distância imprecisa, e, com sensíveis movimentos de esperança e de vontade, buscar na linha fria do horizonte a árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte - os beijos merecidos da Verdade" (*Horizonte*).

Quero agradecer a todos que estiveram comigo na esperança e na vontade de construir e realizar esse sonho. Em primeiro lugar, agradecer à Profa. Dra. Carla Cristina Garcia, amiga e orientadora, pelo constante incentivo, estimulo, sugestões e correções fundamentais na realização desse trabalho. Agradeço também ao Prof. Leandro Campi Prearo pelas inestimáveis sugestões acerca das possibilidades dos tratamentos estatísticos e interpretação dos resultados obtidos através da técnica de análise multivariada adotada.

Agradeço ao pesquisadores que realizaram a pesquisa de campo, aos presidentes e secretários executivos dos Conselhos Municipais de Saúde de Santo André, São Caetano, São Bernardo, Diadema e Mauá pela possibilidade de acesso às Atas de Reuniões e a revisora do texto, Ângela Teodoro.

À todos os meus amigos que compartilharam esse sonho comigo, meus sinceros agradecimentos.

Finalmente quero registrar os meus agradecimentos pelo apoio institucional da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS, na pessoa do Prof. Dr. Silvio Augusto Minciotti, sem o qual esse trabalho não teria sido possível de ser realizado.

RESUMO

Este trabalho analisa a relação entre a responsabilização da Administração Pública, especificamente aquela exercida pelo Controle Social, e a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde em cinco municípios na região do ABC. Para tanto, utilizou-se o instrumento de pesquisa denominado Primary Care Assessment Tool – PCA Tool, junto aos usuários dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde. Esses dados foram cotejados com a análise das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde de cada município. As relações foram estabelecidas através da técnica de análise multivariada de dados denominada *Partial Least Square* – PLS.

Palavras chaves: Responsabilização; Controle Social; Atenção Primária à Saúde; Conselhos Municipais de Saúde; Região ABC.

ABSTRACT

This dissertation analyses the relation between the accountability of the Public Administration, particularly the actions resulting from Social Control -, and the quality of the services of the APS (Primary Heath Attention), in five cities from the ABC region in São Paulo, Brazil. The subjects investigated were users from the UBS services (Basic Health Unities) who agreed to answer the PCA Tool (Primary Care Assessment Tool). The resulting data were compared with the analysis of the reports from the Municipal Councils for Health of each city. Multivariate Analysis and PLS (Partial Least Square) were used to check relationships.

Keywords: accountability; social control; primary health attention; municipal councils for health; ABC region.

RÉSUMÉ

Cette étude examine la relation entre la responsabilité de l'Administration publique, spécifiquement exercé par contrôle social, et la qualité des services fournis dans les soins de santé primaires dans cinq municipalités de la région de l'ABC. Pour les deux, nous avons utilisé l'instrument de recherche appelé Soins Primaires Assessment Tool – outil PDA, près des utilisateurs de services dans les unités de santé de base. Ces données ont été comparées avec l'analyse des minutes des conseils municipaux de la santé de chaque municipalité. Les relations ont été établies par l'intermédiaire de l'analyse multivariée des données appelé *Partial Least Square* - PLS.

Mots clés: la responsabilisation; contrôle social; soins de santé primaires; conseils municipaux de la santé; région ABC.

Lista de Anexos

Anexo 1 – PCA Toll Brasil – Versão Adulto.....129

Anexo 2 – Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde.....141

Anexo 3 – Tabelas dos Resultados detalhados obtidos com a aplicação do PCA Tool.....150

Anexo 4 – Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde.....174

Lista de Quadros

Quadro 1: Relações entre as atividades do Estado e sua natureza (Fonte: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Estado, 1995).....13

Quadro 2: Diferenças entre Burocracia e Administração (adaptado de Matias-Pereira, 2008).....16

Quadro 3: O controle social sobre a Administração Pública.....63

Quadro 4: Análise das Atas dos Conselhos Municipais.....91

Quadro 5: Dimensões e ponderações da Avaliação Externa (Documento Síntese para Avaliação Externa, Ministério da Saúde, Brasília, 2012).....110

Lista de Tabelas

Tabela 1: IDH nos municípios da região do ABC (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003).....81

Tabela 2: Índice de Alfabetização dos municípios do ABC (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2000).....82

Tabela 3: Índice de Responsabilidade Social dos municípios do ABC (Fundação SEADE, 2000).....83

Tabela 4: Resultados Gerais do PCA Tool por município.....89

Tabela 5 – Relações múltiplas entre as dimensões da APS e os Eixos Decisórios (Geral).....102

Tabela 6 – Relações múltiplas entre o Score Geral da APS e os Eixos Decisórios.....102

Lista de Figuras

Figura 1: Resultado Final da aplicação do Partial Least Square – PLS.....92

Figura 2: Teste *t* de Student sobre os resultados finais do PLS.....93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....03

I. O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL.....08

1.1. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE.....11

1.2. Criticas à Administração Pública Gerencial.....17

1.3. O Modelo Societal.....19

1.4. Democracia e Burocracia.....22

II. CONCEITO DE RESPONSABILIZAÇÃO.....32

2.1. Responsabilização e sua relação com a Administração Pública Gerencial....34

2.2. Formas de responsabilização.....36

2.2.1. Responsabilização através do controle parlamentar.....37

2.2.2. Responsabilização através dos controles clássicos.....45

2.2.3. Responsabilização mediante avaliação dos resultados.....50

2.2.4. Responsabilização pelo controle social.....58

III. METODOLOGIA DA PESQUISA.....64

3.1. Objetivo da pesquisa.....64

3.2. Objeto da pesquisa.....66

3.2.1. O Sistema Único de Saúde- SUS.....67

3.2.2. Atenção Primária à Saúde – APS.....73

3.2.3. Conselhos Municipais de Saúde.....76

3.3. Campo pesquisado 80

3.4. Pesquisa de Campo.....83

3.4.1. Variáveis relativas ao grau de Atenção Primária à Saúde.....83

3.4.2. Variáveis relativas ao grau de Responsabilização pelo Controle Social na área da saúde.....84

3.4.3. Relação entre as variáveis grau de Atenção Primária à Saúde e grau de Responsabilização pelo Controle Social na área da saúde.....88

IV. RESULTADOS DA PESQUISA.....89

4.1. Resultado final da aplicação do PCA Tool.....89

4.2. Resultado final da Análise das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde....90

4.3. Resultado final obtido com a aplicação do PLS.....92

4.4. Análise dos resultados obtidos.....94

4.5. Conclusões.....103

4.6. Limitações da pesquisa.....109

V. BIBLIOGRAFIA.....112

VI. ANEXOS.....128

INTRODUÇÃO

A Administração Pública no Brasil vem ao longo de sua história desenvolvendo formas de melhoria de sua gestão. As iniciativas, denominadas genericamente como Reformas Administrativas, estão presentes na formação e na evolução do Estado Brasileiro desde a primeira metade do século XX (GRAHAM, 1997).

A última grande ação de reforma planejada e articulada politicamente no Brasil ocorreu a partir de meados da década de 1990. O movimento coordenado por Luiz Carlos Bresser-Pereira quando estava à frente do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE foi denominado Reforma Gerencial ou Administração Pública Gerencial. O modelo propôs flexibilizar a burocracia do Estado a favor de ganhos de eficiência administrativa[1]. Para legitimar e desenvolver um novo marco regulatório para a gestão pública, a Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998 que altera a redação do artigo 37 da Constituição, incluiu o princípio constitucional da eficiência como objetivo das ações da Administração Pública, nos âmbitos municipal, estadual e federal, abrangendo tanto a administração direta como a indireta.

Esse movimento em busca de um novo modelo de gestão pública teve origem em experiências no Reino Unido a partir da década de 1980 e acabaram se difundindo para a Austrália e Nova Zelândia. As experiências inspiraram o movimento de reinvenção do Governo

[1] Eficiência relaciona-se ao fazer certo, otimizando a relação entre o resultado alcançado e os recursos empregados.

nos Estados Unidos e também influenciaram fortemente a América Latina e Brasil. Na América Latina, coube notadamente ao Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento – CLAD (órgão supra nacional interessado em discutir e propor formas de gestão inovadoras) o papel institucional de promover encontros entre pesquisadores, fomentar pesquisas e aglutinar experiências visando discutir as premissas de um "estado saneado nos planos fiscal e financeiro e competente no âmbito administrativo" (CLAD, 1998, pág. 12).

De forma geral, os modelos de reformas administrativas/gerencias estruturam-se de acordo com orientações de natureza política e ideológica, frutos de um determinado momento histórico do Estado (COSTA, 2010). Entretanto, alguns componentes estão presentes em quase todos os modelos. Um desses elementos intrínsecos a quase totalidade dos projetos de reforma administrativa refere-se ao controle das ações do Estado.

O controle do Estado é um pressuposto fundamental da Administração Pública. O artigo 37 da Constituição Federal, que inaugura o Capítulo *Da Administração Pública,* afirma que *"A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência...".* Com exceção da eficiência (que é interessante ressaltar que foi colocada no texto constitucional através de emenda), todos os outros princípios de gestão relacionam-se com o controle.

Existem várias formas de exercer o controle no âmbito da Administração Pública. Modelos mais conservadores, herdados do sistema de freios e contrapesos de Montesquieu

(1979), focam o controle dentro dos limites da própria administração (lei 8.666/93, Lei 8.429/92, Código Penal, Controles Internos, Tribunais de Contas, Ministério Público, etc.). Entretanto, propostas mais recentes fundadas em princípios de cidadania, deslocam o foco do controle para além das fronteiras da própria administração (PAULA, 2005). É o denominado Controle Social. Pode-se enxergar exemplos do controle social nos conselhos de saúde, de educação, nas iniciativas dos orçamentos participativos, nos portais de transparência, entre outros.

Um conceito chave que vem sendo empregado de forma crescente nos estudos acerca da gestão pública, quando referenciado à questão do controle, é o de "accountability" ou responsabilização (CENEVIVA e FARAH, 2007). Este conceito reflete de forma comumente aceita a ideia da fiscalização dos agentes públicos. Entretanto, ainda não há um consenso sobre a delimitação de seus objetos, sujeitos e meios de controle. Neste trabalho, adotaremos o conceito de responsabilização que englobe não somente os mecanismos de controle formais e institucionalizados, como também os agentes de responsabilização tais como imprensa, organizações da sociedade civil e participação popular.

Dessa forma, analisaremos a relação entre a responsabilização, especialmente aquela exercida através do controle social, e a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde – APS em cinco municípios da região do ABC, a saber, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá.

Tal objetivo busca aprofundar o entendimento acerca do pressuposto recorrente da literatura sobre o tema, indicando a existência de uma relação causal entre os mecanismos de responsabilização e a qualidade dos serviços públicos (PRZEWORSKI, 1996). Evidencia-se, também, em experiências descritas no Banco de Dados do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo da EAESP-FGV[2].

Nesse sentido, o capítulo I aborda o Modelo de Administração Pública Gerencial, discute a reforma do aparelho do Estado e o dilema entre a flexibilização, como forma de aumentar a eficiência e a eficácia da gestão pública e controle da administração pública. O capítulo apresenta, ainda, o Modelo Societal, baseado no controle social, como alternativa para responder ao dilema colocado. Conclui com uma análise da reforma do Estado contextualizando-a com os conceitos de democracia e a burocracia.

O capítulo II introduz o conceito de responsabilização, sua relação com a Administração Pública Gerencial e as formas pelas quais ele é exercido: controle parlamentar, controles procedimentais clássico, avaliação dos resultados e controle social.

O capítulo III trata da Metodologia utilizada na pesquisa. Detalha seu objetivo, seu objeto, o campo pesquisado bem como as técnicas utilizadas para levantar os dois grandes conjuntos de variáveis (Atenção Primária à Saúde e responsabilização pelo controle social).

---

[2] http://www.eaesp.fgvsp.br/default.aspx?pagid=EOMDMOSP&menuid=1660

Finalmente, no capítulo IV são apresentados os resultados obtidos, as conclusões estabelecidas a partir desses resultados e pondera-se sobre os limites da pesquisa.

I. O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

O Modelo de Administração Pública Gerencial introduzido pela gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) através do Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, foi desenvolvido pela equipe do então Ministro Bresser-Pereira. O modelo brasileiro se inspirou nas experiências do modelo britânico (JENKINS, 1998), o chamado *"New Public Management"* (ou Administração Pública Gerencial) originou-se no governo Margareth Thatcher. O modelo pressupõe que as boas práticas da administração privada podem ser adotadas na administração pública (HARRISON, 1998). Nesse sentido, busca-se melhorar o desempenho e otimizar os resultados satisfazendo as necessidades dos cidadãos, agora denominados clientes. Ao se inspirar no modelo ingl6es, o ministro Bresser-Pereira (2009) justifica "a Nova Administração Pública ficou em evidência porque a Administração Pública burocrática havia exaurido suas possibilidades". Fernando Abrucio (1997) destaca três visões administrativas mundiais presentes nessa época que foram decisivas para o desenvolvimento da Administração Pública Gerencial: (1) "managerialism" ou gerencialismo, onde o eixo central está na produtividade através da diminuição e otimização dos gastos públicos; (2) "consumerismo" que objetivava a efetividade e qualidade focada nos clientes/consumidores e (3) a orientação para o serviço público, que conjugava a responsabilização e o binômio justiça e equidade. Esse modelo tornou-se referencia para outros países, destacando-se as experiências da Austrália e Nova Zelândia.

No caso do modelo brasileiro, Favero (2010) destaca as principais diretrizes do modelo de Administração Pública Gerencial:

> "contextualizar o cidadão como cliente foco; dar o sentido claro da missão da organização pública; delegar autoridades; substituir normas por incentivos; elaborar orçamentos baseados em resultados; expor operações do governo à concorrência; procurar soluções de mercado e não apenas administrativas; e, medir o sucesso do governo pelo cidadão"(p.28)

Para operacionalizar o modelo, a proposta brasileira fundamentou-se no princípio da divisão entre atividades exclusivas do Estado e atividades não exclusivas do Estado. As atividades exclusivas seriam de competência das Secretárias Executivas dos Ministérios (responsáveis pela formulação das políticas públicas) e das agências executivas (fundações públicas e autarquias). As atividades não exclusivas do Estado seriam desenvolvidas pelas Organizações Sociais, no tocante à prestação de serviços sociais e científicos, ou por terceiros contratados por licitação, quando da prestação de serviços auxiliares e de apoio (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Bresser-Pereira destaca, ainda, as diretrizes estratégicas do modelo: descentralização política; descentralização administrativa; organizações com poucos níveis hierárquicos; pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; e administração voltada para o atendimento do cidadão e não auto-referida (BRESSER-PEREIRA, 2006).

Além dessa divisão de atividades estratégicas e operacionais, a reforma propunha alterar a cultura burocrática do Estado em uma cultura gerencial, visando a tornar o Administrador

Público um gestor eficiente de recursos, focado na qualidade e que utilizasse as ferramentas de gestão oriundas do setor privado (MARE, 1995)

Na visão de Bresser-Pereira os principais objetivos da administração pública gerencial são (BRESSER-PEREIRA, 1998):

- Melhorar as decisões estratégicas do governo e da burocracia
- Garantir a propriedade e o contrato, promovendo um bom funcionamento dos mercados
- Garantir a autonomia e capacitação gerencial do administrador público
- Assegurar a democracia através da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente e controlados pela sociedade

Para atingir estes objetivos, o modelo de gestão proposto, que serve de referência para o nível federal, estadual e municipal, deveria buscar as seguintes características:

- Uma administração profissional, autônoma e organizada em carreiras
- Descentralização administrativa
- Disciplina e parcimônia no uso dos recursos
- Indicadores de desempenho transparentes
- Maior controle dos resultados
- Ênfase no uso de práticas de gestão originadas no setor privado

1.1. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE

As propostas apresentadas pelo Ministério da Administração Federal e Reforma de inspiração neoliberal, foram apresentadas e legitimadas, e em parte implementadas, pelo ideário de um Estado eficiente e de qualidade dentro de um período correspondente aos anos de 1995 a 1998. A Emenda Constitucional nº 19 de 1998 foi extremamente significativa, pois introduziu o princípio da eficiência no ordenamento constitucional possibilitando fundamentar juridicamente as ações de reforma do governo.

A reforma proposta foi consubstanciada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, e compreendiam três dimensões (BRESSER-PEREIRA, 1997):

a) Dimensão institucional legal: visava a reforma do quadro jurídico normativo do setor público e a criação de novos formatos organizacionais como as agências autônomas, as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP'S)

b) Dimensão Instrumental: introdução de instrumentos de gestão, tais como os contratos de gestão, a contabilidade gerencial/custos e sistemas de planejamento estratégico e de gestão pela qualidade. Estes instrumentos visavam equilibrar a relação autonomia x flexibilidade dos gestores públicos.

c) Dimensão Cultural: visava promover processos de mudança cultural do estado principalmente através da capacitação massiva e permanente de gerentes e servidores públicos.

A proposta de reforma do Estado, consubstanciado no Plano Diretor da Reforma, partiu da constatação de que existem quatro setores dentro do Estado:

1) Núcleo Estratégico: legislativo, judiciário, executivo, forças armadas
2) Atividades Exclusivas: controle, fiscalização, subsídios e seguridade
3) Serviços ou Atividades não exclusivas ou competitivos: universidades, hospitais, centros de pesquisa, museus, etc.
4) Produção de bens e serviços para o mercado: empresas estatais

É no interior do Núcleo Estratégico que são produzidas as leis e as Políticas Públicas do país. Incluem-se nesse Núcleo, no âmbito Federal, a Presidência da República, os ministérios (responsáveis em última instância pela elaboração e execução das políticas públicas), pelos Tribunais Federais (Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça e pelo Ministério Público). Esse núcleo tem as correspondências nos âmbitos estaduais e municipais.

As Atividades Exclusivas são, como diz o próprio nome, de competência única do Estado. São realizadas através do Poder do Estado, isto é, o poder de legislar e tributar. Incluem-se nessas atividades exclusivas a Polícia, as Forças Armadas, órgãos de fiscalização e regulamentação, o Sistema Unificado de Saúde, etc..

Os Serviços ou Atividades não exclusivos ou competitivos do Estado são aqueles que, embora não envolvam diretamente o Poder de Estado, são suficientemente importantes e de alta relevância para a sociedade. São serviços que podem ou não ser realizados pelo Estado ou ainda, ser delegado para terceiros.

E, finalmente, as atividades de produção de bens e serviços são aquelas de caráter estratégico realizadas por empresas estatais.

A partir dessa categorização Bresser-Pereira (2005), relaciona a variável (1) tipo de propriedade com a variável (2) configuração de atuação pública mais adequada. O quadro abaixo mostra as relações entre essas variáveis.

	Estatal	Pública não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
Núcleo Estratégico	●			●	
Atividades exclusivas	●				●
Atividades não exclusivas		●			●
Produção para o mercado			●		●

Quadro 1: Relações entre as atividades do Estado e sua natureza (Fonte: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Estado, 1995)

De acordo com o quadro acima, seriam de natureza Estatal as atividades desenvolvidas no Núcleo Estratégico do Governo e as Atividades Exclusivas do Governo. As Atividades não Exclusivas bem como as de Produção para o Mercado não seriam de natureza estatal e, portanto, não necessitam serem realizadas pelo Estado. Com relativa exceção das atividades realizadas no Núcleo Estratégico, o enfoque deve ser Gerencial e não o Burocrático.

No denominado Núcleo Estratégico e nas atividades exclusivas a propriedade, ou seja, o "locus" de ocorrência das atividades deverá ser, por definição, estatal. Além dos instrumentos tradicionais utilizados por esse núcleo (aprovação de leis pelo Congresso, definição de políticas públicas pelos ministérios e emissão de sentenças e acórdãos pelo Poder Judiciário), Bresser-Pereira propõe a adoção de um novo instrumento chamado de Contrato de Gestão. Através desse contrato, esse Núcleo definiria para organizações executoras os objetivos das atividades a serem realizadas bem como os indicadores de desempenho a serem aplicados.

Segundo Bresser-Pereira (1998), as atividades exclusivas de Estado deveriam ser organizadas através do sistema de "agencias autônomas". Esse organismo autônomo deverá ter um dirigente nomeado pelo respectivo Ministro, com o qual será negociado o contrato de gestão. A partir do estabelecimento dos objetivos e dos indicadores de desempenho (qualitativos e quantitativos), o dirigente teria liberdade para executar a gestão da agência; gerir o orçamento global recebido; administrar funcionários com autonomia no que diz respeito a admissão e demissão; poderá realizar compras apenas obedecendo os princípios gerais de licitação; etc. Contudo, a história recente da Gestão Pública no Brasil mostrou uma série de desvios desse conceito resultando em escândalos de corrupção e mal uso dos recursos públicos.

Na outra ponta do modelo, as atividades de produção para o mercado, deveriam ser realizadas, em princípio, pelo setor privado. Esse foi o elemento balizador dos extensos processos de privatizações ocorridos no Brasil nessa época. Segundo Bresser-Pereira, as empresas seriam mais eficientes se controladas pelo mercado e administradas privativamente. A ideia da privatização ganhou mais força com a crise fiscal do Estado e a diminuição da sua capacidade de realização de investimentos e criação de poupança interna para aplicação nas empresas estatais.

Ao analisarmos as propostas da Reforma do Aparelho do Estado, confrontando com o princípio constitucional da eficiência, podemos verificar que há uma possível contradição entre ambos. Isto porque o princípio da eficiência visa procedimentalizar as atividades da organização. O fundamento das propostas de Bresser-Pereira, ao contrário, propõe no fundo flexibilizar as atividades governamentais. Embora a intenção da Emenda Constitucional nº 19 foi a de legitimar juridicamente a Reforma do Estado, ela não conseguiu traduzir com fidelidade a real intenção do governo ao adotar o conceito de eficiência. Tal tarefa coube às legislações infraconstitucionais como a Lei 11.079/04 que instituiu as Parcerias Público Privadas, a Lei 9.790/99 dispondo sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP'S), a Lei 9.637/98 que prevê as Organizações Sociais entre outras. É interessante observar que as Agências Reguladoras nos serviços concedidos, permitidos ou autorizados já tinham um fundamento constitucional nos incisos XI e XII do artigo 21 e uma limitação expressa no monopólio da união nas hipóteses do artigo 177. As Agências Reguladoras foram fruto do intenso processo de privatização ocorrido no período da reforma no governo Fernando Henrique

Cardoso. Essa possível contradição será tratada em outros pontos desse trabalho, haja vista que se trata de uma problemática central na discussão das possibilidades de reforma administrativa (e a consequente flexibilização) versus controle através de processos de responsabilização.

O Plano de Reforma proposto por Bresser-Pereira trouxe alterações significativas nas atividades do Estado. É importante salientar que esse novos modelos ainda estão em processo de construção. Novas formas de entes jurídicos foram concebidos para tornar o aparelho do estado mais ágil e flexível. Entre elas destacam-se: as Parcerias Público-Privadas – PPP's, as Agências Reguladoras e as Parcerias com o Terceiro Setor.

O Quadro abaixo resume as principais diferenças entre a Burocracia e a Administração Pública Gerencial:

Burocracia	**Administração Pública Gerencial**
Limitada por leis	Inovador
Auto-referida	Orientada para fora
Foco na obediência às normas	Foco no desempenho
Estática	Dinâmica
Paternalista	Orientada para o consumidor
Autorregulada	Focada nos resultados

Quadro 2: Diferenças entre Burocracia e Administração (adaptado por Matias-Pereira, 2008)

Em resumo podemos afirmar que esta reforma, de clara concepção neoliberal visava, sobretudo, a diminuição do Estado e a valorização do mercado. O argumento utilizado como pano de fundo desse processo de modernização foi o de preparar o Estado, e consequentemente o país, para entrar no cenário altamente competitivo internacional. Trata-se de uma consequência de uma política deliberada da globalização hegemônica conforme descrito por Wanderley (2009). O principal argumento para a reforma foi a obsolescência do modelo burocrático e a necessidade de torná-lo mais eficiente através da adoção de um novo paradigma fundado nos princípios administrativos de mercado (ROCHA, 2001). Fundamentalmente tais propostas materializam a ideia da busca de um modelo de gestão organizacional pós-burocrático que englobe o ambiente externo como variável intrínseca à sua dinâmica (VASCONCELOS, 2004).

1.2. Criticas à Administração Pública Gerencial

De 1994, com a implantação das reformas, até o momento, várias são as críticas formuladas ao novo modelo de gestão pública. Merece destacar que a reforma "acabou causando uma fragmentação do aparelho do Estado, pois os novos formatos organizacionais sugeridos pela reforma não substituíram os antigos, há convivência de ambos" (PAULA, 2005).

De fato, como a adesão ao novo modelo não foi imposta pela administração central, alguns órgãos a promoveram, outros não. Hoje se convive tanto com o modelo tradicional burocrático como o modelo gerencial, caracterizando uma verdadeira "colcha de retalhos".

As propostas desse novo modelo de administração foram duramente criticadas por juristas especializados em Direto Administrativo. Vale ressaltar a ácida crítica formulada por Celso Antonio Bandeira de Mello para o qual a Reforma do Estado não passa de uma manobra visando transferir o patrimônio do estado para as mãos do setor privado (MELLO, 2002). Ainda no campo jurídico, só recentemente um grupo de estudiosos do Direito Administrativo vêm assumindo uma posição a favor das mudanças do modelo de gestão burocrático (ARAGÃO & NETO, 2008). No campo da Ciência Social e Política, vale citar a contribuição dos textos de Marco Aurélio Nogueira reunidos no Livro "Um Estado para a Sociedade Civil". A obra discute questões acerca da reforma do Estado, passando pela participação da sociedade civil nas decisões de governo e ainda sobre a formação dos gestores do aparelho do Estado. (NOGUEIRA, 2004).

Uma crítica fundamental a este modelo refere-se ao controle social da gestão pública (PAULA, 2005). Na concepção original, Bresser-Pereira enfatizava a importância do controle social na administração pública gerencial. Segundo o ministro, existiriam controles democráticos visando garantir a eficácia do modelo. Dentre esses controles destacam-se: o controle do processo (participação dos cidadãos na tomada de decisão); o controle dos resultados; o controle dos políticos sobre os burocratas e os controles procedimentais (auditoria e conselhos de administração). Todavia uma análise, ainda que superficial, mostra que os controles citados estão longe de serem efetivos. Ana Paula Paes de Paula (2005) afirma que a nova administração pública mantém a divisão entre a política e a administração, reproduzindo a centralização do poder e restringindo o acesso dos cidadãos ao poder decisório.

A autora, com base em Paul Burkett (1997), avança na elaboração de sua crítica ao atual modelo afirmando que "em relação à democracia, verificamos que o Estado pós-reforma confiou à burocracia pública as decisões estratégicas e optou por uma abordagem política instrumental. O resultado foi uma democracia meramente formal, que enfatiza as instituições e os procedimentos administrativos" (PAULA, 2005, pág. 149). Esta democracia formal não estimula o desenvolvimento da dimensão sociopolítica da gestão do Estado.

O resultado dessa crítica é a proposição de um modelo de administração pública denominado de "administração pública societal". Este modelo fundamenta-se nas premissas de uma nova visão de desenvolvimento e uma concepção participativa e deliberativa de democracia e gestão social.

1.3. O Modelo Societal

A partir das críticas às várias formas organizacionais derivadas do Plano de Reforma do Estado iniciado no governo Fernando Henrique Cardoso, alguns autores vem estudando formas complementares e/ou alternativas a esse modelo que visem, sobretudo, conciliar flexibilização da gestão pública sem perder a capacidade de controle (PAULA, 2005; GENRO, 1997; NUSSMAUN e SEN, 1993). Sem controles inteligentes, não meramente formais, não há segurança em flexibilizar a gestão pelos problemas de desvios de verbas públicas daí possíveis. É fundamental debruçar-se sobre esta função administrativa por ser talvez ela a chave da resposta aos riscos colocados por Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2008) ao Princípio da

Legalidade como pilar do Estado Democrático de Direito. Neste sentido, a conjugação de esforços teóricos entre o campo do Direito e a da Administração Pública produziria efeitos positivos na proposição de medidas concretas, factíveis.

Complementarmente à questão do controle, alguns autores vem propondo um modelo de gestão denominado Administração Pública Societal. Tal modelo incorporaria a participação da população na formulação, acompanhamento e controle das políticas públicas, garantindo o foco no interesse público enquanto razão última da existência do Estado e, ao mesmo tempo, controlando os gastos do governo evitando as distorções já mencionadas. Ana Paula Paes defende este modelo elencando suas principais características (PAULA, 2005):

- A proposta de uma nova visão de desenvolvimento que enfatize a qualidade de vida e equilíbrio com o meio ambiente ao contrário de uma acumulação capitalista predatória e discriminadora
- Uma concepção participativa e deliberativa de democracia e gestão social
- Desenvolvimento dos Fóruns Temáticos, espaços públicos para a discussão e confronto de ideias atuando paralelamente ao poder público.
- Estímulo a criação e ampliação dos conselhos de políticas públicas como instrumento organizacional de democratização da relação entre os interesses da população e as decisões públicas (Exemplo: Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, Conselhos de Saúde, Conselho Nacional de Educação etc.)
- Propiciar a elaboração do Orçamento Participativo

No mesmo caminho da contribuição à discussão do conceito de gestão pública democrática ou "governabilidade participativa", Luiz Eduardo Wanderley conjuga uma série de questões a serem analisadas quando se busca um entendimento do conceito de "público". Destacam-se as seguintes questões: "visibilidade, publicidade e transparência das ações, dos recursos públicos e das decisões políticas; fidedignidade e difusão das informações, não apenas para os grupos diretamente envolvidos, mas para toda a sociedade; constituição de novos sujeitos políticos, seu acesso à esfera pública por meio da legitimidade e representatividade da participação, ampliação e democratização dos fóruns de decisão política; instituição de uma "cultura pública" que supere o poder burocrático do estado, o autoritarismo social e a "cultura privatista" de apropriação do público pelo privado" (WANDERLEY, 2009, pág. 154).

É importante observar um dos conflitos centrais da modernização do aparelho do Estado que trata da contradição entre Burocracia e Democracia. Nogueira coloca bem esta relação ao dizer que:

> "entre democracia e burocracia há muito mais atrito, ruído e tensão que sintonia e integração. A democracia privilegia a autonomia e a liberdade, ao passo que a burocracia não vive sem ordem e obediência. A deliberação democrática procede de baixo para cima e estrutura-se de modo potencialmente ampliado, ao passo que a burocracia decide de maneira hierárquica e tende a restringir fortemente o número dos que participam do processo decisório, em boa medida separando os tomadores de decisão, os responsáveis pela implantação e os beneficiários de suas operações" (NOGUEIRA, 2004, pág. 43).

Em outras palavras, o discurso do aumento da participação embutido nos documentos da reforma do Estado pode se caracterizar como instrumento de retórica uma vez que, concretamente, a intenção é a de otimizar a burocracia. De outro lado é importante colocar que o aprimoramento da burocracia pode conter elementos democráticos tais como o aumento da transparência, da legitimidade e da responsabilidade.

1.4. Democracia e Burocracia

Como apontamos anteriormente, a reforma que se deu no aparelho estatal, de orientação neoliberal, propôs, segundo Nogueira (2004, p. 38) um Estado mínimo para os gastos sociais e máximo para os ganhos do capital. Esta reforma, indissociavelmente vinculada à ideia de uma modernização administrativa compreendida apenas em sua dimensão instrumental, visou a atualização/renovação dos métodos de gestão, operando assim um processo de desvalorização da política.

Esta agenda renovadora, mesmo em face da priorização da administração empresarial, acabou por incentivar a atualização do modelo burocrático até então predominante, possibilitando um maior controle social sobre o aparelho estatal, com o incremento de mecanismos de participação e descentralização na gestão das políticas sociais (NOGUEIRA, 2004).

No entanto os aspectos positivos citados, não são suficientemente convincentes para atribuir ao reformismo implementado um resultado satisfatório como aponta a passagem a seguir:

> "A própria ideia de Estado perdeu clareza e dignidade. Enquanto se falava, aos quatro ventos, em reforma do Estado, em diminuição do tamanho e das funções do Estado, em ajustes e reconfigurações, podia-se assistir à expansão de formas não-estatais de organização, prestação de serviços e 'monopólio da violência'. O não-Estado cresceu – seja sob a forma da multiplicação de iniciativas do mercado e da sociedade civil (terceiro setor), seja sob a forma da consolidação de múltiplos 'Estados' paralelos (criminalidade, tráfico, lavagem de dinheiro, corrupção) -, a ponto de sugerir, a muitos analistas, a imagem de um retorno a estágios 'pré-hobbesianos' de vida social (Lahuerta, 2001). Mutatis mutandis, foi assim em toda a América Latina. (NOGUEIRA, 2004, P.40).

Atualmente, todas as correntes ideológicas e todas as forças sociais, da direita à esquerda, reivindicam a democracia[3], ou melhor, tentam defini-la de acordo com os seus interesses. Há de se lembrar que nem sempre foi assim, uma vez que o pensamento de direita combatia-a aberta e visceralmente; e o liberalismo em boa parte de sua história se apresentava enquanto alternativa à democracia.

> "Há algumas décadas, o pensamento explicitamente direita – desde o catolicismo ultramontano até os diferentes fascismos – combatia abertamente a democracia; até mesmo o liberalismo, em boa parte de sua história, apresentou-se explicitamente como alternativa à democracia. Esta situação se alterou a partir do sec. XX. Por um lado, o fascismo praticamente desapareceu como força atuante no cenário político mundial; e; por outro, sobretudo a partir dos anos 1930, o liberalismo assumiu a democracia e passou a defendê-la, ainda que não sem minimizá-la empobrecendo suas determinações, concebendo-as de modo claramente redutivo. Assim, pelo menos nominalmente, hoje são todos democratas." (COUTINHO, 2006, p.15).

Do excerto acima é interessante observar, que o período que compreende o séc. XIX e inicio do séc. XX, o liberalismo se apresentava como uma alternativa à democracia, para ilustrar, tomemos como exemplo entre tantos[4] o pensador liberal Alexis Tocqueville, afirma ele

---

[3] O fato de que todos hoje se digam "democratas" não significa que acreditem efetivamente na democracia, mas sim que se generalizou o reconhecimento de que a democracia é uma virtude.

[4] Poderíamos citar ainda: John Locke, Immanuel Kant, Benjamin Constant, Gaetano Mosca entre outros.

ser a democracia inevitável, mas é algo em si negativo, em suas palavras, a "tirania das maiorias". Este cenário começou a alterar-se nos anos 30 do séc. XX, o liberalismo passou a incorporar e defender a democracia em seu ideário, mas empobrecendo suas determinações. Seria precipitado acreditar que a absorção da democracia pelo liberalismo se deu de maneira idílica, tranquila; pelo contrário, foi paulatina a incorporação de demandas democráticas no ideário liberal, através das lutas da classe operária, como veremos a seguir.

Até o inicio do séc. XX vigorava o modelo de sufrágio restrito em todos os regimes liberais. Tal modelo consistia em dispor de direito a voto, apenas homens que possuíam propriedades ou pagavam um determinado montante de impostos, desta maneira eram excluídos 90% da população, uma vez que as mulheres e os não proprietários não podiam votar e ser votados. O sufrágio universal é hoje um instituto que todos consideram condição básica de qualquer regime democrático; dificilmente alguém defenderia na cultura ocidental, pelo menos publicamente, que as mulheres e os trabalhadores assalariados não devem votar. O sufrágio universal é uma conquista da classe trabalhadora; assim como, o direito das mulheres ao voto é uma conquista sobretudo, do movimento feminista, das chamadas "sufragistas".

Poderíamos elencar, outros exemplos de direitos políticos e sociais que foram também negados durante muito tempo pelos regimes liberais, em nome da liberdade de mercado; recordemos, por exemplo, os direitos de organização sindical e de greve. Na França, o direito de organização e de greve só foi reconhecido aos trabalhadores nos anos 70 do séc. XIX, pouco depois da comuna de Paris.

> "Portanto, foram sendo progressivamente impostos aos regimes liberais – ou, mais precisamente, à classe burguesa – determinados direitos de cidadania, sobretudo de cidadania política, que não faziam parte do ideário liberal ate inícios do século XX, mas que tal ideário foi sendo progressivamente forçado a assimilar. Tais direitos, ao contrário, são parte integrante do ideário democrático, o qual tem como pressuposto e meta a socialização da participação política, ou seja, em última instância, a plena soberania popular. Como resultado dessa assimilação de novos direitos, imposta pela luta dos subalternos, boa parte dos Estados existentes no mundo de hoje assumiu a forma de regimes liberal-democráticos, na medida em que incorporavam alguns direitos, que resultam de demandas não originalmente liberais, mas de natureza democrática." (COUTINHO, 2006, p. 20).

A partir do último terço do séc. XIX e, sobretudo, ao longo do séc. XX, pode-se notar que um número crescente de pessoas passa a participar da vida política. Esse processo de progressiva democratização, de socialização da política, choca-se com a apropriação privada dos mecanismos de poder. Nasce, portanto, uma contradição. O fato de que haja um número cada vez maior de pessoas participando politicamente de modo organizado, constituindo-se como sujeitos coletivos, choca-se com a permanência de um Estado apropriado restritamente por um pequeno grupo de pessoas, ou seja, apenas pelos membros da classe economicamente dominante ou por seus representantes.

> "Essa contradição só pode ser superada – superação que é precisamente o processo de democratização – na medida em que a socialização da participação política se expresse numa crescente socialização do poder,

> o que significa que a plena realização da democracia implica a superação da ordem social capitalista, da apropriação privada do Estado, e a consequente construção de uma nova ordem social, de uma ordem social socialista. Ou seja: de uma ordem onde não haja apenas a socialização dos meios de produção, como os 'clássicos' do marxismo insistiram, mas também a socialização do poder" (COUTINHO, 2006, p. 22).

Segundo Coutinho, fica evidente, a impossibilidade de plenitude democrática, dentro dos marcos do capitalismo, pois, a ampliação da democracia implica choques permanentes com a lógica privatista do capital.

Em virtude de uma nova versão que podemos chamar de reducionista, minimalista ou "procedimental" da democracia que a despoja de qualquer dimensão econômica e social, dá-se o processo de *formalização* da democracia, quando esta é encarada pelo método da eficácia, estando na mão de profissionais, como nos descreve Coutinho (2006).

> "Estaríamos diante de um regime democrático sempre que certos procedimentos fossem observados: eleições periódicas disputadas por mais de uma elite, um parlamento funcionando. É evidente que Rousseau também não aceitaria essa definição puramente formal. Para ele, a igualdade não se limita ao direito formal de participar do tal 'mercado político'". (COUTINHO, 2006, p.25).

O que é importante nesta discussão é que a igualdade política pressupõe igualdade material, e que o processo de democratização, se expressa essencialmente numa crescente socialização da participação política, que necessariamente deve passar "dentro do Estado". Dessa forma, para Marx, sabemos que o Estado[5] é um espaço privilegiado de disputas, onde perpassa a luta hegemônica, local onde a correlação de forças, a movimentação social e a organização política dos mais diversos interesses tem um papel de grande importância.

> "Por mais que esteja debilitado e cerceado pela globalização capitalista, o Estado continua a ser peça-chave na vida concreta (territorial) dos povos do mundo. A demarcação de um território de lutas que ignore os Estados nacionais realmente existentes não torna mais viável a colocação em curso de uma estratégia anti-sistêmica efetiva. Por tudo isso, o Estado precisa ser assimilado tanto com estrutura de dominação quanto como parâmetro ético de convivência e lócus para o encontro de soluções positivas para os problemas sociais." (NOGUEIRA, 2004, p.61).

---

[5] Gramsci, no conceito de Estado ampliado, vai partir do exame da superestrutura, distinguindo duas esferas: "sociedade política" e "sociedade civil". *Sociedade política* é a esfera em que a classe dominante, através dos aparelhos coercitivos do Estado – as forças armadas e policiais e a aplicação das leis – exercem legalmente a violência. Neste âmbito, as classes buscam exercer sua hegemonia através de uma dominação fundada na coerção, e que tem a sua materialidade expressa pelos aparelhos coercitivos do Estado; e *Sociedade civil* Definição na qual encontramos o diferencial de Gramsci em relação a Marx e Engels, que compreenderam a "sociedade civil" como parte da "infraestrutura" - é uma esfera de "superestrutura". Nesse âmbito, as classes buscam exercer sua hegemonia através da *direção e do consenso*, que têm a sua materialidade expressa pelos aparelhos "privados" de hegemonia, (COUTINHO, 2000, p. 55). É Importante ainda salientar que, por mais ampliado que seja, ou por mais plurais os interesses que ele representa, o Estado continuará sendo um Estado capitalista.

Em relação ao processo de reforma do Estado brasileiro, durante a década de 1990 e do ponto de vista institucional, reafirmou-se o compromisso com o regime democrático: procedimentos, ritos e rotinas da democracia foram consolidados, viabilizando direitos e liberdades nos âmbitos sindical e partidário, porém no âmbito político não houve mudanças substanciais[6].

> "[...] Não se edificou, porém, um sistema político efetivamente democrático, nem houve modificação substantiva dos hábitos democráticos. Em boa medida, o eleitoral se superpôs ao político, comprimindo-o e roubando-lhe espaço. A democracia permaneceu mais formal que substantiva, cortada pela ineficiência, carente de vínculos sociais e de instituições socialmente sedimentadas. (NOGUEIRA, 2004, p.39).

Já afirmamos que entre a Burocracia e a Democracia há mais conflitos do que sintonia e integração. Entretanto a despeito desse conflito, não é possível afirmar que a burocracia esteja blindada à incorporação e assimilação de elementos que são vitais à vida democrática, não apenas para conferir maior transparência, maior celeridade ao processos, mas principalmente para poder representar as reais demandas dos cidadãos. Segundo Nogueira (2004, p.43)

> "[...] não se trataria apenas de garantir a rotinização de formas permanentes de 'participação', coisa que muitas vezes se revela paralisante e contraproducente, mas de possibilitar a circulação de

[6] É inegável que houve avanços no que tange à eficiência e racionalização, no entanto esses avanços foram parametrizados por critérios fiscais e quantitativos, em detrimento de critérios sócio-políticos.

> valores, procedimentos e critérios democráticos no interior da organização burocrática para 'força-la' a decidir de modo ampliado, a reduzir a prepotência dos técnicos e dos superiores, a abrir-se para formas eficazes de controle externo ou a partir 'de baixo'."

A partir dessa análise, o reformismo estabelecido não conseguiu compatibilizar: assimilação de demandas do mercado com incorporação de práticas democráticas. Dessa forma, um processo reformador com este tipo de orientação, estava fadado ao insucesso, incapaz de se fortalecer e de criar próprias condições de legitimação, o Estado foi transformado em fardo e custo[7].

Este insucesso no processo de reforma, não enfraquece a necessidade premente de reformar o Estado naquele momento.

> "O Estado existente precisava ser efetivamente reformado, pois havia chegado ao final do século XX em situação de penúria fiscal, inflado de atribuições e enredado numa teia de interesses privados. Operava precariamente, era 'irresponsável' demais e pouco contribuía para a promoção social. Além do mais, estava tecnicamente defasado, desprovido de funcionários motivados e sem carreiras profissionais bem delineadas.". (NOGUEIRA, 2004, p. 46).

[7] "O Estado se manteria à margem, cumprindo funções limitadas e protegendo, quando muito, os segmentos sociais mais excluídos, os indigentes, os focos de pobreza absoluta." (NOGUEIRA, 2004, p. 44)

Parte do insucesso dessa reforma pode-se atribuir, como aponta Nogueira (2004) ao "paradigma gerencial". Ao criticar o padrão burocrático por sua impermeabilidade às novas demandas da globalização, adotou uma postura dita "pós-burocrática". Ao priorizar (ao menos na concepção do modelo) o controle dos resultados em detrimento dos procedimentos, logrou maior autonomia aos órgãos públicos e descentralizou estruturas, para que se tornassem ambientes mais competitivos. Procurou, assim, demonstrar que, o que conferiria o acréscimo de *performance* estatal advinha da introdução dos mecanismos de mercado. No entanto, esses "ajustes" compunham um pacote maior, como veremos na passagem a seguir:

> "Para obter maior adesão a essa proposta, acenou-se com um sedutor conjunto de promessas: abertura econômica, estabilidade monetária, desenvolvimento, emprego e renda, ascensão e melhoria de vida. [...] Tais promessas não se cumpriram e, ao não se cumprirem, quebraram muitas expectativas e tornaram insuportável a ausência de regulação e proteção pública consistente. [...] Gravemente penalizadas, as classes médias aproximaram-se dos setores mais pobres, que cresceram em tamanho e viram sua própria pobreza se converter em dado natural, incontornáveis. O reformismo implicou, portanto, uma grave 'perda' do Estado.". (NOGUEIRA, 2004, p.48).

II. CONCEITO DE RESPONSABILIZAÇÃO

Como veremos a seguir, o conceito de responsabilização se desenvolve junto com a organização do Estado. Em sua categoria Responsabilização pelo Controle Social, ele adquire importância no contexto da Reforma do Aparelho do Estado quando, ao flexibilizar as ações governamentais, começou-se a pensar de que forma essas ações poderiam ser controladas tornando os governos e as administrações públicas mais democráticas e transparentes (CLAD, 2000).

O termo responsabilização derivado do inglês "accountability" indica dois aspectos: de um lado, os governos são responsáveis pelos seus cidadãos e de outro os cidadãos têm direito de controlarem a ação dos governos. Dessa forma, este conceito reflete tanto o conjunto de procedimentos que os gestores públicos devem adotar para prestarem contas de suas ações como também a participação dos cidadãos nas decisões governamentais.

São muitos os desafios que os Estados Nacionais enfrentam atualmente. A partir de uma breve leitura do noticiário cotidiano é possível constatar os desafios que as administrações públicas enfrentam ao lidar com suas debilidades oriundas das transformações econômicas, políticas e sociais geradas pela transformação do capitalismo. A tarefa é ainda maior se focarmos a América Latina, onde além dos problemas econômicos, existe o desafio da consolidação das democracias (do ponto de vista histórico) recém criadas. Lidar com esses desafios requer governabilidade e governança organizacional. A governabilidade depende, em primeiro lugar, da capacidade institucional do Estado, entendido aqui como o responsável pela

coordenação das ações coletivas. Essa capacidade institucional decorre de uma gestão burocrática profissionalizada, do fortalecimento dos instrumentos gerenciais e da capacidade de elaboração e desenvolvimento de políticas públicas (OSZLAK, 1997). Nesse sentido, o desafio da governabilidade é a consecução de uma gestão pública mais efetiva em termos de resultados de suas políticas públicas e mais responsáveis em relação aos seus cidadãos. Trata-se de transformar a administração pública em:

> "(...) um espaço virtuoso entre o incremento dos poderes do Estado e o incremento do controle sobre o Estado, para permitir ao governo que governe e aos governados que controlem o governo" (PRZEWORSKI, 1998, p. 36).

Nesse contexto, os mecanismos de responsabilização são fundamentais para a construção de uma governabilidade democrática. Eles representam um importante elemento para evitar os abusos de poder, o excesso de discricionariedade, comportamentos inadequados dos gestores e servidores públicos e, sobretudo, podem se tornar um instrumento inibidor da corrupção ao tornar mais transparente os processos decisórios. Apesar do Brasil desenvolver experiências inovadoras em termos de responsabilização, como por exemplo o orçamento participativo, segundo a organização Transparência Internacional, em 2010, ocupamos a 69ª. posição no ranking dos países menos corruptos. Isso denota um longo caminho a percorrer em termos de aprimoramento dos mecanismos de responsabilização e de transparência governamental.

2.1. Responsabilização e sua relação com a Administração Pública Gerencial

A década de 80 foi marcada em todo o mundo por uma grande crise do Estado, uma crise de financiamento do Estado. Parece claro que a amplitude da crise e as diferenças de formação histórica resultaram em diferentes soluções em cada país. Entretanto, o que é comum a quase todos os países foi a adoção de programas de reformas do estado questionando o modelo burocrático de organização no tocante a sua eficácia.

Os processos de reformas administrativas em âmbito mundial foram resultados de uma combinação específica de fatores. A crise fiscal dos Estados, acúmulo de atividades estatais monopólicas e uma crescente insatisfação com os serviços públicos por parte da população propiciaram as condições estruturais que conduziram os processos de reforma. Destaca-se nesse momento alguns pontos das reformas realizadas. Em primeiro lugar a privatização ganhou impulso. Em segundo, apesar do discurso da redução drástica dos gastos públicos, o gasto médio dos países desenvolvidos tiveram um pequeno incremento (TANZI, 1996). Ainda nessa linha, houve esforços de redução do número de funcionários públicos pelos processos de *downsizing*[8].

Segundo Metcalfe e Richards (1989) houve mais que a tentativa de reduzir o tamanho do Estado: o objetivo era transformar o paradigma administrativo somente preocupado em cumprimento passo a passo das normas e procedimentos para um novo modelo baseado na

[8]Achatamento da hierarquia organizacional.

avaliação *a posteriori* dos resultados. O pressuposto básico dessa transformação estava na necessidade de tonar a burocracia menos ensimesmada, menos auto referida, mais consciente dos custos das políticas públicas e, em face da crise fiscal, torna-la mais eficiente e eficaz.

Foi baseado nesse novo pressuposto que se desenvolveu em vários governos (Grã-Bretanha, Nova Zelândia, Estados Unidos, Austrália, Brasil, etc.) uma série de transformações e reformas: difusão de uma cultura baseada na consciência dos custos e no valor dos recursos públicos; flexibilização legal da administração pública; descentralização do poder dos gerentes através de processos de "*empowerment*" ou através das agências reguladoras; adoção da administração por objetivos; controle por resultados; entre outras. Nesse contexto o conceito de *accountability* adquire novos contornos evoluindo das formas clássicas para a responsabilização por resultados e pelo controle social que serão detalhadas. Ao pensar no controle por resultados da administração pública, ao incluir as organizações da sociedade civil no processo decisório, entre outras novas proposições da responsabilização, o foco dirige-se para as exigências dos cidadãos. Desse modo, aumenta a capacidade de elaborar políticas públicas mais eficientes e eficazes e principalmente, mais de acordo com as necessidades confrontadas na relação entre o Estado e os usuários dos seus serviços. É a partir desses elementos que o modelo, denominado por alguns de Pós Burocrático e, por outros, de Administração Pública Gerencial começa a tomar forma.

Ao mesmo tempo, na tentativa de buscar o rompimento com o modelo auto referido de organização burocrática, os primeiro processos de reforma administrativa buscaram tratar com mais austeridade os recursos públicos e responder de forma mais adequada aos direitos da

população contribuinte. isto significou um grande avanço na prestação de serviços públicos em países onde a correlação entre a carga tributária e os serviços prestados era negativa. Logo, a própria flexibilização administrativa, através da descentralização das atividades e dos controles por resultados, reorientou a atenção para a demanda dos usuários dos serviços públicos. Dessa forma, mais uma vez, abre-se um espaço para a questão da responsabilização que a partir de agora não seria somente pensada nos países desenvolvidos como vinculada aos controles parlamentares ou o controle social (por exemplo a figura do *ombudsman*), mas sim passaria a assumir novas formas que serão discutidas a seguir.

2.2. Formas de Responsabilização

O movimento da Reforma do Estado, iniciado notadamente na Grã Bretanha a partir do governo de John Major, proliferou-se no continente europeu, alcançando principalmente a França, Alemanha e Espanha. Nesses países desenvolveram-se programas aproximando os serviços públicos das demandas da população. Ao mesmo tempo, ocorreram algumas transformações significativas no arranjo organizacional do Estado: (1) descentralização dos serviços públicos através do incremento de funções das agências reguladoras, (2) estabelecimento do controle mediante contratos de gestão entre os órgãos centrais da administração pública e as agências, (3) incentivo à capacidade dos provedores de serviços públicos visando aumentar a competência desses provedores em tornar as políticas públicas mais eficazes e eficientes, e (4) transferência de atividades públicas não exclusiva do Estado para entes de natureza privada tais como ONG's, universidades, organizações sociais, etc.. É dentro desse contexto que os processos de responsabilização ganharam importância.

A partir da literatura existente (A Responsabilização na Nova Gestão Pública Latino Americana, CLAD, 2000) podemos concluir por uma tipologia fundada em cinco categorias. São elas:

- Responsabilização através do controle parlamentar
- Responsabilização através dos controles procedimentais clássicos
- Responsabilização mediante a avaliação dos resultados
- Responsabilização através do controle social

2.2.1. Responsabilização através do controle parlamentar

Przeworski afirma que os governos são responsabilizáveis quando os cidadãos tem a possibilidade de identificar aqueles que atuam em benefício próprio (podendo impor sanções apropriadas) daqueles que atuam em benefício dos cidadãos (PRZEWORSKI, 1999). De outro lado, são responsivos aqueles governos que promovem os interesses dos cidadãos, consubstanciados através de políticas públicas. Se partirmos da ideia de que um dos fundamentos centrais da democracia é a característica do Estado em disponibilizar processos mediante os quais os cidadãos comuns exercem um grau relativamente alto de controle sobre seus líderes, podemos supor que existe uma relação direta entre a responsabilidade de um governo e a sua capacidade de ser responsivo, ou seja, governos que possuem mecanismos que possibilitam aos cidadãos avaliarem sua atuação (transparência) e impor sanções (de natureza

política, judicial, etc.) acabam sendo governos mais responsivos, possuindo uma maior probabilidade de atender as expectativas sociais. Essa relação é intermediada pela democracia.

Nesse contexto, os parlamentos exercem uma função destacada e necessária porque são corpos de representação plural, devido a sua composição, sua forma de seleção e suas regras de atuação. Na democracia, o parlamento adquire um papel relevante uma vez que pode expressar suas preferências na agenda pública e na fiscalização dos atos e omissões governamentais.

Dentro da democracia, quais seriam então as formas e instrumentos disponíveis para a responsabilização dos governantes? Nesse ponto trataremos da responsabilização através do controle parlamentar ou responsabilização horizontal (O'DONNEL, 1994). Na responsabilização mediante o controle parlamentar se utilizam mecanismos de separação de poderes, o sistema de "checks and balance", isto é, sistema que busca estabelecer freios e contrapesos institucionais, sem os quais o poder seria irresponsável. É interessante observar a definição de Bobbio acerca da democracia; "exercício do poder público em público" (BOBBIO, 2000), ou seja, a contraposição do público ao privado e do secreto ao transparente.

Na democracia representativa, a separação dos poderes caracterizam os principais mecanismos de controle institucional. Esses mecanismos se relacionam com a atribuição de poder de duas naturezas: poder de agenda e poder de veto.

Por poder de agenda entende-se a capacidade de inserir na agenda política os interesses dos atores sociais. Esta capacidade engloba o direito de formular e de expressar preferências e

que essas preferências sejam consideradas de forma igualitária nas ações do governo; o direito de propor e modificar a legislação vigente; o direito de propor e/ou aprovar indicações de autoridades; direito de fiscalizar a conduta dos agentes públicos via comissões parlamentares de inquérito.

Nos países latino americanos esse poder tem crescido nas últimas décadas, ainda que em muitos países restam resquícios do poder desmedido do Executivo de substituir a atividade legislativa através de decretos. Em um estudo publicado na Revista Brasileira de Ciências Sociais, Carey e Shugart (1998) analisam em diversos países a distribuição do poder de agenda entre o Executivo e o Legislativo através do estudo do poder do decreto e de seus efeitos sobre as políticas e sobre os resultados do sistema político. Argumentam que a utilização dos decretos, ou mesmo das medidas provisórias no caso brasileiro, não é suficiente para corroborar a interpretação convencional na qual o decreto usurpa o poder do legislativo, marginalizando-o e debilitando a democracia. Argumentam através dos estudos efetuados que, muitas vezes, a utilização do decreto é feita de forma consensual com o Legislativo, sendo inclusive preferido por este. Em vários casos, o poder do decreto deriva de uma delegação do Legislativo e não uma tomada de poder do executivo.

No tocante ao objeto desse estudo, a utilização desse mecanismo é potencialmente perversa para as políticas públicas, pois a acumulação dos poderes legislativo e executivo nas mesmas mãos favorece a eliminação dos controles externos, facilitando a corrupção e promovendo um excessivo poder discricionário.

Ainda dentro do contexto do poder de agenda, outro componente relevante para a avaliar a capacidade do controle parlamentar refere-se aos procedimentos de nomeação de autoridades e funcionários para o exercício de funções e cargos públicos. Dependendo da existência ou não de mecanismos que facultem ao legislativo manifestar-se sobre as escolhas do executivo, maior ou menor será o grau desse controle.

Além do poder de agenda, como importante componente do grau de controle parlamentar, Carey e Shugart indicam outro elemento, o poder de veto. Por poder de veto, entende-se a "capacidade que qualquer ator tem de impedir a expressão de preferências e a ação política de outros atores" (ANASTASIA, 2000). Especificamente, para o entendimento do controle parlamentar, significa a capacidade de vetar a implementação de leis, o direito de recusar indicações de autoridades para funções públicas e a possibilidade de fiscalizar ações e políticas públicas.

Essas duas variáveis, poder de agenda e poder de veto, são chaves para o entendimento da capacidade de controle da burocracia pelo legislativo. A dinâmica é pendular, ou seja, a capacidade do legislativo de exercer o poder de agenda e o poder de veto para controle burocrático do executivo ampliando a responsabilização versus a capacidade dos burocratas em escapar dos controles institucionais no sentido de atuar com mais autonomia.

Esse movimento pendular entre a flexibilização e o controle, assume um papel central quando colocado no contexto das reformas administrativas, principalmente no caso brasileiro. Como vimos, a tentativa de reforma administrativa pretendida pelo governo Fernando Henrique

Cardoso, a administração pública gerencial, buscava flexibilizar a burocracia no sentido de torná-la mais ágil e eficiente, focando sobretudo nos resultados e não nos meios. Todavia, ao buscar tal objetivo, deve-se flexibilizar os controles internos. Se é verdade que esse novo modelo torna a administração pública mais eficiente, é também verdade que a flexibilização dos controles internos, relativos aos procedimentos, requer mais controles externos (isso se o objetivo for além de incrementar a capacidade de gestão, também conservar e melhorar os instrumentos de controle). Pode-se denominar essa confluência como um círculo virtuoso que combina desempenho e responsabilização.

O estudo realizado por Stark e Brust (1998), analisando a coerência das políticas públicas em alguns países do leste europeu, argumenta que em contraste com a crença convencional de que os gestores públicos não limitados tem mais autoridade para executar as reformas, autoridade e responsabilidade não são contraditórias. De acordo com os autores, ao contrário do que postula a corrente dominante, a qual coloca que as configurações institucionais que restringem a autoridade do executivo produzem problemas de coordenação e afetam negativamente a coerência e efetividade das políticas públicas, o exame dos casos mostram uma correlação inversa da corrente dominante, ou seja, nas estruturas institucionais onde se estabelecem fortes limites a autoridade dos gestores públicos, as políticas públicas são mais coerentes e efetivas.

Esses resultados apontam para uma direção interessante e profícua para a análise e concepção de reformas do Estado. O dilema central dos processos de reforma do Estado acabam recaindo sobre a relação autoridade versus controle. Essa relação permeia todos os princípios

constitucionais da Administração Pública. O capítulo VII – Da Administração Pública, artigo 37, estabelece:

> "Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência..." (BRASIL, Constituição Federal, 1988)

Todos os princípios ali destacados contêm na sua essência a relação autoridade versus controle. A legalidade estabelece que toda a ação da administração pública deve ser previamente estabelecida em algum tipo de instrumento formal (lei, decreto, portaria, resolução, etc.). A regra é a legalidade, a discricionariedade do administrador público é a exceção. A impessoalidade, herança direta e literal dos escritos de Weber sobre burocracia (1982), postula o distanciamento entre o privado e as questões de ordem pública. A publicidade determina que todo e qualquer ato da administração deve se tornar público, acessível, visível e, portanto, controlável por todos. E, finalmente, acrescentado na Emenda Constitucional no. 19 de junho de 1988, o princípio da eficiência que, contrapondo-se aos princípios anteriores de clara natureza de controle, indica que a administração pública deve se visar também o desempenho.

A partir do resultado desse estudo, Stark e Brust (1998) propõe o conceito de "responsabilidade política estendida", o qual abrange, além dos mecanismos de responsabilização periódica (eleições), mecanismos através dos quais os gestores públicos são controlados por outras instituições políticas, estatais e não estatais. Alguns teóricos da

democracia contemporânea (PRZEWORSKI; STOKES e MANIN, 1999) assinalam que as eleições são instrumentos necessários, entretanto não suficientes para garantir o controle dos governantes pelos governados. Dessa forma, se faz necessário organizar novos mecanismos que exerçam um controle nos intervalos eleitorais. Nesse sentido, a aposição parlamentar a governo possui um papel de destaque. Huber e Powell (HUBER; POWELL, 1994), concluíram que nos regimes onde a oposição tem mais força e o poder está mais dividido, existem maiores probabilidades de que a política pública seja mais consistente com as demandas dos cidadãos.

Dentro da perspectiva do controle parlamentar, a presença e a força da oposição são cruciais para o exercício do controle da burocracia pelos parlamentares. A fragilidade da oposição favorece uma "camaradagem" entre a burocracia e os eleitos, ocultando informações aos cidadãos e não atuando em função de seus interesses. De outro lado, a oposição pode se tornar um canal alternativo para exprimir as preferências dos cidadãos. (PRZEWORSKI, 1998).

Ao analisar os mecanismos representativos da democracia, O'Donnell (1994), conclui que em alguns Estados ocorre um fenômeno que o autor denominou de democracia de delegação, onde se verifica uma concentração de poder em mãos do Executivo e uma inoperância e ineficácia dos mecanismos clássicos de *checks and balance.* Notadamente na América Latina, onde o modelo de administração pública gerencial – focado na flexibilização visando a ampliação da eficiência – proliferou, é fundamental que esse modelo seja acompanhado do fortalecimento de novas formas de responsabilização pelo parlamento.

Em estudo realizado pela cientista política Fátima anastasia (2000) em quatro países da América do Sul (Argentina, Bolívia, Brasil e Chile) examinando a distribuição dos poderes de agenda e de veto entre o legislativo e o executivo, a autora, ao relacionar a responsabilização com o grau de distribuição de poder de agenda e de veto, conclui que, se o objetivo for o de incrementar o controle parlamentar sobre os ato e omissões dos governantes, alguns procedimentos devem ser evitados e outros devem ser adotados. Em primeiro lugar, deve-se evitar a concentração dos poderes de agenda nas mãos do executivo, tal como se evidencia no caso brasileiro. Atenção especial deve se dada aos mecanismos que conferem poderes legislativos ao presidente, que só deveriam ser autorizados em casos muito excepcionais e, mesmo assim, limitados a um período de tempo determinado. Em segundo lugar, é preciso propor uma "engenharia institucional" na qual os poderes de agenda e de veto fossem melhor equilibrados, evitando-se, por exemplo, uma situação em que o mesmo poder de agenda que designa um executor de política pública, não designe o agente fiscalizador de sua execução. Em terceiro lugar, deve-se buscar democratizar os recursos de informação disponíveis para os legisladores de forma a permitir o monitoramento constante das ações dos governantes. Em quarto lugar, deve-se fortalecer as iniciativas de descentralização política entre o nível nacional e os governos locais, uma vez que a proximidade dos cidadãos com os administradores locais favorecem a responsabilização. Finalmente, é necessário criar novas instituições que possibilitem o funcionamento da democracia nos intervalos eleitorais.

2.2.2. Responsabilização através dos controles clássicos

Define-se por controles clássicos (GENEVIVA e FARAH, 2007) aqueles instituídos através de constituições nacionais. Denomina-se clássicos pois são frutos de um princípio da concepção democrática do poder, ou seja, a divisão do poder entre aqueles que o exercem visando evitar a concentração. Esses controles são um conjunto de instrumentos criados pelo Estado Democrático de Direito visando evitar o abuso de poder e assegurar as garantias constitucionais. A finalidade fundamental desses controles é certificar o cumprimento das normas, garantindo a probidade das ações do governo, o controle das ações dos governantes no sentido da garantia dos direitos dos cidadãos evitando, dessa forma, a corrupção.

Loewenstein (1970) visualiza esses controles em quatro dimensões de poder que se entrelaçam: eleitorado, parlamento, governo e tribunais. Esses controles são encontrados nos âmbitos administrativo, legislativo e judicial.

O controle clássico por excelência é a monitoração de contas. Com origem nas monarquias absolutas, esse controle:

> "é um princípio universal, independente das formalidades legais. Tanto o príncipe absolutista, o ditador totalitário ou o senhor feudal, que consideravam o Estado como de sua total propriedade pessoal, tem ou tiverem um interesse vital nessa espécie de controle" (STERN, 1995).

Na democracia representativa, esse controle parte da ideia de que como o poder é concebido como um mandato do povo exercido por seus representantes, aqueles que o exercem

devem prestar contas de sua atuação. O fracionamento e a repartição de competências, mediante o sistema de freios e contrapesos entre os poderes, é um requisito fundamental e necessário para a democracia. É dentro desse sistema que os controles existem para evitar os abusos e punir os transgressores. Dessa forma, são instrumentos essencialmente de natureza jurídica. Nesse contexto, a prestação de contas inclui a transparência da gestão, a publicidade dos atos de governo, a existência de parâmetros normativos-legais de responsabilização e a independência das instituições. Por detrás desses mecanismos de fiscalização existe sempre a capacidade de responsabilizar um ocupante de uma função pública, seja ela de qualquer natureza (funcionário público, empregado público, comissionado, etc.).

A socióloga Nuria Grau (1997) distingue as seguintes dimensões de responsabilização através dos controles clássicos:

- Responsabilidade política: derivada do princípio da representação do povo através do mandato eletivo. Essa responsabilidade não implica necessariamente a transgressão de uma norma, mas sim no desempenho satisfatório do mandato.
- Responsabilidade administrativa: surge quando o ocupante da função pública transgrede uma norma ou deveres éticos.
- Responsabilidade Civil: surge quando da necessidade de reparar algum dano causado por ato que transgrede o ordenamento jurídico.
- Responsabilidade Penal: surge quando se comete um delito, por dolo ou culpa.

Os controles clássicos podem ser divididos em quatro tipos: administrativos, parlamentares, judiciais e Tribunais de Contas ou Auditorias Nacionais (GROISMAN e LERNER, 2000) . Os controles administrativos englobam as ações no âmbito administrativo que verificam a sujeição às normas existentes. A Administração Pública , em seus vários níveis, tem a obrigação de estabelecer mecanismos de controle interno orientados a garantir a legalidade e regularidade de sua atuação. Da mesma forma, essas estruturas preveem um sistema de responsabilidades e ações dos diferentes níveis hierárquicos que geram deveres aos ocupantes de função pública.

A Administração de Recursos Humanos que estabelece regras do exercício das funções públicas, seus direitos e deveres, os planos de carreiras, etc., exemplifica um controle administrativo. Outro controle administrativo fundamental refere-se ao conjunto de normas que regulam de qual forma os funcionários públicos podem dispor e manejar os recursos materiais e financeiros colocados à sua disposição. A Lei 8.666/1993 e a Lei 101/2000 (conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal), são claros exemplos da natureza do controle administrativo. Os Controles Parlamentares são derivados constitucionais da divisão dos poderes, onde cabe ao legislativo, além de legislar exclusivamente sobre determinadas matérias, fiscalizar a atuação do Poder Executivo, podendo impor sanções ou, em casos extremos, retirar o presidente de sua função. O Controle Judicial, ou Controle da Constitucionalidade, visa punir a prática de ações que fogem ao ordenamento jurídico vigente. Em alguns países, como na França, esse controle é exercido por um Órgão específico jurisdicional exclusivo para controlar os atos administrativos.

E, finalmente, o Controle exercido pelos Tribunais de Contas ou Auditorias Nacionais, onde um órgão de controle externo, em alguns países chamados de Entidades de Fiscalização Superior, exerce o controle dos atos administrativos. Basicamente existem 3 modelos básicos. Em primeiro lugar, o modelo francês da Corte de Contas, organismo colegiado que tal como o Conselho de Estado, integra a Administração Pública, com reconhecida independência. Em segundo, o modelo italiano do Tribunal de Contas, órgão independente dos poderes executivo e legislativo com funções jurisdicionais. E, por último, o modelo anglo-americano, de Controlador Geral ou Auditor Geral, órgão unipessoal na órbita do congresso. O Tribunal de Contas, modelo adotado por países como Brasil, Chile, Guatemala, El Salvador e Argentina, tem como característica comum uma orientação para o controle formal-legal e de regularidade financeira-contábil. Em alguns casos, os tribunais de contas podem ter um controle *ex-ante-facto* ou controle prévio. No Brasil, os Tribunais de Contas não possuem essa característica, exercendo somente o controle *ex-facto*. Ainda como diferenciador, existem tribunais com atribuições jurisdicionais. Nesse caso, além de determinar a responsabilidade contábil (deveres relativos aos cuidados em administrar os bens públicos), esses tribunais determinam a responsabilidade administrativa, vinculando ao ocupante da função pública os danos causados pela violação dolosa ou culposa de um ordenamento normativo-jurídico.

Gordillo (1981) assevera que esses controles são ineptos em si mesmos para produzir uma mudança de mentalidades, de atitudes, de comportamento e de crenças no sentido de melhorar o desempenho das atividades públicas. Ao contrário, segundo o autor, esses controles servem para retroalimentar o sistema fazendo crescer a regulamentação da atividade pública, afetando negativamente a sua eficiência e eficácia.

Uma vertente de explicação para o fracasso dos instrumentos de controle clássicos (MEYERS e HOOD, 1994) consiste em caracterizá-los como ações eficazes em ambientes estáveis, tanto interno quanto externamente, isto é, quando o entorno é estável e as tarefas são repetitivas e previsíveis. Não se trata, como se pode facilmente ser observado ao longo das últimas décadas, do ambiente no qual a administração pública está inserida atualmente. Inflação elevada, alternância entre recessão e crescimento, globalização, expressivo desenvolvimento da tecnologia da informação, etc., e a consequente necessidade de dar respostas adequadas às demandas da sociedade que pressionam a administração pública no sentido de torná-la mais ágil e flexível. Nesse momento os controles clássicos tornam-se por vezes obstáculos ao desempenho da gestão uma vez que é impossível estabelecer regras e controles para todas as situações de complexidade, incertezas e mudanças.

Essa constatação levou os críticos da administração pública hierarquizada, compartimentalizada e ineficiente a propor um modelo de gestão pública gerencial caracterizado pela flexibilidade, pelo aumento da discricionariedade do gestor público. Entretanto, aumentar a discricionariedade do gestor sem controles jurídicos aperfeiçoados, compatíveis com um modelo de gestão que prima pela eficiência e eficácia, aumenta o potencial de corrupção. Os instrumentos de controle são indispensáveis para o processo de responsabilização. Nesse sentido, cabe analisar quais são os mais adequados e quais critérios devem ser aplicados para analisar a finalidade do controle. Segundo Gournay (DE GOURNAY, 1983) um controle deve visar "três Es": eficiência, economia e eficácia, isto é, se os recursos são empregados de modo adequado, com o menor gasto possível e alcançam-se os objetivos

pretendidos. O caminho possível para a evolução dos controles clássicos são os controles por resultados que serão abordados no próximo ponto deste trabalho.

2.2.3. Responsabilização mediante avaliação dos Resultados

Um outro conjunto de possibilidades de exercer o controle da administração pública envolve desenvolver instrumentos para avaliar os resultados da gestão. Essa forma de responsabilização foi nomeada de responsabilização mediante avaliação dos resultados ou controle de resultados. Segundo os estudos de experiências internacionais (GARCIA, 1995) tal forma mostra-se mais efetiva quando existe uma definição política clara sobre o Estado e sua instituições, quando há uma consciência coletiva democrática estratégica e moderna que seja consistente não somente com as exigências da economia global, mas também com as aspirações sociais de longo prazo. Se as políticas e os programas carecem de sentido estratégico e de visão de longo prazo, será praticamente impossível implantar um processo de responsabilização por resultados que seja sustentável e efetivo. De fato, não faz sentido dedicar tempo e recursos para avaliar resultados da ação governamental (consubstanciado em programas e projetos) que não correspondam às prioridades de desenvolvimento nacional e das demandas sociais. O objetivo de promover a eficiência pública não é um fim em si mesmo, a transformação do Estado tem sentido somente se as ações executadas conduzam a um maior bem estar social, reflexo direto da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

A responsabilização por resultados na Administração Pública sustenta-se na avaliação posterior (*ex-post*) das políticas e programas, como meio de medir o desempenho e exercer a

prestação de contas do nível de comando e dos funcionários públicos responsáveis tanto pela execução como pelos resultados obtidos. Consiste basicamente em contrapor as metas estabelecidas com os resultados obtidos. Ainda que pareça uma tarefa simples, a responsabilização por resultados, em sua operacionalização, é bastante complexa e de longo prazo cujo desenvolvimento requer uma decisão política contínua de vários governos.

O princípio que fundamenta a responsabilização por resultados reside na ideia que, em todos os regimes democráticos, o ordenamento jurídico estabelece que o governo é obrigado a prestar contas à sociedade tanto dos recursos públicos como dos resultados obtidos. A responsabilização por resultados é um direito da sociedade de avaliar se as promessas que os governantes fizeram no momento da eleição se realizaram efetivamente ou não. É um direito que não se resume a um único dia, ou seja, o da eleição, mas estende-se ao longo de toda a gestão de determinado governo.

Para promover a responsabilização por resultados se faz necessário a vontade e decisão dos níveis mais altos da administração pública, notadamente do Poder Executivo que coordenará e conduzirá o processo (PETREI, 1997). Ela se dá de cima para baixo criando uma cadeia de responsabilidade que envolve desde os governantes até o nível dos funcionários públicos. Outros agentes de controle podem se envolver nesse processo, tais como o congresso e a sociedade civil, buscando garantir a transparência e legitimidade da prestação de contas feita pelo governo assim como exercer pressão no sentido de melhorar os níveis de desempenho (esse tema será retomado quando abordarmos a responsabilização através do controle social).

O apoio político constitui condição necessária, mas não suficiente. Segundo Quirós (2000), o início do processo de responsabilização por resultados deve enfrentar três problema relacionados que se internalizam de maneira diferente dependendo do nível de desenvolvimento do sistema democrático. São eles: (1) a presença de um modelo de gestão pública rígido focado exclusivamente na administração dos recursos e no controle da legalidade dos seus atos; (2) normalmente os governos ou não dispõe de instrumentos de avaliação de políticas e programas ou, se os tem, são precários no que tange a avaliação de resultados, caracterizando-se por meras formalidades legais (tais como o PPA – Plano Plurianual) e (3) a sociedade também não desenvolveu mecanismos de participação para exigir do governo resultados concretos das promessas eleitorais, de tal sorte que os cidadãos ficam indefesos e sujeitos a boa vontade dos governos em prestar contas de suas ações.

Essa situação se agrava em sociedades onde o sistema democrático é frágil, onde as instituições não são claramente reconhecidas e autônomas e com uma cultura política débil. Nesses casos, normalmente os políticos se apresentam com programas de governo superdimensionados e de caráter clientelista. Existe um grande obstáculo para se desenvolver um processo de responsabilização por resultados, haja vista a irrealidade dos programas. A prestação de contas, quando existe, constitui-se num ato meramente político-publicitário no qual se apresentam um informe geral das atividades efetuadas, apresentação de números impactantes sem, entretanto, qualquer sentido estratégico. Segundo Quirós (2000, pág. 176) "é uma responsabilização do tipo *memória anual* , onde o governo menciona as políticas, os programas, sua boas intenções e uma lista interminável de "aparente conquistas, mas sem fazer referencia aos resultados concretos associados às atividades programadas e aos recursos utilizados".

Diante disso, resta perguntar quais são as condições requeridas para impulsionar um processo de responsabilização por resultados que contribua para o fortalecimento da democracia. Independentemente dos vários caminhos que poderiam ser propostos, um pressuposto básico deve ser comum: a necessidade de incorporar tanto a visão da sociedade quanto a visão do governo, no sentido de se evitar que a responsabilização se torne em um ato unilateral e ensimesmado, não objetivando resultados concretos que respondam as necessidades da população. Dessa forma, a responsabilização por resultados não pode limitar-se a implantação de instrumentos para medir o desempenho da administração pública, mas sim a gestão pública deve rever o seu modelo tradicional centrado na administração de recursos e atendimento a legalidade e substituí-lo por um modelo focado na satisfação dos usuários dos serviços públicos.

Para se tornar efetiva, a responsabilização por resultados deve ser uma Política do Estado. A sua efetivação depende da consolidação de um modelo de gestão pública flexível e criativa, que atribui aos responsáveis pelos programas de governo maior liberdade para tomar decisões, assim como maior responsabilidade pessoal sobre os resultados atingidos. A responsabilização por resultados deve ser incorporada ao longo de todo o processo de gestão e não somente como uma avaliação *ex-post*. Nesse sentido deve-se criar um ambiente onde a avaliação por resultados se incorpore em todas as etapas do processo de gestão de políticas públicas, ou seja, (1) no Planejamento, para assegurar que a destinação dos recursos seja consistente com as prioridades nacionais e demandas sociais; (2) na Execução, mediante a fixação de metas, estabelecimento dos programas e implantação dos controles para orientar a

tomada de decisões e; (3) na Avaliação, como condição necessária para medir o desempenho público em função dos resultados.

Ainda que pareça simples, a articulação desses processos é extremamente complexa na prática, uma vez que conduz a uma mudança radical na relação Estado-Sociedade. Isso porque, segundo Quirós 2000, p. 177) a responsabilização por resultados "descobre os acertos e os erros do governo, evidencia as virtudes e as debilidades dos programas e proporciona informações sobre a eficiência e a efetividade com que se utilizaram os recursos públicos.

Se por um lado a responsabilização por resultados pode evidenciar a capacidade de gestão de um governo, por outro, ela se transforma em uma importante ferramenta de transformação da gestão, ao tornar mais transparente o processo de tomada de decisões, evidenciando os responsáveis pelos resultados, gerando informações que permitem a sociedade avaliar seus governos e seus governantes. Adotar tal modelo traduz uma maturidade política que impulsiona o desenvolvimento das instituições e o aperfeiçoamento do sistema democrático. O êxito da responsabilização por resultados começa na fase de Programação Orçamentária. É nesse momento que se estabelecem as prioridades, as políticas e os programas, se fixam as metas e são alocados os recursos correspondentes. Para proporcionar uma prestação de contas efetiva, a articulação entre as políticas, os recursos e a metas deve se apresentar de maneira clara nessa fase. A falta dessa articulação pode resultar em uma gestão dominada pela rotina e inércia institucional. A crítica comum à responsabilização por resultados considera que a avaliação *expost* é de pouca utilidade, uma vez que os erros serão tardiamente identificados. Entretanto, a correta instrumentalização dessa espécie de responsabilização, implica na

adequada formulação de políticas e programa e seguimento durante sua execução, corrigindo os desvios ao longo do processo.

Woods (1997) sugere um conjunto de questões que visam orientar o processo de implantação da responsabilização por resultados. Quais são os objetivos e as políticas que orientam a gestão? Quem são os beneficiários (usuários) dos bens ou serviços? Quais são as necessidades desses usuários? Quais são os programas estratégicos para satisfazer essas necessidades? Quais são as metas anuais e plurianuais? Quem são os funcionários responsáveis pelos programas? Quais são os mecanismos para controlar a execução dos programas? Em que prazo e qual o custo para cumprir as metas estabelecidas? Ao buscar responder a essas questões, a gestão estará se orientando para o usuário, para atender suas necessidades da forma mais eficiente possível.

Um aspecto importante nessa forma de responsabilização refere-se à definição de metas e estabelecimento dos indicadores que irão medi-las. É fundamental que tanto o avaliador quanto o avaliado conheçam desde o início as metas e os critérios que serão utilizados na avaliação dos resultados uma vez que sem esses parâmetros fica difícil avaliar sua execução e resultados.

Ainda que não exista um método de programação orçamentária ideal, a responsabilização por resultados enfrenta sérias limitações nos países que mantêm sistemas orçamentários rígidos, onde os órgãos da administração pública não possuem liberdade para administrar os recursos alocados no orçamento de acordo com as necessidades dos programas e

as exigências do ambiente que se alteram ao longo do exercício fiscal. Estudos demonstram (BID, 1997) que casos exitosos de responsabilização por resultados basearam-se em sistemas orçamentários mais flexíveis. Nesse ponto surge uma questão relevante: o quanto do orçamento pode ser remanejado em função das contingencias dos programas? No Brasil trava-se uma disputa política quando se discute essa questão. De um lado, o governo tenta aumentar o percentual de remanejamento visando a flexibilidade dos gastos, de outro, a oposição busca restringir ao máximo esse percentual no sentido de dificultar a ação governamental.[9]

A execução das políticas públicas não é um processo linear nem estático. Ela se realiza em um entorno caracterizado por mudanças. Estabelecer prioridades, fixar metas e alocar recursos não conduzem, necessariamente, aos objetivos estabelecidos. Para tanto, a liberdade e a flexibilidade para tomar decisões é fundamental. Nesse ponto é que se percebe com muito mais clareza a necessidade de transformar e modernizar o os sistemas de controle interno e externo. Os sistemas de controle tradicionais têm sido insuficiente para promover a eficiência pública, uma vez que se foca no controle da legalidade. No atual cenário em que as relações Estado-mercado-sociedade tem se transformado de forma profunda, esses controles perderam sua efetividade. Essa incapacidade se traduz no excesso de regras e procedimentos, multiplicidade e duplicidade de controles excessivos e irrelevantes que colocam uma série de obstáculos à gestão eficiente dos recursos e impossibilidade de atingir os objetivos.

---

[9] Atualmente, o Governo Federal pode remanejar 30% do Orçamento Geral, sendo que no caso de obras, esse percentual reduz-se para 10%

Apesar da responsabilização por resultados visar a modernização e simplificar os sistemas de controle, os crescentes atos de corrupção provocam reformas num sentido contrário, ou seja, centram a atenção na quantidade de controles e não na qualidade dos mesmos. Quirós (2000, pág. 181) afirma que

> "de fato, nos países onde a sociedade demanda lutar contra a corrupção, e persiste uma confrontação entre os poder Executivo e o Poder Legislativo, a possibilidade de avançar no curto prazo em direção a esquemas de controle modernos é praticamente impossível."

Falar em outorgar maior flexibilidade no uso de recursos públicos pode resultar em um discurso contraditório, irracional e, inclusive antipopular. Parece-nos que esse é o estágio da Administração Pública no Brasil atualmente. Necessita ser modernizada, porém enfrenta o dilema da flexibilização versus perda do controle e aumento da corrupção.

Em síntese, a experiência internacional mostra que a prestação de contas constitui uma ferramenta poderosa para desenvolver um Estado moderno, democrático e eficiente sempre e quando vinculada a processos de responsabilização. Ao implementar processo de responsabilização por resultados supõe-se vontade política e articulação com reformas no sistema orçamentário e nos sistemas de controle interno e externo. A responsabilização por resultados é otimizada quando a participação social entra em cena, intervindo na definição dos programas, alocação dos recursos, estabelecimentos de metas e escolha dos critérios de avaliação de resultados, como veremos a seguir.

2.2.4. Responsabilização pelo Controle Social

Como vimos nas formas de controle anteriores, a responsabilização tradicional orienta-se pelo controle indireto, exercido pela burocracia interna e os políticos. Historicamente, essa orientação encontra-se na própria raiz da organização burocrática tal como concebida por Weber. Essa responsabilização é possível devido um sistema de comandos e controles hierárquicos que pressupõe a separação entre a política e a realização das políticas públicas através da gestão da coisa pública. Na responsabilização burocrática estão implícitos os pressupostos da neutralidade, da discricionariedade, das regras impessoais e de um sistema legal para evitar os abusos (WEBER, 1947). Todavia, o único instrumento real de controle exercido diretamente pelos cidadãos seria o da eleição, onde os mesmos poderiam expressar a satisfação (ou insatisfação) do público com a Administração Pública. Essa forma de controle faz sentido se adotarmos o pressuposto da eficiência da Administração Pública, isto é, o cidadão deverá somente se preocupar com a questão política relativa a formulação das políticas públicas, uma vez que a gestão, de acordo com o modelo burocrático de organização, sempre adotará o melhor procedimento para a consecução das políticas públicas em termos de eficiência. Entretanto, é senso comum que tanto o modelo burocrático como o instrumento de controle através das eleições são imperfeitos (PRZEWORSKI, 1998,a).

A partir do final do século XX, em resposta à falácia do modelo burocrático, uma nova noção de responsabilização torna-se hegemônica. Trata-se de uma resposta radical aos modelos de responsabilização clássicos. Segundo essa corrente, a verdadeira forma de responsabilização é aquela que pode ser exigida pelos consumidores dos serviços públicos quando agem em seu

próprio interesse. Trata-se de uma orientação cujo pressuposto básico nos diz que é através do mercado que as verdadeiras preferências dos cidadãos são expressas. Isto implica dizer que a melhor forma de prover os serviços públicos é através da contratação privada. Esse modelo traz consigo a ideia de que, através da contratação privada, o cidadão tem a opção de escolher o melhor serviço ofertado, aquele que melhor atenda suas necessidades. Como já vimos, essa foi a base teórica das reformas administrativas, voltadas para a privatização, ocorridas em vários países na década de 90 do século passado.

Entretanto, as evidências empíricas sugerem que as reformas orientadas para o mercado não são capazes de enfrentar a atuação auto-referenciada do modelo burocrático (GRAU, 2000). Ao contrário, ao invés de fortalecer a responsabilização, essa orientação debilita a cidadania. A socióloga Nuria Grau levanta a hipótese de que a concepção do mercado, não obstante reivindicar um controle direto da sociedade sobre a administração pública, delimita de forma equivocada esse conceito. Essa forma equivocada de abordagem tem uma fonte precisa, localizada nos pressupostos da chamada Administração Pública Gerencial ou *Managerial Model,* particularmente no seu enfoque consumerista, que se fundamenta nas ideias de que (1) a responsabilização está focada no usuário individual dos serviços públicos, e (2) a cidadania se fortalece quando o usuário exerce pressão sobre os serviços públicos através da escolha de quem os fornecerá (CLARK, 1996).

Essas ideias tem um contexto ideológico localizado no final dos anos 70 e nos anos 80 quando, motivadas pela crise fiscal, momento em que ocorrem no Reino Unido as reformas administrativas de natureza neoliberais. Essa visão neoliberal carrega consigo uma noção de

cidadania dentro de um contexto libertário (NOZICK, 1988). Em um modelo libertário utópico, os únicos direitos legítimos são os individuais das pessoas. A coletividade é vista como um obstáculo que somente regula os sistemas de deveres negativos (o que não pode ser feito) dos cidadãos. A condição de cidadania fica alijada da participação política e se encaixa em uma concepção atomista da sociedade. No contexto dessa ideologia, "as escolhas significantes só podem ser feitas por indivíduos e somente dentro de uma relação de troca com o mercado, ao invés de exercitadas individualmente por cidadãos com interesses em comum através de instrumentos de persuasão e influência" (PRIOR, STEWART e WALSH, 1995). A partir desse contexto, a noção predominante da relação entre administração pública e democracia, ao longo da década de 80, a administração deve "ir ao público" ao invés de fazer com que o público venha até ela (GRAU, 2000).

Ao final da década de 90, essa posição se enfraquece quando a consciência dos déficits de governabilidade e a necessidade de uma melhor compreensão da natureza do aparato estatal reclamam por uma reconexão entre administração pública e democracia (RANSON e STEWRT, 1994). Naquele momento, a ideia do controle social como meio de responsabilização do Estado começa a ganhar importância na literatura sobre o tema. Vários autores (GAGNE, 1996; QUIRK, 1997; PRADHAN, 1998) postulam a necessidade do controle social sobre a administração pública. A partir de então, começam a surgir perguntas que buscam responder as seguintes questões: é o controle social um assunto que diz respeito ao público em geral ou fica restrito ao público envolvido? Ele deve ser exercitado dentro da própria gestão (através das participação direta na decisão) ou ele deve ser exercido externamente à administração? É indispensável que a cidadania se constitua em um sujeito de sanções para ser habilitada como

sujeito de controle sobre a administração pública? Tais questões refletem algumas das principais preocupações teóricas acerca do controle social. Essas perguntas colocam em evidência a tensão entre a democracia e a eficiência operacional da administração pública quando se pensa no controle social.

Outra questão importante ao se pensar o controle social da administração pública refere-se a quais são os sujeitos sociais responsáveis por implementar este processo de controle social. Uma resposta prematura seria a própria sociedade. Entretanto, além de abstrata, essa resposta faz uma correspondência direta e mecânica entre sociedade com democracia e igualdade. Como coloca Nuria Grau (2000, pág. 277) "poderosas organizações sociais que defendem somente seus próprios interesses corporativos, exercem influência e controle sobre o aparato estatal promovendo sua privatização mais do que sua democratização". Uma segunda resposta poderia indicar os chamados *stakeholders* ou os sujeitos sociais diretamente envolvidos com os resultados de uma determinada ação pública. Nesse sentido, a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD, 1995) alerta que o campo de uma determinada ação social é apenas um dos muitos *stakeholders*. Por fim, uma outra solução possível seria identificar os sujeitos sociais do processo de controle social como as organizações sociais permanentes que dispõe de informação e poder suficientes para se colocar como interlocutor na formulação e implantação de políticas sociais (SCHMITTER, 1999). A importância das organizações sociais como sujeitos do controle social da administração pública vem crescendo

em relevância, tanto na teoria como na prática[10]. Entretanto, circunscrever o controle social somente às organizações sociais, implicaria na exclusão dos atores individuais desse processo. O que parece mais adequado, em uma primeira aproximação tanto prática quanto teórica, é considerar tanto os atores individuais como os entes coletivos enquanto sujeitos interessados e envolvidos no controle social. Dessa forma, o controle social seria incumbido às organizações sociais, aos cidadãos (seja ou não *stakeholders*) como também aos meios de comunicação.

Um ponto central da eficácia do controle social refere-se ao poder de coerção dos agentes sociais. Se a capacidade de monitorar a Administração Pública somente se traduz em conhecer as justificativas ou razões das ações da administração, a eficácia do controle social é mínima. Para garantir a eficácia em níveis elevados, o controle social deve possuir instrumentos de sanções, coercitivos.

Outra questão relevante relativa ao controle social refere-se ao tipo de envolvimento do cidadão no processo. Podemos considerar o envolvimento direto do cidadão na gestão pública como controle social? A literatura acerca do tema pondera que a cogestão não se harmoniza com o controle social. Isto porque a eficácia do controle social é diretamente dependente da independência e da autonomia dos sujeitos sociais. Isto implica que o controle social deve ser externo à administração pública para que ele seja regulador e não constituidor da mesma. Isto não implica dizer que o controle social deva ser *ex-post*, ou seja, focar somente nos resultados.

---

[10] A Organização Poder Cidadão na Argentina, a Transparência Pública no Brasil, etc. são exemplos de organizações criadas para fiscalizar a transparência dos processos eleitorais (no caso da Argentina) e fiscalizar o gasto público (no caso do Brasil) .

Mesmo externamente, o controle social pode ser exercido durante todo o processo de uma política pública, desde a sua concepção até a sua execução (STEWART, 1996).

Grau (2000, pág. 283) oferece-nos um quadro acerca de uma primeira aproximação para as perguntas e respostas anteriormente colocadas:

Quem pode exercê-lo	Qualquer ator social, seja individual ou coletivo, que atue em funções de interesses públicos
Como pode ser exercido	Monitoramento e reação sobre as ações e decisões tanto: - Passadas: resultados - Futuras: formação de decisões e políticas Em qualquer condição, com a condição de Autonomia
Recursos para o exercício do controle	Recursos efetivos para observar a observância dos deveres da administração - Diretos: poder de veto, eleições, deliberação política - Indiretos: ações jurídicas e recursos administrativos suscetíveis de serem ativados por uma institucionalidade controladora e judicial
Onde	Exercido sobre: - Núcleo Estratégico da Administração Pública - Serviços Públicos

Quadro 3: O controle social sobre a Administração Pública (Grau, 2000)

III. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1. Objetivo da pesquisa

Como abordado no capítulo anterior, a literatura aponta uma relação entre o fortalecimento dos mecanismos de responsabilização e o aperfeiçoamento das práticas administrativas (BARBERIS, 1998). Enfatiza ainda, que o controle social, ao promover maior participação da sociedade nas ações do Estado, contribui para a qualidade de suas políticas públicas. A responsabilização, através do controle social aparece como uma promissora alternativa de gestão ao modelo burocrático ao substituir a simples observância de normas e procedimentos por uma gestão fundada em metas estabelecidas pela sociedade e por ela avaliada (CENEVIVA e FARAH, 2007, PAULA, 2005).

É dentro desse contexto que se propõe como objetivo principal dessa Tese testar a hipótese de uma relação positiva entre a Responsabilização através do Controle Social (avaliado através das decisões tomadas pelos Comitês de Saúde) e a qualidade dos serviços de saúde enquanto resultado de uma política pública.

No tocante aos serviços de saúde, pensou-se inicialmente em medir o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde prestado pelo município. Entretanto, após considerações de especialistas em saúde pública e em pesquisa científica, optou-se por utilizar um instrumento para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde – APS. Essa mudança de orientação ocorreu em função de dois motivos.

O primeiro refere-se a uma questão de ordem metodológica, ou seja, as pesquisas tradicionais de qualidade em serviços de saúde (que avaliam as dimensões Atendimento, Atuação dos Profissionais, Instalações, Comunicação e Expectativa/Satisfação), mostram que os usuários são pouco críticos em relação à qualidade, podendo resultar que uma avaliação positiva não expresse efetivamente a qualidade dos serviços, mas sim uma ausência de opinião ou mesmo um aceitação do paternalismo médico (WILLIANS, 1994). Além disso, pesquisas anteriores mostram que os usuários tendem a "a avaliar os serviços públicos de saúde positivamente mesmo quando estes apresentam problemas diversos. Uma das explicações apresentadas é a de que os usuários têm uma baixa expectativa em relação aos serviços devido à dificuldade de conseguirem o atendimento, sentindo-se satisfeitos apenas com o fato de consegui-los" (HOLLANDA, 2008, pág. 11).

Dessa forma optou-se por utilizar um instrumento de pesquisa em que não se avalia a qualidade dos serviços de saúde através da percepção de satisfação do usuário, mas sim busca avaliar dimensões objetivas da ocorrência de Atenção Primária à Saúde – APS, reduzindo, portanto, a subjetividade da avaliação.

O segundo motivo refere-se a importância da Atenção Primária à Saúde. Como estratégia de política pública na área da saúde, a Atenção Primária, ao invés de concentrar grandes investimentos em poucas unidades complexas de saúde (principalmente hospitais), foca seus esforços em evitar a doença ou, quando de sua ocorrência, detectá-la precocemente, diminuindo os custos de tratamento e melhorando significativamente as possibilidades de cura.

3.2. Objeto da pesquisa

A opção pela área da saúde se deu em decorrência da possibilidade que essa área oferece em termos de comparação, essencial para testar a hipótese principal desse trabalho. Isso porque o serviço público de saúde é regulado em qualquer município pelas mesmas regras, ou seja, aquelas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS, previsto na Constituição em 1988 a partir de seu artigo 196 foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). O SUS objetiva a universalização da prestação dos serviços de saúde, possibilitando à todo cidadão o acesso a promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência médica. Isto significa que todo o município, se quiser receber transferências do Governo Federal para custear o atendimento médico de seus munícipes, deve se sujeitar as normas estabelecidas pelo SUS. Dessa forma, as regras da prestação do serviço são idênticas para todos os municípios, incluindo as formas de repasse de recursos financeiros, as formas de controle dos gastos desses recursos, as formas de avaliação da qualidade, entre outras. Foi essa a razão pela qual optou-se por testar a hipótese principal desse trabalho na área de prestação de serviços de saúde.

Como colocamos inicialmente, a primeira intenção era avaliar a qualidade percebida pelos usuários dos serviços prestados em unidades de saúde (UBS's e Hospitais). Entretanto, após avaliação do grau de subjetividade dos instrumentos de pesquisa bem como das

dificuldades operacionais da pesquisa, optou-se em mudar a dimensão a ser pesquisada. Após análise das possibilidades de quais variáveis poderiam prestar-se para avaliar a efetividade de política pública na saúde, optou-se pela Atenção Primária à Saúde.

3.2.1. O Sistema Único de Saúde- SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS compõem-se das ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos nas esferas públicas federais, estaduais e municipais. A iniciativa privada pode participar desse sistema de forma complementar, normalmente através das Organizações Sociais.

A máxima que marca a construção do SUS é a "saúde como direito do cidadão e dever do Estado". Trata-se de um concepção de saúde que engloba não somente a sobrevivência individual e coletiva, mas amplia na direção do bem-estar "completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial da Saúde" (FALEIROS, SILVA, VASCONCELLOS e SILVEIRA, 2006, p. 18). Anterior a existência do SUS, o atendimento público da saúde era realizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, órgão vinculado ao então Ministério da Previdência e Assistência Social. Cabia ao Ministério da Saúde a promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sistema, o atendimento era restrito àqueles que contribuíam para o regime da previdência social. Para as pessoas que não contribuíssem com esse regime, o atendimento médico só poderia ser obtido através de serviços filantrópicos.

Responsável diretamente pela concepção e desenvolvimento do SUS foi o movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento inicia os anos de 1980 propondo a "ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado." (FALEIROS, SILVA, VASCONCELLOS e SILVEIRA, 2006, p. 41), tendo como princípio e prática política a participação social. Em março de 1986 realiza-se a 8ª. Conferência Nacional da Saúde, momento culminante do movimento sanitário, onde mais de cinco mil participantes, com uma expressiva participação dos usuários, discutem e concluem, entre outras questões, pelas seguintes referentes à participação:

> • "a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
> • a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época
> • a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;
> • a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos

> programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária" (Brasil, 1987, p. 17-18).

Esses princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde com a criação de conselhos de saúde, no âmbito nacional e municipal, e a participação de usuários, entidades civis, prestadores de serviços no planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços.

Com a implantação do SUS ocorreu a transferência de todas as atividades relacionadas com a saúde para o Ministério da Saúde. Da mesma forma, nos âmbitos estaduais e municipais, a responsabilidade ficou com as respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde.

A partir de uma gestão centrada no nível federal, passa-se à descentralização visando melhorar a prestação dos serviços e incorporando a participação social como elemento de controle social.

Através da descentralização o Ministério da Saúde visa consolidar os princípios norteadores do sistema (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde), como também os princípios relativos à sua operacionalização (descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social). O trabalho é no sentido de capacitar os municípios a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que deem prioridade à prevenção e à promoção de saúde.

Apesar da abrangência nacional, o SUS coexiste com os subsistemas de saúde de cada estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS municipal). Por estar próximo das necessidades, a ênfase do SUS centra-se nas atividades de saúde dos municípios. Dessa forma, as ações e serviços de atenção à saúde devem ser desenvolvidas em estabelecimentos organizados segundo os subsistemas municipais o SUS-Municipal voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional.

A gestão do SUS engloba representantes dos três níveis de governo. Dessa forma a incumbência da gestão é dividida entre municípios, estados e União por meio de seus órgãos (Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Ministério da Saúde). Os municípios podem, ainda, se organizar em consórcio para desenvolver ações e prestar serviços que estejam sob suas responsabilidades.

Os conselhos de saúde estão presentes nos três níveis de governo. Dessa forma existe um conselho de saúde em cada município (Conselhos Municipais de Saúde); um em cada estado (Conselhos Estaduais de Saúde); e no nível federal (Conselho Nacional de Saúde). A existência do conselho de saúde é condição *sine qua non* para que o município receba quaisquer recursos do Ministério da Saúde ou se habilitem a participares de seus programas.

O Conselho de Saúde é definido como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na

gestão do SUS, visando ao controle social do Sistema. Vale lembrar que o funcionamento dos conselhos de saúde é condição necessária ao funcionamento do SUS. A legislação também estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Desta forma, um conselho de saúde deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários (Anexo II).

São quatros os princípios norteadores do SUS: Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação e Controle Social (CUNHA, 1998).

A integralidade considera que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas. Nesse sentido, o SUS desenvolve projetos e ações voltadas especificamente à adolescentes, mulheres, idosos, portadores de doenças crônicas, gestantes, consumidores de drogas, indígenas, entre outros. A integralidade compreende também as centrais de regulação, que administram uma rede estruturada e hierarquizada de prestação de serviços de saúde de acordo com a complexidade. Assim, ações de baixa, média e alta complexidades articulam-se para racionalizar o sistema, para aumentar o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda.

A equidade busca equacionar as disparidades sociais e regionais através da ponderação da incorporação tecnológica e o investimento estratégico em casos de situações agudas ou extremas regionais.

O princípio da descentralização ou regionalização complementa a integralidade na medida que, para garantir uma maior efetividade dos serviços de saúde considerando a escassez de recursos, deve-se otimizar a oferta desses serviços de forma regional, evitando a duplicidade desnecessária e de alto custo de determinadas especialidades.

O quarto princípio refere-se a participação e controle social, que como já abordado, é pressuposto básico que aparece nos primórdios da criação do SUS.

Apesar dos avanços na área da saúde conseguidos através desse sistema, o próprio Governo Federal reconhece que o SUS enfrenta problemas:

- "Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da

formulação da política pública de saúde;

- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta" (BRASIL, 2004, p.5)

3.2.2. Atenção Primária à Saúde

A partir da década de 1970 vários autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (OPAS, 2005). Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a APS é a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. A APS pode ser definida como:

> "um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural" (Ministério da Saúde, 2010).

Para mensurar essa variável utilizamos o instrumento de pesquisa denominado PCA Tool Brasil – *Primary Care Assessment Tool* (Anexo I). Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care*

Policy Center (PCPC), o PCA Tool mede a presença e a extensão de 4 atributos essenciais e de 2 atributos derivados da APS. São eles:

- "Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos,

além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Além dos quatro atributos essenciais, outros dois atributos despontam como qualificadores da APS. São os denominados atributos derivados da APS (STARFIELD, 2001):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): consiste na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral. Deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços."(Ministério da Saúde, Brasília, 2010)

O PCA Tool, criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Cada atributo identificado no instrumento PCA Tool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de

atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

Este instrumento foi adaptado à realidade brasileira através de um processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006), sendo já validado em outros países (PASARÍN, 2007; LEE, 2009). Este Instrumento consta do Anexo 1.

Os quatro atributos essenciais, somados aos dois atributos derivados, foram medidos através de nove conjuntos de questões: (1) Acesso de Primeiro Contato – Utilização, (2) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, (3) Longitudinalidade, (4) Coordenação de Atenção – Integração de Cuidados, (5) Coordenação de Atenção – Sistemas de Informação, (6) Integralidade – Serviços Disponíveis, (7) Integralidade – Serviços Prestados, (8) Orientação Familiar e (9) Orientação Comunitária.

3.2.3. Conselhos Municipais de Saúde

Em relação à dimensão Grau de Responsabilização pelo Controle Social na área da saúde, utilizamos a Análise Documental das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde de cada município.

Focou-se a avaliação nos Conselhos de Saúde por entender que os mesmos constituem-se em importantes instrumentos formais de participação e deliberação popular na formulação,

implantação e avaliação das políticas de saúde dos municípios, especificamente após a implantação do Sistema Único de Saúde.

Os Conselhos de Saúde foram criados através da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 com o objetivo de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde. O parágrafo 2º do artigo 1º estabelece que:

> "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo" (Brasil, Lei 8.142/90)

A partir dessa determinação legal, o Conselho de Saúde passa a ter um papel central na formulação das políticas de saúde do município. Dentro do contexto deste trabalho, cabe levantar se de fato o Conselho de Saúde tem esse papel definido em seu Regulamento Interno de funcionamento.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde, também criado pela Lei 8.142, emitiu a Resolução 333 (Anexo II), onde definiu cinco diretrizes que passaram a regular a atuação dos

Conselhos Municipais de Saúde. Destacamos abaixo o conteúdo da quinta diretriz que serviu de critério para a realização da análise de conteúdo das atas.

Quinta Diretriz

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

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os

níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

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

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde". (Quinta Diretriz, Resolução CNS no. 333/2003)

3.3. Campo pesquisado

A pesquisa foi aplicada em cinco municipios da região do ABC: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá. Essa escolha se deu pelo interesse do pesquisador em aprofundar o conhecimento dos mecanismos de responsabilização na região bem como da importância que a mesma possui no contexto da Grande São Paulo.

A região do ABC é composta pelos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Sua população conta por volta de 2.500.000 habitantes. A região concentra suas atividades

econômicas nos setores comercial, industrial e de serviços. Dentro do setor industrial, destaca-se as atividades nos ramos automotivos, petroquímico e químico.

A região vem, através dos seus municípios, demonstrando consideráveis melhorias em seu Índice de Desenvolvimento Humano-IDH.

Índice de Desenvolvimento Humano – IDH nos municípios da região do ABC (1991 e 2000)

Município	IDH 1991	IDH 2000	Classificação
São Caetano do Sul	0,842	0,919	1°.
Santo André	0,808	0,835	93°.
São Bernardo do Campo	0,806	0,834	101°.
Ribeirão Pires	0,776	0,807	434°.
Diadema	0,746	0,790	798°.
Mauá	0,754	0,781	1034°.
Rio Grande da Serra	0,727	0,764	1492°.

Tabela 1: IDH nos municípios da região do ABC (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003)

De modo geral, o Índice de Alfabetização é alto, conforme mostrado na tabela a seguir:

Índice de alfabetização dos municípios da região do BC em 2000 (população residente de 10 anos ou mais de idade)

Município	%
Santo André	95,90
São Bernardo do Campo	95,40
São Caetano do Sul	97,20
Diadema	93,80
Mauá	94,00
Ribeirão Pires	95,00
Rio Grande da Serra	92,40

Tabela 2: Índice de Alfabetização dos municípios do ABC (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2000)

Outra informação interessante acerca da região é o Índice Paulista de Responsabilidade Social da Fundação SEADE – IPRS, conforme mostrado abaixo.

***Ranking* Municipal do Índice de Responsabilidade Social 2002 - SEADE**

Município	Riqueza	Longevidade	Escolaridade
Santo André	31°.	397°.	61°.
São Bernardo do Campo	19°.	214°.	211°.
São Caetano do Sul	9°.	229°.	1°.
Diadema	68°.	520°.	429°.
Mauá	62°.	489°.	447°.

Ribeirão Pires	59°.	255°.	178°.
Rio Grande da Serra	196°.	381°.	569°.

Tabela 3: Índice de Responsabilidade Social dos municípios do ABC (Fundação SEADE, 2000)

3.4. Pesquisa de Campo

3.4.1. Variáveis relativas ao Grau de Atenção Primária à Saúde

O trabalho de campo foi realizado por uma equipe de pesquisadores contratados para tal fim. As pesquisas utilizaram o PCA Toll – Versão Adulto (Anexo I) e ocorreram em diferentes dias e períodos, com exceção de feriados e finais de semana. A participação na pesquisa foi voluntária ao mesmo tempo em que o pesquisado foi informado do objetivo da pesquisa bem como a autorizou assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da PUC e consta da base da Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil)

Utilizamos uma Amostra Probabilística Sistemática. Foram entrevistadas 160 pessoas nos cinco municípios da Região do ABC (32 por município). A pesquisa foi feita no momento em os indivíduos deixavam a Unidade Básica de Saúde. As Unidades Básicas objeto da pesquisa foram sorteadas. Esse tamanho de amostra apresenta um erro total de 7,5% com intervalo de 95% de confiança. Esse tamanho da amostra foi considerado expressivo para trabalhos

acadêmicos pelos técnicos do Instituto de Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

3.4.2. Variáveis relativas ao Grau de Responsabilização pelo Controle Social na área da saúde

Foram analisadas as Atas dos Conselhos Municipais de Saúde dos cinco municípios citados. Essas Atas compreenderam doze meses de reuniões dos Conselhos, tanto de reuniões Ordinárias como também de reuniões Extraordinárias. Em Santo André esse período compreendeu os meses de agosto/2011 a julho/2012, em São Bernardo de julho/2011 a junho/2011, em São Caetano de maio/2011 a abril/2012, em Diadema de julho/2011 a junho/2011 e em Mauá de julho/2011 a junho/2012.

Como já colocado, a análise das Atas buscou avaliar as ações e, principalmente, as decisões tomadas pelos Conselhos Municipais de Saúde relacionando-as com a Quinta Diretriz estabelecida pela resolução no. 333/2003.

Esta análise buscou avaliar o Grau de Decisão dos Conselheiros nas reuniões. Como a Quinta diretriz abrange um rol muito amplo de atribuições, optou-se por agrupar as atribuições em seis eixos decisórios:

- Decisões Relativas à Gestão das Conferências de Saúde

- Decisões relativas à Política de Saúde do município
- Decisões relativas ao SUS no âmbito do município
- Decisões relativas ao Orçamento, Gastos e Prestação de Contas da Saúde
- Decisões relativas ao encaminhamento de denúncias
- Ações relativas à transparência e Educação para o Controle Social

No eixo decisório 1 foram agrupadas as seguintes atribuições da Resolução 333: III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.//XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferência de saúde.//XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

No eixo decisório 2 foram agrupadas as seguintes atribuições: IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.// V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços // VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.//VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços

científicos e tecnológicos, na área da Saúde.//XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

No eixo decisório 3 foram agrupadas as seguintes atribuições: VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.// X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.//IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.//XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.//XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

No eixo decisório 4 foram agrupadas as seguintes atribuições: XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).//XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e

acompanhar a movimentação e destinação dos recursos. //XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.//XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

No eixo decisório 5 foram agrupadas as seguintes atribuições: XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

E, finalmente, no eixo decisório 6 foram agrupadas as seguintes atribuições XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.//XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

Utilizou-se uma escala de 0 a 3, onde 0 = Nenhum, 1 = Baixo, 2 = Médio e 3 = Alto para pontuar cada eixo decisório. Para pontuar cada Eixo Decisório foi considerado tanto a ocorrência da decisão (quantidade de vezes que o assunto foi discutido e a decisão foi tomada)

bem como a qualidade e profundidade da decisão (os conselheiros tomaram a decisão ou a decisão foi comunicada; tomaram a decisão, mas não tinham condições técnicas de tomá-la – falta de capacidade técnica de interpretá-las, falta de tempo prévio para análise do assunto; representatividade do conselho presente na reunião – quantidade de membros presentes e paridade dos membros entre representantes - 50% de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde e 25% de representação do governo).

3.4.3. Relação entre as variáveis grau de Atenção Primária à Saúde e grau de Responsabilização pelo Controle Social na área da saúde

Para analisar a relação entre os dois conjuntos de variáveis nos cinco municípios de forma relacional e integrada, utilizou-se uma técnica de análise multivariada de modelagem de equação estrutural denominada *Partial Least Square* – PLS. As modelagens de equação estruturais permitem que se façam inter-relações de dependências através de múltiplas regressões lineares, ou seja, ela permite avaliar qual variável, de um determinado conjunto, relaciona-se com intensidade com outra variável, pertencente à outro conjunto. Em resumo, podemos avaliar de forma integrada qual Eixo Decisório afeta diretamente um determinado atributo da Atenção Primária à Saúde.

IV. RESULTADOS DA PESQUISA

4.1. Resultado Final da aplicação do PCA Tool

Apresentamos a seguir a tabela final resultante da aplicação do PCA Tool. As tabelas com todos os resultados detalhados da pesquisa estão no Anexo 3.

Resultados Gerais Por município

	Média					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total
Acesso de primeiro contato - UTILIZAÇÃO	3,43	3,70	3,72	3,42	3,47	**3,55**
Acesso de primeiro contato - ACESSIBILIDADE	1,78	1,92	1,76	1,98	1,83	**1,85**
LONGITUDINALIDADE	2,92	2,62	2,81	2,60	2,71	**2,73**
Coordenação da Atenção – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	3,43	3,18	3,46	3,34	3,30	**3,36**
Coordenação da Atenção – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	3,16	2,70	3,02	3,07	2,83	**2,95**
Integralidade – SERVIÇOS DISPONÍVEIS	3,13	3,36	2,92	2,30	2,35	**2,81**
Integralidade – SERVIÇOS PRESTADOS	1,82	2,07	2,25	1,96	2,04	**2,03**
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	2,55	1,79	2,50	2,25	2,07	**2,24**
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	1,69	2,83	3,18	2,92	1,96	**2,52**

Tabela 4: Resultados Gerais do PCA Tool por município

4.2. Resultado Final da Análise das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde

Eixos Decisórios	Santo André			
	nenhum	baixo	médio	alto
1. Decisões relativas à Gestão das Conferências de Saúde		x		
2. Decisões relativas à Política de Saúde do município			X	
3. Decisões relativas ao SUS no âmbito do município		x		
4. Decisões relativas ao Orçamento, Gastos e Prestação de Contas da Saúde		x		
5. Decisões relativas ao encaminhamento de denúncias		x		
6. Ações relativas à Transparência e Educação para o Controle Social		x		

Eixos Decisórios	São Bernardo do Campo			
	nenhum	baixo	médio	alto
1. Decisões relativas à Gestão das Conferências de Saúde			X	
2. Decisões relativas à Política de Saúde do município				x
3. Decisões relativas ao SUS no âmbito do município			x	
4. Decisões relativas ao Orçamento, Gastos e Prestação de Contas da Saúde				x
5. Decisões relativas ao encaminhamento de denúncias			x	
6. Ações relativas à Transparência e Educação para o Controle Social			x	

Eixos Decisórios	São Caetano do Sul			
	nenhum	baixo	médio	alto
1. Decisões relativas à Gestão das Conferências de Saúde		x		
2. Decisões relativas à Política de Saúde do município		x		
3. Decisões relativas ao SUS no âmbito do município		x		
4. Decisões relativas ao Orçamento, Gastos e Prestação de Contas da Saúde		x		
5. Decisões relativas ao encaminhamento de denúncias	x			
6. Ações relativas à Transparência e Educação para o Controle Social	x			

Eixos Decisórios	Diadema			
	nenhum	baixo	médio	alto
1. Decisões relativas à Gestão das Conferências de Saúde		x		
2. Decisões relativas à Política de Saúde do município			x	
3. Decisões relativas ao SUS no âmbito do município			x	
4. Decisões relativas ao Orçamento, Gastos e Prestação de Contas da Saúde			x	
5. Decisões relativas ao encaminhamento de denúncias		x		
6. Ações relativas à Transparência e Educação para o Controle Social			x	

Eixos Decisórios	Mauá			
	nenhum	baixo	médio	alto
1. Decisões relativas à Gestão das Conferências de Saúde			x	
2. Decisões relativas à Política de Saúde do município				x
3. Decisões relativas ao SUS no âmbito do município			x	
4. Decisões relativas ao Orçamento, Gastos e Prestação de Contas da Saúde			x	
5. Decisões relativas ao encaminhamento de denúncias			x	
6. Ações relativas à Transparência e Educação para o Controle Social			x	

Quadro 4: Análise das Atas dos Conselhos Municipais

4.3. Resultado Final obtido com a aplicação do PLS

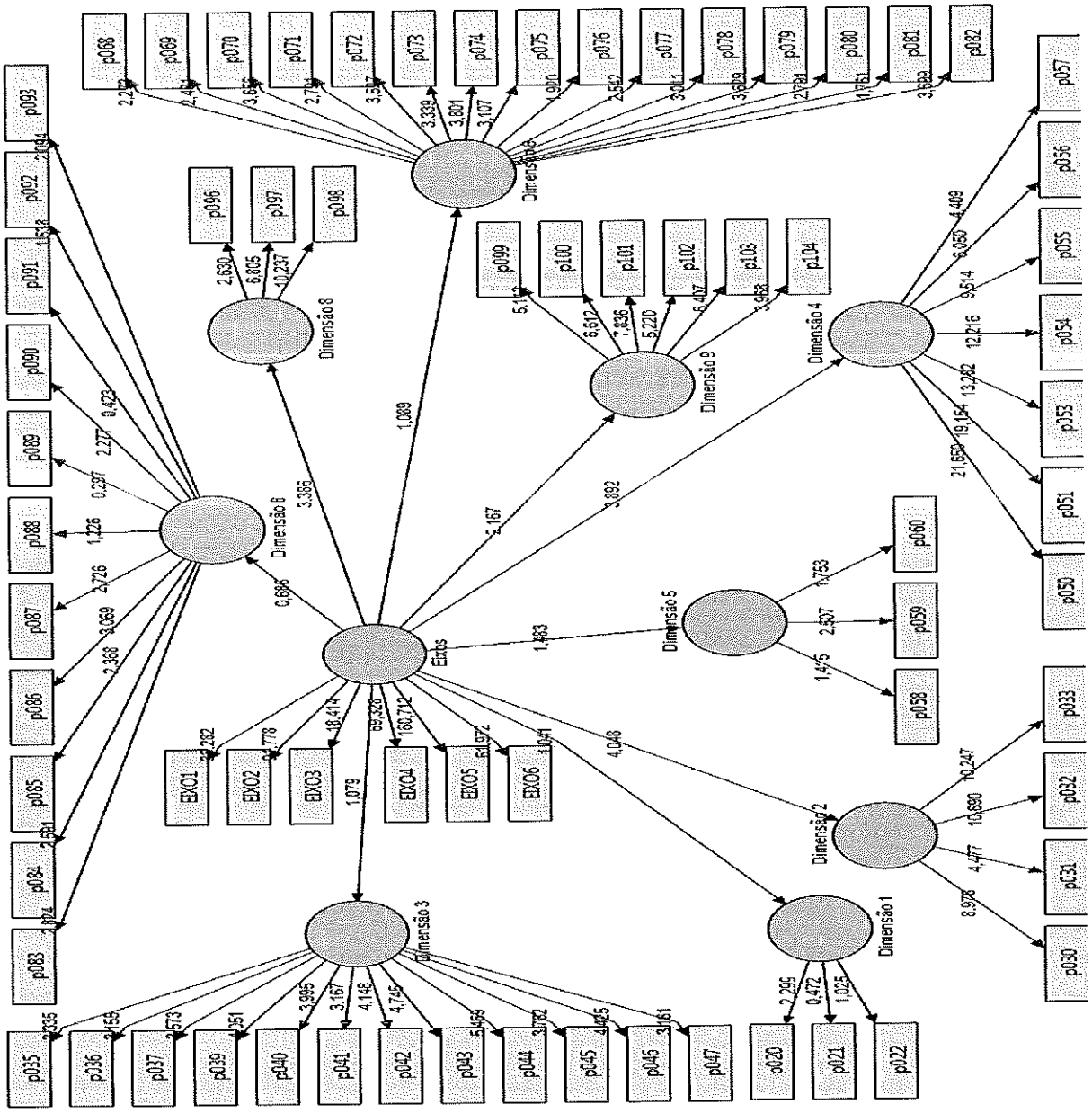

Figura 1: Resultado Final da aplicação do Partial Least Square - PLS

Teste *t* de Student do Resultado Final obtido com a aplicação do PLSD

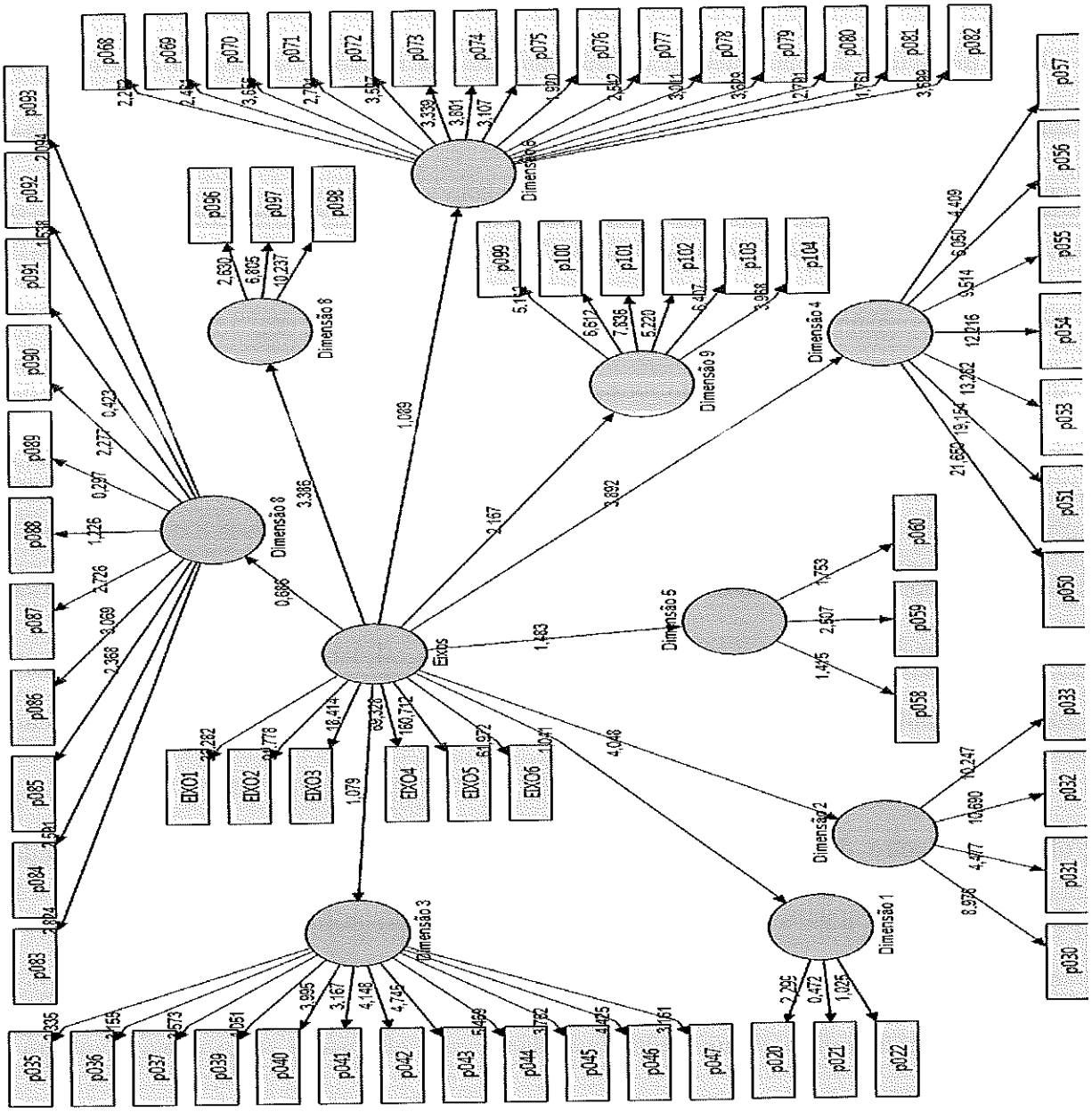

Figura 2: Teste *t* de Student sobre os resultados finais do PLS

4.4. Análise dos Resultados Obtidos

Através da análise da Tabela mostrando os Resultados Gerais por cidade, verificamos que o município de São Caetano do Sul apresenta os melhores scores em quatro das nove dimensões avaliadas, a saber, Acesso de Primeiro Contato – Utilização (acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas), Coordenação – Integração de Cuidados (pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente), Integralidade – Serviços Prestados (leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros) e Orientação Comunitária (reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços).

Santo André apresenta três melhores scores dos nove medidos, a saber, Longitudinalidade (existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo), Coordenação – Sistemas de informação (disponibilidade de informações anteriores do paciente) e Orientação Familiar (consiste na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral. Deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar).

São Bernardo apresenta um único score de destaque, Integralidade – Serviços disponíveis (leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros).

Diadema apresenta também um único score de destaque, Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas).

Comparando esses maiores scores com a Análise das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde, os dados sugerem que não existe uma relação direta entre as decisões tomadas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde e a qualidade da APS. Como mostra a Análise do Conteúdo

das Atas dos Conselhos, São Caetano apresenta o menor grau de qualidade, profundidade e representatividade das decisões tomadas e a maior quantidade de scores superiores de qualidade em relação à APS.

Essa conclusão é reforçada pela relação apresentada pelo município de Santo André. Dos nove scores medidos, Santo André apresenta três melhores scores em relação aos outros municípios pesquisados. A análise do conteúdo das atas mostra que esse município pode ser classificado como o segundo com menor qualidade, profundidade e representatividade das decisões. Inversamente, o município com maior qualidade de decisão, São Bernardo do Campo, apresenta somente um destaque dentro da APS. Tal fato repete-se com Diadema. Mauá, cuja análise das atas revelou um conselho com uma qualidade decisória, não apresentou nenhum score de destaque em relação aos outros municípios pesquisados.

Os dados sugerem, no âmbito de cada município, que independentemente da qualidade, profundidade e representatividade das decisões tomada pelos Conselhos Municipais de Saúde, tais decisões não afetam positivamente a qualidade da APS. Entendendo a qualidade medida da APS como fruto de uma política de saúde e projetando a conclusão acima, podemos dizer que a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde não afeta os resultados da política de saúde dos municípios pesquisados.

Esses resultados apontam a necessidade de aprofundarmos as discussões acerca da participação popular em conselhos nos âmbitos municipais, estaduais e federais.

Notadamente, a partir da promulgação da Constituição de 1988, fruto de um processo de liberalização política que culminou com o fim da ditadura militar em conjunto com mobilizações de movimentos sociais (sindical, de trabalhadores rurais, movimento dos sem terra, associações de moradores, movimento da Reforma Sanitária e novas organizações ecológicas e de gênero) (CORTES, 2002), consolida-se na legislação a participação popular, através dos Conselhos e das Conferências, como pressuposto necessário da democracia. Segundo o IBGE, em 2001, existiam mais de 22.000 conselhos municipais no Brasil, predominantemente na saúde (5.426), assistência social (5.178), direitos da criança e adolescentes (4.306) e educação (4.072).

Este fato, de acordo com Souza (2004), reflete um movimento de consolidação da democracia através do *empowerment*[11] dos municípios no processo decisório sobre políticas públicas. Isto pode ser constatado através das transferências constitucionais (Fundo de Participação dos Municípios, SUS, Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica – FUNDEB, entre outros)

No caso da saúde, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 e a Resolução 333/2003 estabelecem um novo marco regulatório ao determinar a constituição dos conselhos permanentes de saúde nas três esferas do governo como condição para o recebimento de recursos financeiro federais, determinando que as entidades de usuários (associações de moradores, igrejas, sindicatos, etc.) estejam representadas com 50% dos conselheiros (o restante dividido em 25% representantes

[11] Empoderamento, aumento do poder.

dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços privados conveniados).

Entretanto, Grindle e Thomas (1991) e Ugalde (1985) colocam a existência de uma fragilidade em se desenvolver canais de participação popular na América Latina em razão da dominação exercida através de pactos e acertos informais elitistas sobre as instituições políticas. Este fato, segundo os autores, resultariam na manipulação dos participantes e na destruição de formas populares de organização haja vista a fraqueza ou mesmo ausência da sociedade civil que pudesse contrabalançar o poder político das elites.

A análise das atas dos conselhos revelam que, em alguns municípios, essa manipulação e ausência de sociedade civil organizada efetivamente ocorre. De modo geral, observa-se que no conselho do município de São Caetano do Sul, a maioria das decisões já haviam sido tomadas previamente e, na ocasião da reunião, as mesmas eram simplesmente comunicadas. Especificamente em relação à esse município, os conselheiros em nenhum momento questionam esse formato, revelando um caráter meramente formal e de cumprimento da legislação. Para corroborar essa afirmativa, basta constatar o tempo médio das reuniões desse conselho: em torno de uma hora de reunião (em algumas, esse tempo foi de 40 a 50 minutos, muito inferior a média de 3 a 4 horas de reunião dos outros conselhos). Entretanto, essa manipulação não afeta, como demonstrado nos dados obtidos, a qualidade dos serviços de saúde prestados relativamente à APS.

Experiência semelhante aparece nas reuniões do conselho em Santo André onde, com exceção de duas reuniões, cada uma com um voto em contrário (Atas da 61°. Extraordinária e 173°. Ordinária), todas as votações foram unânimes no sentido de aprovar o assunto da pauta. Percebe-se também a ausência do contraditório. Exemplo disso pode ser visto no caso envolvendo a renovação de um convênio com uma organização social. Em uma reunião, foi comunicada a não renovação do convênio com a organização social Instituto Educacional Carvalho devido à problemas na prestação de contas. É emblemática a fala de um conselheiro nessa mesma reunião: "foi minha surpresa ao saber que mesmo depois de todos o trabalho que a Comissão de Políticas Públicas teve para analisar a renovação do convênio com o Instituto Educacional Carvalho, o assunto seria retirado da pauta, mesmo a Comissão tendo dado o parecer favorável. Mas, até então, eu não sabia o motivo da retirada e agora me sinto satisfeito por não ter sido votada a renovação naquela reunião, pois no dia seguinte soubemos da denúncia e se a renovação tivesse sido votada pelo Conselho a aprovada, poderíamos ter tido problemas." (Ata da 60°. Extraordinária, p. 5). Ainda nessa mesma reunião, aprova-se o termo de convênio com outra OS, Instituto Social Fibra. Na reunião seguinte, através de uma inclusão de pauta, o presidente do CMS põe em votação a revogação do Termo de Convênio com o referido instituto por problemas documentais. Esse fato reforça achados anteriores sobre a baixa capacidade dos conselheiros em influenciar o encaminhamento das decisões do presidente do Conselho (LABRA & FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004).

No extremo oposto encontra-se as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo. Percebe-se claramente que a tanto os assuntos debatidos como a preparação dos conselheiros destacam-se em relação aos outros dois municípios citados. Nessas

reuniões surgiram debates em torno do Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA. Outras questões de natureza estratégica fazem parte da pauta como: financiamento via Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, discussão da Emenda Constitucional no. 29, que define percentual de gasto com saúde, Projeto de Lei 25 do Governo do Estado que destina 25% dos leitos para planos privados de saúde, entre outras. É importante destacar que São Bernardo é o único caso em que o secretario de saúde não é o presidente do conselho. Além disso, foi somente nesse município que surgiu uma discussão sobre a necessidade de apuração de possível fraude em um contrato de gestão (Ata da 181°. Ordinária, p. 3).

Da mesma forma, tanto Mauá como Diadema se destacam na qualidade da participação dos seus conselheiros como também pela complexidade dos assuntos discutidos. Temas como Educação para exercício do Controle Social, valorização do servidor da saúde, extinção da lei que determina que o secretário de saúde seja naturalmente o presidente do conselho (no caso de Mauá), caracterizam as reuniões nesses municípios. Porém, como vimos, eles não se destacam em termos de qualidade de sua APS.

Entretanto, é importante ressaltar que, mesmo nesses conselhos mais qualificados, verificou-se um baixo grau de conflito de interesses entre os conselheiros sobre os assuntos da pauta. Constatou-se que as decisões dos conselheiros, em raras ocasiões, não foram unânimes. Como exemplo, em São Bernardo do Campo, com exceção de três decisões tomadas em 12 meses, todas as outras foram unânimes. Dessa forma, podemos avaliar que a participação nos conselhos municipais de saúde caracteriza-se por uma participação como *meio* onde ela é

utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições. De outro lado, a participação como *fim*, reconhece o direito da população a participar das decisões que afetam sua vida cotidiana e se constitui em um efetivo instrumento de controle social das instituições (MORGAN, 2001). Em um estudo envolvendo os conselheiros representantes dos usuários (GERSCHMAN, 2004) a autora destaca:

> "Alguns representantes dos usuários acreditam que seu papel e sua atuação servem para legitimar decisões tomadas a priori pelo governo, como mostram os depoimentos que seguem: "o papel do Conselho é maravilhoso, mas muitas vezes os usuários são bonecos de manipulação"; "para legitimar a política do governo (...) porque algumas vezes foram tomadas decisões que o Conselho não deliberou"; "quando eles querem fazer, eles fazem...".(p. 4).

Até o momento tratamos das relações entre os resultados obtidos com o PCA Tool com a análise das atdizem as de cada município abordando essas relações de forma isolada, ou seja, considerando a relação existente em cada município analisado individualmente. Como já abordado anteriormente, através da aplicação *Partial Least Square* – PLS é possível analisar essas relações de forma múltipla, ou seja, considerando as relações entre os dois conjuntos de variáveis existentes em todos os municípios pesquisados.

As tabelas a seguir resumem os índices encontrados.

	Dimensão	Eixo (de 0 a 1)	teste t
2	Acesso de 1o. Contato - Acessibilidade	0,308	4,048
8	Orientação familiar	0,283	3,386
6	Integralidade - Serviços Disponíveis	0,218	1,089
1	Acesso de 1o. Contato - Utilização	0,132	1,041
5	Coordenação de Atenção - Sistemas de Informação	-0,149	1,483

3	Longitudinalidade	-0,157	1,079
7	Integralidade - Serviços Prestados	-0,170	0,686
9	Orientação Comunitária	-0,209	2,167
4	Coordenação de Atenção - Integração de Cuidados	-0,288	3,892

Tabela 5 – Relações múltiplas entre as dimensões da APS e os Eixos Decisórios (Geral)

Eixo	Descrição	Valor	teste t
Eixo 5	Encaminhamento de denúncias	0,972	160,712
Eixo 2	Política de Saúde	0,949	91,778
Eixo 6	Transparência e Educação para o Controle Social	0,931	61,972
Eixo 4	Orçamento, Gastos e Prestações de contas	0,892	69,328
Eixo 1	Conferências de Saúde	0,849	39,282
Eixo 3	SUS no âmbito do município	0,778	18,414

Tabela 6 – Relações múltiplas entre o Score Geral da APS e os Eixos Decisórios

A tabela 5 mostra que das nove dimensões avaliadas da APS, quatro possuem relações com os Eixos Decisórios (Acesso de 1°. Contato – Acessibilidade, Orientação Familiar, Integralidade – Serviços Disponíveis e Acesso de 1°. Contato – Utilização). Entretanto, o teste t de *Student* revela que, para um intervalo de confiança de 95% (acima de 1,96), somente as duas primeiras estabelecem relações dentro desse intervalo de confiança. Em outras palavras, os dados mostram que a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde dos cinco municípios, expressa através de suas decisões ao longo de 12 meses impactam somente as dimensões Acesso de 1°. Contato – Acessibilidade (questões de 30 a 33) e a Orientação Familiar (questões 96, 97 e 98). Essas dimensões dizem respeito (1) a facilidade com que o munícipe consegue marcar consulta e o pouco tempo de espera e (2) a disposição do médico em compartilhar as informações sobre o tratamento do usuário com a família, bem como considera o histórico familiar nos diagnósticos.

A Tabela 6 detalha qual dos eixos decisórios mais impactam nas duas dimensões acima. Percebe-se que, através dos resultados obtidos cotejados com o teste t de *student,* todos os Eixos Decisórios contribuem na relação, destacando-se o Eixo 5 – Encaminhamento de Denúncias (que como já vimos engloba: examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias). Este resultado pode indicar que a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde tem sido efetivas no exercício da pressão sobre as Secretarias de Saúde em aspectos relacionados ao atendimento dos usuários (normalmente uma expressiva fonte de reclamações dos usuários). De fato, as Atas revelam que essas questões aparecem com relativa frequência nas reuniões dos conselhos.

Como podemos perceber com a aplicação do PLS, a relação entre a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde e a qualidade da APS é pequena restringindo-se à duas dimensões. Essa constatação reforça a análise pontual de cada município.

4.5. Conclusões

As constatações anteriores induzem a necessidade de questionar se efetivamente a forma como a Responsabilização através do Controle Social vem sendo praticada no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde está sendo eficaz para a qualidade e resultados das políticas de saúde. Como vimos, os dados analisados indicam a existência de uma discrepância entre a

atuação dos conselhos e a qualidade dos serviços prestado, ou seja, mesmo a atuação qualificada percebida em alguns conselhos (como por exemplo em São Bernardo, Mauá e Diadema) não interfere positivamente na prestação dos serviços de APS. Aplicando a regressão múltipla, percebe-se que o impacto das decisões dos Conselhos Municipais de Saúde nos cinco municípios pesquisados é pequeno, restringindo-se a dimensão Acessibilidade e Orientação Familiar. Isto significa a existência de um hiato entre a atuação dos Conselhos de Saúde e a Gestão das Políticas de Saúde. Essa afirmação indica a possibilidade de que, nos casos estudados, depende-se somente das competências da gestão da saúde para a qualidade dos seu serviços.

Entretanto, é inegável o incremento da participação popular promovido pelos Conselhos Municipais de Saúde. Moreira e Escorel (2009) estimam que os Conselhos de Saúde foram criados em cerca de 5.564 municípios do país envolvendo cerca de 72.000 conselheiros (dados de 2009). Trata-se, segundo os autores, da mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa do país (p. 796). Não há dúvida, portanto, que os conselhos tornaram-se um fórum participativo que contribui para a democratização das decisões no âmbito da saúde (CORTES, 2002, p.44).

Ao contrapormos as duas ponderações acima, contextualizando-as com as alternativas propostas por Dahl (2004) para a democratização, podemos concluir que, apesar da expressiva ampliação da participação de novos atores (inclusividade), a consolidação e ampliação das instituições que viabilizam a participação e a contestação pública (liberalização, direito à oposição) não cresceu na mesma proporção. Este quadro, segundo o autor, caracterizaria uma

"hegemonia inclusiva". Esse pode ser um dos motivos que levaram a revogação da Resolução 333/2003.

Em maio de 2012, o Presidente do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução no. 453 revogando a resolução 333/2003. Contrapondo essa nova resolução com a anterior, verifica-se, já a partir das considerações, a necessidade de consolidar, fortalecer e ampliar os conselhos municipais de saúde através das seguintes alterações em relação à norma anterior:

- Composição do conselho: o texto anterior colocava que "O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde...". A partir da nova redação o texto coloca que "O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária", ou seja, a representação deverá ser de entidades, instituições e movimentos e não mais de indivíduos.
- O inciso I da quinta diretriz que antes objetivava "Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde", agora deixa mais claro o foco no princípio do Controle Social "fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS"

- Estabelece a responsabilidade legal dos conselheiros: "O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente."
- Determina que a estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde deve, além de garantir autonomia, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa, prover o conselho com a necessária infraestrutura e apoio técnico.

Essa alteração na legislação indica a intenção do Conselho Nacional de Saúde em fortalecer os Conselhos Municipais através da melhoria da representatividade dos conselheiros e garantindo apoio técnico para a tomada de decisão[12]. Além disso, estabelece a responsabilidade legal dos conselheiros como forma de alertá-los acerca da importância e consequências de suas decisões. Essa necessidade vai ao encontro dos resultados obtidos através de uma pesquisa realizada junto aos representantes dos usuários em cinco Conselhos de Saúde em municípios que se destacaram em relação aos avanços na área da saúde no Estado do Rio de Janeiro. Relata a autora que:

> "De fato não se observa pelas manifestações dos conselheiros que a prática do Conselho esteja direcionada ao controle das ações do Estado, pelo contrário, mais da metade dos representantes dos usuários se refere "(...) às dificuldades existentes para que a atividade dos Conselhos influencie o processo decisório do governo local, especialmente quando as políticas existentes são contrarias às deliberações do Conselho". (GERSCHMAN, 2004, p. 6)

[12] Com exceção de um único apontamento (Ata da reunião do CMS de Diadema, outubro 2011), os municípios pesquisados não reclamaram da falta de estrutura de apoio. Entretanto não é a realidade da maioria dos CMS conforme aponta Silva (1996) e Joana Coutinho (1996).

No mesmo sentido, Labra e Figueiredo (2001), ao avaliarem as condições de atuação dos conselheiros de saúde, relatam que:

> "(...) apesar de o tema do controle social ter sido um objetivo fundamental da construção democrática do SUS, e continuar sendo tema central das conferências de saúde em todos os níveis, de incontáveis debates e de numerosas publicações, em geral não é percebido como uma realidade na prática dos Conselheiros de Saúde" (p. 545).

Vimos, quando falamos sobre a estrutura do SUS, que o controle social é visto como um dos fatores mais importantes para o sucesso da implantação do modelo. A partir desse pressuposto, duas questões essenciais se colocam: (1) será que a política de indução da participação social, através da imposição legal, tem sido a estratégia mais adequada de se desenvolver essa participação tornando as decisões dos conselhos democraticamente legítimas? e, (2) será que a forma e a dinâmica de participação não estão transformando os Conselhos Municipais de Saúde em um sistema de representação corporativista, tal como definido por Philippe Schmitter[13]? Os resultados dessa pesquisa indicam que as resposta para as perguntas são, respectivamente, não e sim.

---

[13] "um sistema de representação de interesses onde as unidades constituintes são organizadas num número limitado de categorias singulares, compulsórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, que são reconhecidas ou licenciadas (se não criadas) pelo Estado e às quais é assegurado um monopólio representacional dentro de suas respectivas categorias"[13] (p. 93).

Como colocamos no item 1.4. desse trabalho, talvez o maior dilema a ser enfrentado, quando se discute a modernização do aparelho do Estado (em sentido amplo) e os mecanismos de otimização das políticas públicas (em sentido restrito), é a contradição entre a Democracia e a Burocracia. Repetindo o texto já citado do cientista político Marco Aurélio Nogueira:

> "entre democracia e burocracia há muito mais atrito, ruído e tensão que sintonia e integração. A democracia privilegia a autonomia e a liberdade, ao passo que a burocracia não vive sem ordem e obediência. A deliberação democrática procede de baixo para cima e estrutura-se de modo potencialmente ampliado, ao passo que a burocracia decide de maneira hierárquica e tende a restringir fortemente o número dos que participam do processo decisório, em boa medida separando os tomadores de decisão, os responsáveis pela implantação e os beneficiários de suas operações" (NOGUEIRA, 2004, pág. 43)

Esse dilema não está devidamente equacionado pelo poder público no contexto do nosso estudo. Isso porque, mesmo admitindo que houve melhorias, modernização administrativa e aumento quantitativo da participação social, não houve uma preocupação em fortalecer o Estado, enquanto espaço democrático de mediação política. Nenhuma reforma sustentada da gestão tem como avançar sem se articular com uma reforma do Estado em sentido forte e se por ela direcionada. Quer dizer, a obtenção de ganhos consistentes em termos de modelagem do aparato administrativo público, da assimilação de novas modalidades de gerenciamento e organização, do correto dimensionamento do aparelho estatal, caminha junto com a obtenção de ganhos consistentes na dimensão ético-política do Estado, ou seja, do Estado não como ônus, mas como parâmetro de convivência civilizada. O Estado-máquina não pode ser eficaz se o

'Estado ético' estiver cortado pela corrupção e pelo arbítrio ou apropriado por interesses particulares, por exemplo. Do mesmo modo, o cidadão que utiliza os serviços públicos não estará particularmente interessado na melhoria dos próprios serviços ou em ser leal às agências e fóruns estatais de decisão, como são os Conselhos, se não se sentirem vinculados a um Estado integrante de uma comunidade política. Gestão e imagem ético-política do Estado caminham, assim, de mãos dadas.

4.6. Limitações da Pesquisa

Finalmente é importante ressaltar algumas limitações dessa pesquisa. Em primeiro lugar, em relação à pesquisa utilizando o PCA Tool, existem variáveis que não foram controladas e que podem afetar os resultados. Por exemplo, variáveis como tamanho do município, condição socioeconômica dos munícipes, PIB per capita, entre outras, podem interferir nos resultados da avaliação da Atenção Primária à Saúde. Por exemplo, quanto menor for o município, quanto melhor for a condição socioeconômica dos munícipes e quanto maior for o PIB per capita, menor será a pressão sobre o sistema público de saúde. Dessa forma, a prestação do serviço de saúde seria facilitada melhorando, portanto, o desempenho desse município. Uma alternativa possível para evitar esse problema seria utilizar os dados provenientes do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, implantado em julho de 2011. Entretanto, como a fase de Avaliação Externa está em curso, não existiu essa oportunidade.

Esse programa objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde, que envolve, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa envolve quatro fases: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização (Portaria no. 1.654 de 19.07.11). Através de um processo de certificação, os municípios serão distribuídos em diferentes estratos, com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato. Desse forma, de acordo com a classificação das equipes, as mesmas receberão um incentivo financeiro denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Na fase da Avaliação Externa, que está em curso nos municípios que aderiram ao Programa[14], haverá a apuração de um indicador do desempenho das equipes do Programa de Saúde da Família. Esse indicador, obtido através de uma instituição externa, utilizará as seguintes dimensões para ponderação e certificação das equipes. O quadro abaixo detalha os percentuais utilizados nas ponderações:

%	**Dimensão a ser avaliada**
10	Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica
10	Estrutura e condições de funcionamento da UBS
20	Valorização do trabalhador
50	Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho
10	Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário

Quadro 5: Dimensões e ponderações da Avaliação Externa (Documento Síntese para Avaliação Externa, Ministério da Saúde, Brasília, 2012)

[14] Os cinco municípios pesquisados aderiram ao Programa.

Além disso, no sentido de assegurar maior equidade na comparação das estruturas de atenção básica, os municípios serão distribuídos em estratos. Esses, por sua vez, consideraram as seguintes variáveis:

1 - Produto Interno Bruto (PIB) per Capita,

2 - Percentual da população com plano de saúde,

3 - Percentual da população com Bolsa Família,

4 - Percentual da população em extrema pobreza,

5 - Densidade demográfica.

O segundo problema refere-se à redação das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde. A pergunta que se coloca é se de fato as atas refletem fidedignamente os acontecimentos ocorridos nas reuniões. Tomemos por exemplo o caso de São Bernardo do Campo. Afirmamos que, apesar de constatarmos que este conselho é o mais qualificado para tratar dos assuntos relativos à saúde dentre os conselhos pesquisados, não percebemos o conflito, o exercício do contraditório entre os representantes dos diferentes grupos participantes. No encaminhamento das deliberações, o texto diz: "em seguida todos os questionamentos dos conselheiros foram respondidos de forma satisfatória" (Ata da 183°, p. 1) ou "todas as dúvidas foram devidamente esclarecidas" (Ata da 188°., p. 4). A questão é se de fato essas dúvidas eram questões simples que não geraram conflitos ou, se os conflitos existiram e a redação da ata simplesmente amenizou-os, não os retratando fidedignamente.

V. BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na Administração Pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: ENAP, Cadernos ENAP, nº 10, 1997.

ANASTASIA, Fátima. "Responsabilización por el controle parlamentário". In *La Responsabilizacion en la nueva gestión pública Latinoamericana.* Argentina, Eudeba, 2000.

ARAGÃO, A. S. e NETO, F. A. M. *Direito Administrativo e seus novos paradigmas.* Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Avaliação: Uma ferramenta de gestão para melhorar o desempenho dos projetos.* Washington D.C: Oficina de Avaliação, março 1997.

BARBERIS, Peter. The new public management and a new accountability. *Public Administration*, nº. 3, v. 76, 1998.

BOBBIO, Norberto. *O futuro da democracia. Uma defesa das regras do jogo.* São Paulo: Paz e Terra, 7ªed, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde:* 17 a 21 de março

de 1986. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS.* Brasília: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento Síntese para Avaliação Externa.* Brasília, 2012.

BRESSER-PEREIRA, L. C.. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, nº 1, v. 120, 1996.

_____. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos Mare,* nº 1, Brasília, 1997.

_____."Reforma do Estado para a cidadania". In: *A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional.* São Paulo: Enap/Editora 34, 1998.

_____. (org.). "Da Administração Pública burocrática à gerencial". In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, p. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial.* Rio de Janeiro: FGV, 1998.

_____. *Construindo o Estado republicano*: democracia e reforma da gestão pública. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. PACHECO, Regina Silvia. Instituições, Bom Estado e Reforma da Gestão Pública. *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado.* Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, nº 3, setembro/outubro/novembro 2005.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

BURKETT, p. Democracy and economic transitions. *Studies in Political Economy,* n. 52, Spring, 1997, p. 111-136.

CAREY, John e SHUGART, Matthew. Poder executivo de Decreto: chamando os tanques ou usando a caneta? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 13, nº. 37, 1998, p. 149-184.

CENEVIVA, Ricardo; FARAH, Marta Ferreira Santos. "O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública". In: *Controle Social da Administração Pública.* São Paulo: Editora da UNESP, 2007.

CLAD. *Una Nueva Gestion Pública para América Latina.* Consejo Científico del CLAD, Caracas, 1998. Documento do Conselho Científico do CLAD

CLARK, David. Open Government in Britain : Discourse and Practice. In: *Public Money and Management.* Oxford, 1996, vol. 16, no. 1.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 4, no. 7, jan-jun 2002, p. 18-49.

COSTA, Frederico Lustosa. *Reforma do Estado e Contexto Brasileiro.* Rio de Janeiro: FGV, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Contra a Corrente: Ensaios sobre democracia e socialismo.* São Paulo: Cortez, 2000.

_____, *O Marxismo na batalha das ideias.* São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, Joana A. O conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular na cidade de São Paulo (1989-1995) (Dissertação). São Paulo: PUC, 1996.

CUNHA, J.P.P., CUNHA R. E. "Sistema Único de Saúde – SUS: princípios". In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. *Planejamento e Gestão em Saúde.* Belo Horizonte: COOPMED, 1998, p.11 a 26.

DAHL, Robert A. *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

DE GOURNAY, Bernard. Tendences actuelles du controle des finances publiques. *Revue Française dÁdministration Publique,* nº. 27, 1983, Paris, 1983.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na Administração Pública.* São Paulo : Atlas, 2008.

DONABEDIAN, Avedis. *La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación*. México, D.F.: La Prensa Mexicana, 1984.

_____, Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank quarterly*, United States, v. 83, n. 4, 2005, p. 691-729.

DRYZEK, John S. Legitimidade e economia na democracia deliberative. In: Coelho, Vera Schattan P.; Nobre, Marcos, organizadores. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004. P. 41 – 62.

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*, London, v. 6, n. 156, dezembro 2000, p. 1-13.

FALEIROS, V.P; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F; SILVEIRA, R.M.G. *A construção do SUS* – histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAVERO, Claudio Gil. *Avaliação de Programas públicos.* Sistema de avaliação do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização aplicado na Marinha do Brasil – O caso do Programa Netuno. Dissertação de Mestrado. FGV, 2010.

FERREIRA, Caio Márcio Marini. Crise e Reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. *Revista do Serviço Público*, v. 120, nº 3, Ano 47, set-dez 1996.

GAGNE, R.L. Accountability and Public Administration. *Canadian Public Administration.* nº 2, vol. 39, 1996, Toronto, 1996.

GARCIA, Arturo. *Evaluación de resultados, modernización institucional y participación ciudadana.* Apresentação realizada no Encontro Sul Americano sobre Avaliação e Controle de Resultados na Gestão Pública. Caracas: CLAD, 1995.

GENRO, Tarso. "Teses para a criação de uma política democrática e socialista". In GENRO, Tarso (org.) *Porto da cidadania*: a esquerda no governo de Porto Alegre. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.20, nº.6, Rio de Janeiro: Nov./Dec. 2004.

GORDILLO, Augustin A. *Problemas del control de la Administración Pública en América Latina*. Madrid: Editorial Civitas SA, 1981.

GRAHAM, Richard. *Clientelismo e política no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

GRAU, Nuria Cunill. Repensando lo público através de la sociedad. Nuevas formas de gestion pública y representación social. Caracas: CLAD, 1997.

_____. "Responsabilización por el controle social". In: *La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana*. Argentina, Eudeba, 2000.

GRINDLE, Merilee S. e THOMAS, John W. Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries. London: The Jonhs Hopkins University Press, 1991.

GROISMAN, Enrique; LERNER, Emília. "Responsabilización por los controles clásicos". In: *La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana.* Argentina, Eudeba, 2000.

HARRISON, James J. H. Corporate governance in the NHS: as assessment of boardrom practice. Corporate Governance, v. 3, no. 3,1998, July.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, 2006, p. 1649-1659.

HOLLANDA, Eliane et all. Satisfação dos usuários em três unidades de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz – Relatório Técnico Final. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

HUBER, John D.; POWELL, G. Congruence between citizens and policy makers in two visions of liberal democracy. *World Politics*, n. 46, 1994, p. 291-326.

JENKINS, K. A. "Reforma do serviço público no Reino Unido". IN: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, p. (orgs.) *Reforma do Estado e administração pública gerencial.* Rio de Janeiro: FGV, 1998.

LABRA, E.; FIGUEIREDO, J. *Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos*

Conselhos de Saúde. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, no. 7, p. 537-547, 2002.

LAHUERTA, M. A democracia difícil: violência e irresponsabilidade cívica. *Estudos de Sociologia Política*, nº 10, ano 6, 2001.

LEE, J. H. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*, England, v. 21, n.2, 2000, p.103-11.

LOEWESTEIN, Karl. *Teoria de la Constituición*. Barcelona: Ediciones Ariel, 1970.

MARE. *Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____. Organizações Sociais. *Cadernos Mare*, n.2, 1997.

_____. Avanços da Reforma na administração pública (1994-1998). *Cadernos Mare*, n. 15, 1998.

MATIAS-PEREIRA, José. *Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais*. São Paulo: Atlas, 2008.

MELLO, CELSO ANTONIO BANDEIRA DE. *Curso de Direito Administrativo.* São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

METCALFE, L.; RICHARDS, S.. *La modernización de la gestión pública.* Madrid: Inap, 1989.

MEYERS, Larry; HOOD, Jamie. Armonizar Control y Responsabilidad con Poder e Improvisación. *Revista Internacional de Auditoria Gubernamental.* Intosai, Janeiro, 1994.

MONTESQUIEAU, Charles Louisde Secondat. *Do espírito das Leis.* Coleção Os Pensadores. São Paulo, 2o. ed., 1979.

MOREIRA, Marcelo Rasga; SCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 795-805, 2009.

MORGAN, L. N., 2001 Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning,* 16:221-230.

NOGUEIRA, MARCO AURÉLIO. *Um Estado para a Sociedade Civil.* Temas éticos e políticos para a Sociedade Civil. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. *As possibilidades da política.* Ideias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1998.

NOZIK, Robert. *Anarquia, Estado e utopia.* México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

NUSSMAUN, M.; SEN, A. *The quality of life.* Oxford: OUP, 1993.

OCDE. *Governance in Transition*: Public Management Reforms in OCDE Countries. Paris: OCDE, 1995.

O'DONNEL, Guilhermo. Delegative Democracy. *Journal of Decmocracy,* vol. 5, nº. 41, 1994.

OPAS. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.* Brasil: *Organização* Panamericana de Saúde, 2005.

OSBORNE, David.; GAEBLER, Ted. *Reinventando o Governo.* Brasília: MH Comunicação, 1994.

OSZLAK, O. *Estado y sociedad: nuevas reglas del juego?.* Reforma e Democracia, 7. CLAD. Caracas.

PACHECO, Regina Silvia. Brasil. "Avanços da contratualização de resultados no setor público". In: Anais do XI Congresso Internacional Del Clad, Guatemala, nov. 2006.

PASARÍN, M. I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*, Spain, v. 39, n. 8, 2007, p. 395-401.

PAULA, A. P. Paes. *Por uma nova gestão pública.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PETREI, Humberto. *Pressupuesto y Control. Pautas de reforma para América Latina.* Washington DC: BID, 1997.

PRADHAN, Sanjay. Reinvigorating State Institutions. In: *Evaluation and Development:* the Institucional Dimensio. Banco Mundial, 1998.

Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

PRIOR, David; STEWART, John e WALSH, Kieron. *Citizenship: Rigths, Comunity & Participation.* London: Pitman Publishing, 1995.

PRZEWORSKI, Adan. *Democracia y representación.* Reforma e Democracia, 10. CLAD, Caracas, 1996.

_____. "Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva Agente x Principal". In: L.C.B.Pereira e P. Spink (orgs), *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.* Rio de Janeiro, Editora FGV, 1999.

_____. Reforma do Estado: Responsabilidade política e intervenção econômica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* v.11, n.32, 1998.

_____. Democracia y representación. *Revista del CLAD Reforma y Democracia.*nº. 10, 1998, Caracas.

_____. STOKES, Susan C. e MANIN, Bernard (eds.) *Democracy, Accountability and Representation.* New York, Cambridge University Press, 1999.

QUIRK, Barry. Accountable to Everyone : Postmodern Pressures on Public Managers. *Public Administration.* London, vol. 75, nº. 3, 1997.

QUIRÓS, Mario Mora. "Responsabilización por el control de resultados". *La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana.* Argentina, Eudeba, 2000.

RANSON, Stewart; STEWART, John D. *Management for the public domain: Enabling the Learning Society.* New York: St. Martin Press, 1994.

ROCHA, J. A. Oliveira. Gestão Pública e Modernização. Instituto Nacional de Administração, 2001.

SCHMITTER, Philippe C. Still the century of corporatism. *Review of Politics.* 1974; vol. 36, p. 85-131.

_____, The limits of Horizontal Accountability. In: *The 'self-restraining State: Power and Accountability in New Democracies.* New York, Lynne Rienner Publishers, 1999.

SILVA, I. G. Conselho municipal de saúde: um mecanismo de democratização ou de cooptação. (Dissertação). São Luís: UFMA, 1996.

SIMÕES, Júlio Assis. *O dilema da participação popular – etnografia de um caso.* São Paulo: Marco Zero/ANPOCS, 1992.

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo em Perspectiva, 18(2): 27-41, 2004.

STARFIELD, B. *Primary Care*: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992

_____, Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United

States, v. 105, n. 4, abril 2000, p. 998-1003,

STARK, David; BRUSZT, Laszlo. Fontes institucionais de coerência nas políticas públicas no pós-socialismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 1. 13, nº. 36, p. 13-39, 1998.

STERN, Klaus. El tribunal de cuentas en la Constitución Federal y en las constituciones de los Estados Federados. Fundacion Konrad Adenauer-Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo Latinoamericano, Buenos Aires, 1995.

STEWART, John. Innovation in Democratic Practice in Local Government. *Policy and Politics.* Bristol. v. 24, nº. 1, 1996.

TANZI, V. Reforma do governo nos países industrializados. *Finanças e Desenvolvimento,* nº. 16, 1996, World Bank, setembro, 1996, p.

TAYLOR, Frederick W. *Princípios da Administração Científica.* São Paulo: Atlas, 1990.

UGALDE, Antonio. Ideological dimensions of community participation in Latin America health programs. Social Science an Medicine 1, 1985, no. 14, p.41-53.

VASCONCELOS, Flavio Carvalho. Racionalidade, autoridade e burocracia: as bases da definição de um tipo organizacional pós-burocrático. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, no. 38, p.199-220.

WANDERLEY, L. E.; RAICHELIS, R. *A Cidade de São Paulo: relações internacionais e gestão pública.* São Paulo: Editora da PUC-SP, 2009.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade – Fundamentos de Sociologia Compreensiva.* Brasília: Editora da UNB, 3ª ed., 1994, v. 1.

_____, Política como Vocação. In: GERTH, Hans; MILLS, C. Wright, *Ensaios de Sociologia*, 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. Burocracia. In: GERTH, Hans H.; MILLS, C. Wright. *Ensaios de Sociologia.* 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WILLIAMS, Brian. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 1994.

WOODS, David. *Implementing the New Zealand Financial Management Reforms.* Apresentação no Seminário sobre a Moderna Gestão Pública. São Jose, Costa Rica, 1997.

VI. ANEXOS

Anexo 1 – PCA Toll Brasil – Versão Adulto

Avaliação de Atenção Primária à Saúde – versão adulto

Questionário no. [_____]1

Nome do entrevistador: _____ [_____]1a

Data da entrevista:___/___/2012

Meu nome é.....e estou realizando um trabalho sobre o atendimento prestado nos Postos de Saúde dos Municípios do Grande ABC.

É importante salientar que suas respostas serão somadas a de outras pessoas, preservando o total sigilo individual das suas informações.

A entrevista dura em torno de 20 minutos e gostaria de contar com a sua colaboração respondendo ao questionário.

Nome da Unidade:_____ Nº da unidade [_____]2

Identificação do entrevistado
Nome do Entrevistado _____

Perfil:

a) **Gênero:** 1. Masculino 2. Feminino	3
b) Qual a sua **idade**? (anos concluídos)	4
c) Qual o seu **estado civil**? 1. solteiro(a) 2. Casado(a) / união estável 3. Separado/divorciado 4. Viúvo(a)	5
d) Qual é o seu **grau de instrução concluído**? (utilize o **Cartão 1**)	6
f) E qual é o **grau de instrução do chefe da família** (concluído)? (utilize o **Cartão 1**) [observação: se for o mesmo do entrevistado repita o código]	7

CARTÃO 1

00. ANALFABETO **(SÓ SABE ASSINAR O NOME)**
01. ALFABETIZADO **(CAPAZ DE LER E ESCREVER PELO MENOS UM BILHETE SIMPLES)**
02. 1º GRAU **INCOMPLETO** (FUNDAMENTAL INCOMPLETO)
03. 1º GRAU **COMPLETO** (FUNDAMENTAL COMPLETO)

04. 2º GRAU **INCOMPLETO** (ENSINO MÉDIO INCOMPLETO) 05. 2º GRAU **COMPLETO** (ENSINO MÉDIO COMPLETO) 06. SUPERIOR **INCOMPLETO** 07. SUPERIOR **COMPLETO / MESTRADO / DOUTORADO**

g) De acordo com o **Cartão 2**, o(a) sr(a) poderia me informar sua ocupação?	8

1. Dona de casa	8. Assalariado sem carteira assinada
2. Estudante	9. Conta própria regularizado (paga INSS)
3. Aposentado (a)	10. Conta própria temporário (bico/free lancer), não regularizado.
4. Desempregado (a)	11. Autônomo universitário (profissional liberal)
5. Funcionário (a) público municipal	12. Empregador (mais de dois empregados)
6. Funcionário (a) público estadual ou federal	13. Auxiliar de família sem remuneração fixa
7. Assalariado com carteira assinada	Outro. Qual? _____

BLOCO 1 – GRAU DE AFILIAÇÃO

A.1) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

1. Não
2. Sim.....|_____|9

SE SIM, PERGUNTE:		**Uso Interno**
Nome do profissional ou serviço de saúde		10
Endereço/cidade/estado		11

A.2) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o(a) **conhece melhor** como pessoa?

1. Não
2. Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
3. Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente.....|_____| 12

SE SIM (médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente – código 3), PERGUNTE:		**Uso Interno**
Nome do profissional ou serviço de saúde		13
Endereço/cidade/estado		14

A.3) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

1. Não
2. Sim, mesmo que questão 1 e questão 2 acima.
3. Sim, o mesmo que a questão 1 somente.
4. Sim, o mesmo que a questão 2 somente.
5. Sim, diferente da questão 1 e questão 2.....|_____|15

SE SIM (diferente da questão 1 e 2 – código 5), PERGUNTE:		**Uso Interno**
Nome do profissional ou serviço de saúde		16
Endereço/cidade/estado		17

ENTREVISTADOR: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO:

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme orientações abaixo:

- Se o **entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas**, continue o restante do questionário sobre esse médico / enfermeiro ou serviço de saúde (preencha a questão A.5)
- Se o **entrevistado respondeu duas perguntas iguais**, continue o restante do questionário sobre esse médico / enfermeiro ou serviço de saúde (preencha a questão A.5)
- **Se todas as respostas forem diferentes**, continue o restante do questionário sobre o médico / enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta 1 (preencha a questão A.5)
- **Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas,** continue o restante do questionário sobre esse médico / enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM (preencha a questão A.5)
- **Se o entrevistado responder NÃO na pergunta 1 e indicar respostas diferentes para as perguntas 2 e 3,** continue o restante do questionário sobre o médico / enfermeiro ou serviço de saúde indicado na resposta da questão 3 (preencha a questão A.5)
- **Se o entrevistado responder NÃO a todas as três perguntas,** por favor pergunte o nome do último médico / enfermeiro ou serviço de saúde onde a pessoa consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico / enfermeiro ou serviço de saúde (preencha as questões A.4 e A.5)

A.4) Nome do médico / enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez?

		Uso interno
Nome do profissional ou serviço de saúde		18

ESCLAREÇA AO ENTREVISTADO QUE A PARTIR DE AGORA, TODAS AS PERGUNTAS SEGUINTES SERÃO SOBRE O:

A.5) Preencha o quadro abaixo com o nome do profissional ou serviço de saúde seguindo as orientações descritas no quadro acima:

		Uso interno
Nome do profissional ou serviço de saúde		19

BLOCO 2 – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO [APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS:			
com certeza, não	**provavelmente, não**	**provavelmente, sim**	**com certeza, sim**

1	2	3	4 9. Não sei / não lembro	
B.1) Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* antes de ir a outro serviço de saúde?				
B.2) Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* antes de ir a outro serviço de saúde?				
B.3) Quando você tem uma consulta com especialista, o seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* tem que encaminhar você obrigatoriamente?				

BLOCO 3 – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE [APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS:				
com certeza, não	provavelmente, não	provavelmente, sim	com certeza, sim	
2	2	3	4 9. Não sei / não lembro	
C.1) O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* fica aberto no sábado ou no domingo?				23
C.2) O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?				24
C.3) Quando o seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* está aberto e você adoece, alguém de lá atende você no mesmo dia?				25
C.4) Quando o seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* está aberto, você consegue aconselhamento rápido por telefone se precisar?				26
C.5) Quando o seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando ficar doente?				27
C.6) Quando o seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?				28
C.7) Quando o seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?				29
C.8) É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) neste *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* ?				30
C.9) Quando você chega no *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]*, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (triagem ou acolhimento)?				31
C.10) Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* ?				32
C.11) É difícil para você conseguir atendimento médico do seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* quando pensa que é necessário?				33
C.12) Quando você tem que ir ao *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]*, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?				34

BLOCO 4 – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – LONGITUDINALIDADE [APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: com certeza, não (1) | provavelmente, não (2) | provavelmente, sim (3) | com certeza, sim (4) | 9. Não sei / não lembro	
D.1) Quando você vai ao seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]*, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	35
D.2) Você acha que seu *[médico ou enfermeiro]* entende o que você diz ou pergunta?	36
D.3) O seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* responde suas perguntas de maneira que você entenda?	37
D.4) Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o *[médico ou enfermeiro]* que melhor conhece você?	38
D.5) O seu *[médico ou enfermeiro]* lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	39
D.6) Você se sente a vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu *[médico ou enfermeiro]* ?	40
D.7) O seu *[médico ou enfermeiro]* conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	41
D.8) O seu *[médico ou enfermeiro]* sabe quem mora com você?	42
D.9) O seu *[médico ou enfermeiro]* sabe quais problemas são mais importantes para você?	43
D.10) O seu *[médico ou enfermeiro]* conhece a sua história clínica (história médica) completa?	44
D.11) O seu *[médico ou enfermeiro]* sabe a respeito do se trabalho ou emprego?	45
D.12) O seu *[médico ou enfermeiro]* saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	46
D.13) O seu *[médico ou enfermeiro]* sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	47
D.14) Você mudaria do *[serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	48

BLOCO 5 – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E.1) Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que está em acompanhamento no *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* ?	
1. Não – passe para a questão F.1 2. Sim – continue 3. Não sei, não lembro – passe para a questão F.1	49

[APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: com certeza, não (1) — provavelmente, não (2) — provavelmente, sim (3) — com certeza, sim (4) 9. Não sei / não lembro	
E.2) O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	50
E.3) O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	51
E.4) O seu *[médico ou enfermeiro]* discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	52
E.5) O seu *[médico ou enfermeiro]* ou alguém que trabalha no *[nome do serviço de saúde]* ajudou-o a marcar esta consulta?	53
E.6) O seu *[médico ou enfermeiro]* escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	54
E.7) O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* sabe quais foram os resultados desta consulta?	55
E.8) Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu *[médico ou enfermeiro]* conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	56
E.9) O seu *[médico ou enfermeiro]* pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	57

BLOCO 6 – COORDENAÇÃO – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

[APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: com certeza, não (1) — provavelmente, não (2) — provavelmente, sim (3) — com certeza, sim (4) 9. Não sei / não lembro	
F.1) Quando você vai no *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registros": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	58
F.2) Quando você vai ao *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	59
F.3) Você poderia ler (consultar) o seu prontuário / ficha se quisesse no ... *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* ?	60

BLOCO 7 – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços / orientações que você e sua família ou pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* esses serviços ou orientações estão disponíveis.

[APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: **com certeza, não** (1) — **provavelmente, não** (2) — **provavelmente, sim** (3) — **com certeza, sim** (4) **9. Não sei / não lembro**	
G.1) Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	61
G.2) Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	62
G.3) Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	63
G.4) Vacinas (imunizações)	64
G.5) Avaliação da saúde bucal (exame dentário)	65
G.6) Tratamento dentário	66
G.7) Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	67
G.8) Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	68
G.9) Aconselhamento para problemas de saúde mental	69
G.10) Sutura de um corte que necessite de pontos	70
G.11) Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	71
G.12) Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	72
G.13) Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	73
G.14) Colocação de tala (exemplo: para tornozelo torcido)	74
G.15) Remoção de verrugas	75
G.16) Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste papanicolau)	76
G.17) Aconselhamento sobre como parar de fumar	77
G.18) Cuidados pré-natais	78
G.19) Remoção de unha encravada	79
G.20) Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (exemplo: diminuição da memória, risco de cair)	80
G.21) Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	81
G.22) Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (exemplo: doação de órgãos, no caso de estado de coma)	82

BLOCO 8 – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]*. Gostaria de saber se algum dos seguintes assuntos já foram ou não, discutidos (conversados) com você?

[APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: com certeza, não (1) | provavelmente, não (2) | provavelmente, sim (3) | com certeza, sim (4) | 9. Não sei / não lembro	
H.1) Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	83
H.2) Segurança no lar como guardar medicamentos em segurança	84
H.3) Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	85
H.4) Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	86
H.5) Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	87
H.6) Teste de sangue para verificar os níveis de colesterol	88
H.7) Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	89
H.8) Possíveis exposições a substâncias perigosas (exemplo: veneno para formiga / para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	90
H.9) Perguntar se você tem um arma de fogo e orientar como guarda-la com segurança	91
H.10) Como prevenir queimaduras (exemplo: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	92
H.11) Como prevenir quedas	93
H.12) **SÓ PARA MULHERES:** Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	94
H.13) **SÓ PARA MULHERES:** O cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	95

BLOCO 9 – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* com sua família.

[APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: com certeza, não (1) | provavelmente, não (2) | provavelmente, sim (3) | com certeza, sim (4) | 9. Não sei / não lembro	
I.1) O seu *[médico ou enfermeiro]* lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	96
I.2) O seu *[médico ou enfermeiro]* já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns	97

que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	
I.3) O seu *[médico ou enfermeiro]* se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	98

BLOCO 10 – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

[APRESENTE O Cartão 3]

CATEGORIAS DE RESPOSTAS: com certeza, não (1) | provavelmente, não (2) | provavelmente, sim (3) | com certeza, sim (4) | 9. Não sei / não lembro	
J.1) Alguém no *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* faz visitas domiciliares?	99
J.2) O seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	100
J.3) O seu *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	101
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O *[serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* realiza alguma destas?	
J.4) Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	102
J.5) Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	103
J.6) Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	104

BLOCO 11 – PERFIL DA FAMÍLIA

Para finalizar e apenas para caracterizar as famílias entrevistadas, o(a) sr(a) poderia me informar:

a) Quantas pessoas residem nesse domicílio?	105
b) Quantas crianças com idade até seis anos residem nesse domicílio?	106
c) Quantas crianças entre sete e quatorze anos residem nesse domicílio?	107
d) Quantos adolescentes de 15 a 19 anos residem nesse domicílio?	108
e) Quantas pessoas com 60 anos ou mais residem nesse domicílio?	109

g) Somando o seu salário e outras rendas das pessoas que moram com o sr (a), de quanto foi aproximadamente a renda familiar em sua casa no mês passado, utilizando o **Cartão 4**			
00. Não teve rendimento 01. Até R$ 622,00 02. Mais de R$ 622,00 até R$ 1.244,00 03. Mais de R$ 1.244,00 até R$ 1.816,00	04. Mais de R$ 1.816,00 até R$ 2.488,00 05. Mais de R$ 2.488,00 até R$ 3.110,00 06. Mais de R$ 3.110,00 até R$ 4.354,00 07. Mais de R$ 4.354,00 até R$ 6.620,00	08. Mais de R$ 6.620,00 até R$ 9.330,00 09. Mais de R$ 9.330,00 até R$ 12.440,00 10. Mais de R$ 12.440,00 99. Não informado	110

h) Apenas para fins de classificação segundo a classe de consumo, o(a) sr(a) poderia informar quantos(as) ... têm na sua casa?

Entrevistador: [Anote a quantidade de itens e considere apenas os bens em condições de uso. Se não tiver anotar "0].

Posse de Itens	Quantidade	Posse de Itens	Quantidade
Televisão	111	Maquina de lavar/Tanquinho	116
Rádio(s)	112	DVD	117
Banheiro(s)	113	Geladeira (com congelador interno)	118
Automóvel(s) (não inclui moto)	114	Geladeira Duplex / acoplada	119
Empregada mensalista	115	Freezer	120

ENTREVISTADOR: CONFIRME CASO O ENTREVISTADO DIGA QUE NÃO TEM GELADEIRA COM CONGELADOR INTERNO E NEM DUPLEX OU ACOPLADA.

Apenas para uma eventual verificação da entrevista, você poderia me dizer o seu primeiro nome? E o seu telefone, seja em casa, celular ou mesmo que para contato?

Nome do Entrevistado					
Endereço				**Bairro**	
Fone fixo	**DDD**		**Fone Contato**	**DDD**	
Celular	**DDD**		**Celular Contato**	**DDD**	

MUITO OBRIGADO POR SUAS OPINIÕES

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO/A ENTREVISTADOR/A

Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade exigido:

- O entrevistado enquadrou-se dentro do perfil exigido pelas cotas;
- As informações são verdadeiras e foram corretamente anotadas no questionário;
- O questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos;
- Tenho conhecimento que pelo menos 25% do material por mim coletado será verificado em campo para controle de qualidade.

ASSINATURA DO/A ENTREVISTADOR:_____**RG**_____

DATA: ___/___/ **2012**

Anexo 2 – Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

a) os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

b) a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º inciso II artigo 1º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990;

c) a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizadas nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

d) o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

e) que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo Único: Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo Único: na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher às demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão,

acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II – Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades de usuários;

b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;

c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) de associações de portadores de patologias;

b) de associações de portadores de deficiências;

c) de entidades indígenas;

d) de movimentos sociais e populares organizados;

e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;

f) de entidades de aposentados e pensionistas;

g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) de entidades de defesa do consumidor;

i) de organizações de moradores.

j) de entidades ambientalistas;

k) de organizações religiosas;

l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;

m) da comunidade científica;

n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;

q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI – A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do conselho municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS.

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII – O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

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

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do

SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Anexo 3 – Tabelas dos Resultados detalhados obtidos com a aplicação do PCA Tool

Perfil dos entrevistados

Tabela 1 – Gênero dos entrevistados

Gênero	N	%
Masculino	79	49,4
Feminino	81	50,6

	% de Casos					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total Geral
Masculino	50,0	50,0	50,0	46,9	50,0	**49,4**
Feminino	50,0	50,0	50,0	53,1	50,0	**50,6**
% Total por cidade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

Tabela 2 – Idade dos entrevistados

Faixa etária	N	%
18 a 39 anos	40	25,0
40 a 59 anos	81	50,6
60 anos ou mais	39	24,4
Idade Média	49,1 anos	
Idade Mediana	48,0 anos	

	% de Casos					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total Geral
18 a 39 anos	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	**25,0**
40 a 59 anos	50,0	50,0	50,0	50,0	53,1	**50,6**
60 anos ou mais	25,0	25,0	25,0	25,0	21,9	**24,4**
% Total por cidade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

Tabela 3 – Estado civil dos entrevistados

	N	%
Solteiro (a)	35	21,9
Casado (a) / União Estável	87	54,4
Separado (a) / Divorciado (a)	22	13,8
Viúvo (a)	16	10,0

	% de Casos					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total Geral
Solteiro (a)	21,9	18,8	31,3	21,9	15,6	**21,9**
Casado (a) / União Estável	43,7	49,9	46,8	59,3	71,9	**54,3**
Separado (a) / Divorciado (a)	15,6	21,9	15,6	6,3	9,4	**13,8**
Viúvo	18,8	9,4	6,3	12,5	3,1	**10,0**
% Total por cidade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

Tabela 4 – Grau de instrução do entrevistado

	N	%
Analfabeto (só sabe assinar o nome)	8	5,0
Alfabetizado (capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete)	8	5,0
1º grau Incompleto (Fundamental Incompleto)	73	45,6
1º grau Completo (Fundamental Completo)	23	14,4
2º grau Incompleto (Ensino Médio Incompleto)	6	3,8
2º grau completo (Ensino Médio Completo)	31	19,4
Superior incompleto	3	1,9
Superior completo / mestrado / doutorado	8	5,0

	% de Casos					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total Geral
Analfabeto (só sabe assinar o nome)	6,3	6,3	3,1	6,3	3,1	**5,0**
Alfabetizado (capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete)	3,1	6,3	3,1	6,3	6,3	**5,0**
1º grau Incompleto (Fundamental Incompleto)	37,4	43,7	53,1	59,3	34,3	**45,6**
1º grau Completo (Fundamental Completo)	12,5	15,6	12,5	9,4	21,9	**14,4**
2º grau Incompleto (Ensino Médio Incompleto)	3,1	-	6,3	-	9,4	**3,8**
2º grau completo (Ensino Médio Completo)	18,8	21,8	18,8	15,6	21,9	**19,4**
Superior incompleto	6,3	-	-	-	-	**1,9**
Superior completo / mestrado / doutorado	12,5	6,3	3,1	3,1	3,1	**5,0**
% Total por cidade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

Tabela 5 – Ocupação principal

	N	%
Dona de casa	37	23,1
Aposentado (a)	27	16,9
Desempregado	18	11,3
Funcionário (a) público (a) municipal	2	1,3
Funcionário (a) público (a) estadual ou federal	1	0,6
Assalariado (a) com carteira assinada	20	12,5
Assalariado (a) sem carteira assinada	4	2,5
Conta própria regular (paga ISS)	13	8,1
Conta própria temporário (bico/free lancer) não regularizado	34	21,3
Auxílio Doença	4	2,5

	% de Casos					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total Geral
Dona de casa	15,6	18,8	28,1	31,2	21,8	**23,1**
Aposentado (a)	18,8	15,6	15,6	21,9	12,5	**16,9**
Desempregado	3,1	15,6	12,5	9,4	15,6	**11,3**
Funcionário (a) público (a) municipal	3,1	-	3,1	-	-	**1,3**
Funcionário (a) público (a) estadual ou federal	-	-	-	-	3,1	**0,6**
Assalariado (a) com carteira assinada	12,5	12,5	9,4	15,6	12,5	**12,5**
Assalariado (a) sem carteira assinada	-	3,1	-	-	9,4	**2,5**
Conta própria regular (paga ISS)	12,5	9,4	12,5	6,3	-	**8,1**
Conta própria temporário (bico/free	31,3	21,9	18,8	15,6	18,8	**21,3**

lancer) não regularizado						
Auxílio Doença	3,1	3,1	-	-	6,3	**2,5**
% Total por cidade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

Tabela 6 – Perfil da família

	Média	**Mediana**
Quantidade de residentes no domicílio	3,63	3,50
Quantidade de crianças com idade até seis anos residem nesse domicílio	0,25	0,00
Quantidade de crianças entre sete e quatorze anos residem nesse domicílio	0,43	0,00
Quantidade de adolescentes de 15 a 19 anos residem nesse domicílio	0,37	0,00
Quantidade de pessoas com 60 anos ou mais residem nesse domicílio	0,54	0,00

	Média por cidade					
	Santo André	**São Bernardo do Campo**	**São Caetano do Sul**	**Diadema**	**Mauá**	**Média Geral**
Quantidade de residentes no domicílio	3,72	3,75	3,66	3,47	3,56	**3,63**
Quantidade de crianças com idade até seis anos residem nesse domicílio	0,22	0,31	0,22	0,38	0,13	**0,25**
Quantidade de crianças entre sete e quatorze anos residem nesse domicílio	0,53	0,28	0,25	0,47	0,63	**0,43**
Quantidade de adolescentes de 15 a 19 anos residem nesse domicílio	0,50	0,34	0,41	0,31	0,28	**0,37**

Quantidade de pessoas com 60 anos ou mais residem nesse domicílio	0,53	0,56	0,78	0,53	0,31	**0,54**

Tabela 7 – Renda familiar

	N	%
Até R$ 622,00	32	20,0
Mais de R$ 622,00 até R$ 1.244,00	65	40,6
Mais de R$ 1.244,00 até R$ 1.816,00	31	19,4
Mais de R$ 1.816,00 até R$ 2.488,00	14	8,8
Mais de R$ 2.488,00 até R$ 3.110,00	9	5,6
Mais de R$ 3.110,00 até R$ 4.354,00	1	0,6
Mais de R$ 4.354,00 até R$ 6.620,00	4	2,5
Não informado	4	2,5

	% de Casos					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Total Geral
Até R$ 622,00	9,4	21,9	12,5	25,0	31,3	**20,0**
Mais de R$ 622,00 até R$ 1.244,00	37,5	40,6	34,4	50,0	40,6	**40,6**
Mais de R$ 1.244,00 até R$ 1.816,00	12,5	28,1	25,0	12,5	18,8	**19,4**
Mais de R$ 1.816,00 até R$ 2.488,00	28,1	3,1	9,4	3,1	-	**8,8**
Mais de R$ 2.488,00 até R$ 3.110,00	6,2	6,3	6,3	3,1	6,3	**5,6**
Mais de R$ 3.110,00 até R$ 4.354,00	-	-	3,1	-	-	**0,6**
Mais de R$ 4.354,00 até R$ 6.620,00	6,3	-	6,3	-	-	**2,5**
Não informado	-	-	3,1	6,3	3,1	**2,5**
% Total por cidade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

Acesso de primeiro contato - UTILIZAÇÃO

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**3,55**	**4,00**	**0,16**	**51,6%**	**0,6%**
Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] antes de ir a outro serviço de saúde?	3,82	4,00	0,16	88,5%	3,2%
Quando você tem uma consulta com especialista, o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] tem que encaminhar você obrigatoriamente?	3,78	4,00	0,18	87,6%	3,9%
Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] antes de ir a outro serviço de saúde?	3,08	4,00	0,40	58,0%	21,0%

	Média por cidade					
	Santo André	**São Bernardo do Campo**	**São Caetano do Sul**	**Diadema**	**Mauá**	**Média Geral**
Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] antes de ir a outro serviço de saúde?	3,59	3,91	3,90	3,81	3,87	**3,82**
Quando você tem uma consulta com especialista, o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] tem que encaminhar você obrigatoriamente?	3,73	3,81	3,83	3,65	3,87	**3,78**
Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] antes de ir a outro serviço de saúde?	3,03	3,41	3,43	2,84	2,71	**3,08**

Acesso de primeiro contato - ACESSIBILIDADE

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**1,85**	**1,83**	**0,16**	**0,0%**	**65,6%**
Quando você chega no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro], você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (triagem ou acolhimento)?	3,15	4,00	0,35	55,6%	15,0%
É difícil para você conseguir atendimento médico do seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] quando pensa que é necessário?	2,66	3,00	0,47	37,5%	27,5%
É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) neste [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	2,43	2,00	0,55	35,6%	40,6%
Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	2,40	2,00	0,54	32,5%	37,5%
Quando você tem que ir ao [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro], você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	2,11	1,00	0,66	32,5%	59,4%
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está aberto e você adoece, alguém de lá atende você no mesmo dia?	2,10	2,00	0,59	22,8%	49,4%
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está aberto, você consegue aconselhamento rápido por telefone se precisar?	1,55	1,00	0,65	9,7%	72,9%
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,32	1,00	0,66	8,3%	85,9%
O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* fica aberto no sábado ou no domingo?	1,27	1,00	0,64	7,1%	89,0%
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando ficar doente?	1,09	1,00	0,35	0,7%	94,1%
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está fechado no sábado e domingo e você	1,03	1,00	0,19	0,0%	98,1%

fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?					
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	1,01	1,00	0,08	0,0%	99,4%

Acesso de primeiro contato - ACESSIBILIDADE

	Média por cidade					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Média Geral
Quando você chega no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro], você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (triagem ou acolhimento)?	3,34	3,31	2,59	3,44	3,06	**3,15**
É difícil para você conseguir atendimento médico do seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] quando pensa que é necessário?	2,47	3,00	2,22	2,84	2,78	**2,66**
É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) neste [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	2,34	1,72	3,06	2,53	2,47	**2,43**
Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	1,91	2,97	1,97	2,78	2,38	**2,40**
Quando você tem que ir ao [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro], você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	2,22	2,41	1,81	1,91	2,19	**2,11**
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está aberto e você adoece, alguém de lá	1,84	2,10	2,47	2,00	2,10	**2,10**

atende você no mesmo dia?						
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está aberto, você consegue aconselhamento rápido por telefone se precisar?	1,76	1,81	1,75	1,23	1,24	**1,55**
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,07	1,13	1,09	1,91	1,38	**1,32**
O *[nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]* fica aberto no sábado ou no domingo?	1,14	1,00	1,10	1,88	1,19	**1,27**
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando ficar doente?	1,07	1,21	1,03	1,10	1,03	**1,09**
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	1,00	1,10	1,00	1,03	1,00	**1,03**
Quando o seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	1,00	1,03	1,00	1,00	1,00	**1,01**

LONGITUDINALIDADE

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**2,73**	**2,85**	**0,24**	**0,6%**	**15,0%**
O seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] responde suas perguntas de maneira que você entenda?	3,64	4,00	0,22	80,0%	5,0%

Você acha que seu [médico ou enfermeiro] entende o que você diz ou pergunta?	3,55	4,00	0,25	75,3%	6,3%
Você se sente a vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu [médico ou enfermeiro]?	3,37	4,00	0,33	71,3%	15,0%
O seu [médico ou enfermeiro] sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	3,37	4,00	0,33	70,9%	15,8%
O seu [médico ou enfermeiro] lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	3,34	4,00	0,33	70,0%	14,4%
Quando você vai ao seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro], é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	3,08	4,00	0,40	59,4%	21,3%
O seu [médico ou enfermeiro] conhece a sua história clínica (história médica) completa?	2,92	4,00	0,43	50,3%	22,9%
O seu [médico ou enfermeiro] sabe quais problemas são mais importantes para você?	2,66	3,00	0,50	43,2%	33,5%
O seu [médico ou enfermeiro] saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	2,40	2,00	0,56	35,1%	44,2%
O seu [médico ou enfermeiro] sabe quem mora com você?	2,24	1,00	0,61	32,9%	51,6%
O seu [médico ou enfermeiro] sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	2,12	1,00	0,63	28,5%	55,7%
Você mudaria do [serviço de saúde, médico ou enfermeiro] para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	2,06	1,00	0,61	24,8%	51,6%
O seu [médico ou enfermeiro] conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	1,73	1,00	0,65	14,6%	65,0%
Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o [médico ou enfermeiro] que melhor conhece você?	1,49	1,00	0,64	9,1%	74,8%

LONGITUDINALIDADE

	Média por cidade					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Média Geral
O seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] responde suas perguntas de maneira que você entenda?	3,78	3,56	3,72	3,53	3,59	**3,64**
Você acha que seu [médico ou enfermeiro] entende o que você diz ou pergunta?	3,88	3,47	3,53	3,39	3,48	**3,55**
Você se sente a vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu [médico ou enfermeiro]?	3,63	3,19	3,47	3,13	3,44	**3,37**
O seu [médico ou enfermeiro] sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	3,52	3,31	3,32	3,25	3,44	**3,37**
O seu [médico ou enfermeiro] lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	3,59	3,22	3,41	3,13	3,38	**3,34**
Quando você vai ao seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro], é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	3,72	2,94	2,88	2,72	3,16	**3,08**
O seu [médico ou enfermeiro] conhece a sua história clínica (história médica) completa?	3,26	2,68	3,13	2,69	2,84	**2,92**
O seu [médico ou enfermeiro] sabe quais problemas são mais importantes para você?	2,61	2,06	3,09	2,53	2,97	**2,66**
O seu [médico ou enfermeiro] saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	2,50	2,37	2,68	2,16	2,32	**2,40**
O seu [médico ou enfermeiro] sabe quem mora com você?	2,37	1,77	2,47	2,19	2,39	**2,24**

O seu [médico ou enfermeiro] sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	2,48	1,77	2,00	2,16	2,19	**2,12**
Você mudaria do [serviço de saúde, médico ou enfermeiro] para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	1,56	2,31	2,00	2,60	1,84	**2,06**
O seu [médico ou enfermeiro] conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	1,77	1,71	2,00	1,55	1,63	**1,73**
Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o [médico ou enfermeiro] que melhor conhece você?	1,63	1,97	1,54	1,29	1,03	**1,49**

Coordenação da Atenção – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**3,36**	**3,62**	**0,18**	**17,7%**	**3,5%**
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	3,88	4,00	0,15	94,7%	3,5%
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	3,85	4,00	0,16	92,9%	3,5%
O seu [médico ou enfermeiro] ou alguém que trabalha no [nome do serviço de saúde] ajudou-o a marcar esta consulta?	3,73	4,00	0,23	90,3%	8,8%
O seu [médico ou enfermeiro] escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	3,67	4,00	0,23	83,5%	7,8%
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] sabe quais foram os resultados desta consulta?	3,42	4,00	0,34	78,0%	17,4%
Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu [médico ou enfermeiro] conversou com você sobre o que aconteceu durante	3,08	4,00	0,44	67,3%	28,7%

esta consulta?					
O seu [médico ou enfermeiro] pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	2,81	4,00	0,49	53,7%	33,7%
O seu [médico ou enfermeiro] discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	2,29	1,00	0,63	39,0%	52,4%
Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que está em acompanhamento no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	1,71	2,00	0,27	0,0%	0,0%

Coordenação da Atenção – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

	Média por cidade					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Média Geral
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	4,00	3,53	4,00	4,00	3,75	**3,88**
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	3,92	3,82	3,89	4,00	3,63	**3,85**
O seu [médico ou enfermeiro] ou alguém que trabalha no [nome do serviço de saúde] ajudou-o a marcar esta consulta?	3,88	3,41	3,79	4,00	3,50	**3,73**
O seu [médico ou enfermeiro] escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	3,57	3,24	3,78	4,00	3,73	**3,67**
O [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] sabe quais foram os resultados desta consulta?	3,78	3,29	3,46	3,28	3,22	**3,42**

Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu [médico ou enfermeiro] conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	3,22	2,44	3,44	2,83	3,18	**3,08**
O seu [médico ou enfermeiro] pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	2,75	2,53	3,20	2,24	3,05	**2,81**
O seu [médico ou enfermeiro] discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	1,50	3,18	2,18	2,39	2,29	**2,29**
Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que está em acompanhamento no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	1,81	1,53	1,88	1,56	1,75	**1,71**

Coordenação da Atenção – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**2,95**	**3,00**	**0,26**	**20,6%**	**4,4%**
Quando você vai ao [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	3,80	4,00	0,19	92,5%	5,6%
Quando você vai no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registros": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório).	2,59	3,00	0,55	45,6%	42,5%
Você poderia ler (consultar) o seu prontuário / ficha se quisesse no... [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	2,25	2,00	0,57	28,7%	44,3%

Coordenação da Atenção – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

	Média por cidade					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Média Geral
Quando você vai ao [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	3,91	3,69	3,91	3,78	3,72	3,80
Quando você vai no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registros": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório).	2,78	1,88	2,53	2,97	2,78	2,59
Você poderia ler (consultar) o seu prontuário / ficha se quisesse no... [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro]?	2,19	2,54	2,48	2,40	1,52	2,25

Integralidade – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**2,81**	**2,90**	**0,26**	**4,4%**	**15,6%**
Vacinas (imunizações)	3,88	4,00	0,14	93,8%	3,1%
Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau)	3,68	4,00	0,23	85,4%	7,3%
Avaliação da saúde bucal (exame dentário)	3,57	4,00	0,28	82,6%	12,1%
Cuidados pré-natais	3,57	4,00	0,27	81,2%	11,0%
Tratamento dentário	3,53	4,00	0,29	81,3%	12,7%
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	3,40	4,00	0,33	73,6%	15,5%
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	3,14	4,00	0,39	60,8%	21,5%

Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	2,75	3,00	0,47	41,5%	30,4%
Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	2,61	3,00	0,51	38,7%	35,3%
Sutura de um corte que necessite de pontos	2,60	3,00	0,52	43,5%	37,0%
Aconselhamento para problemas de saúde mental	2,59	3,00	0,52	39,7%	36,4%
Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	2,54	3,00	0,54	40,8%	40,0%
Aconselhamento sobre como parar de fumar	2,51	3,00	0,55	41,2%	40,3%
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (exemplo: diminuição da memória, risco de cair)	2,29	2,00	0,57	27,6%	45,7%
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	2,27	2,00	0,60	33,3%	47,7%
Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	2,26	2,00	0,59	29,9%	48,2%
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	2,24	2,00	0,60	31,8%	48,1%
Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	2,22	1,00	0,61	31,2%	52,0%
Colocação de tala (exemplo: para tornozelo torcido)	2,10	1,00	0,63	28,2%	53,4%
Remoção de unha encravada	2,08	2,00	0,59	21,7%	48,3%
Remoção de verrugas	1,80	1,00	0,65	17,1%	62,4%
Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (exemplo: doação de órgãos, no caso de estado de coma).	1,69	1,00	0,67	14,8%	68,5%

Integralidade – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

	Média por cidade					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Média Geral
Vacinas (imunizações)	3,88	3,78	4,00	3,91	3,81	**3,88**
Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau)	3,83	3,81	3,66	3,53	3,53	**3,68**
Avaliação da saúde bucal (exame dentário)	3,74	3,84	4,00	3,34	3,00	**3,57**
Cuidados pré-natais	3,84	4,00	3,57	3,13	3,29	**3,57**
Tratamento dentário	3,67	3,84	3,94	3,34	2,94	**3,53**
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	3,79	3,81	3,64	2,73	3,06	**3,40**
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	3,38	3,69	3,41	2,46	2,80	**3,14**
Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	2,84	2,89	3,07	2,27	2,74	**2,75**
Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	2,83	3,12	2,74	2,28	2,30	**2,61**
Sutura de um corte que necessite de pontos	2,48	3,53	2,50	2,24	2,20	**2,60**
Aconselhamento para problemas de saúde mental	2,92	3,32	3,00	2,07	1,93	**2,59**
Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	3,27	3,31	3,11	1,76	1,71	**2,54**
Aconselhamento sobre como parar de fumar	2,27	3,37	2,69	2,04	2,07	**2,51**
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (exemplo: diminuição da memória, risco de cair)	2,83	3,14	2,33	1,64	1,65	**2,29**

Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	2,25	3,41	2,11	1,73	1,87	**2,27**
Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	2,69	2,55	2,62	1,78	1,97	**2,26**
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	2,24	3,41	2,12	1,69	1,72	**2,24**
Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	1,77	2,54	2,39	1,79	2,38	**2,22**
Colocação de tala (exemplo: para tornozelo torcido)	2,20	3,13	2,17	1,27	1,77	**2,10**
Remoção de unha encravada	1,64	3,22	2,27	1,68	1,62	**2,08**
Remoção de verrugas	1,54	3,12	1,57	1,50	1,25	**1,80**
Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (exemplo: doação de órgãos, no caso de estado de coma).	1,14	2,92	1,59	1,15	1,36	**1,69**

Integralidade – SERVIÇOS PRESTADOS

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**2,03**	**1,83**	**0,36**	**1,3%**	**58,1%**
Teste de sangue para verificar os níveis de colesterol	3,48	4,00	0,31	78,6%	15,1%
Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	3,12	4,00	0,41	63,9%	25,3%
SÓ PARA MULHERES: O cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	2,47	3,00	0,59	44,3%	48,1%
Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	2,45	2,00	0,60	43,9%	49,0%
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	2,20	1,00	0,64	34,8%	57,0%
Segurança no lar como guardar medicamentos em segurança	2,15	1,00	0,67	36,3%	60,5%
SÓ PARA MULHERES: Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	1,71	1,00	0,73	21,5%	74,7%

Como prevenir quedas	1,69	1,00	0,74	21,8%	76,3%
Como prevenir queimaduras (exemplo: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	1,57	1,00	0,74	17,2%	80,3%
Possíveis exposições a substâncias perigosas (exemplo: veneno para formiga / para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	1,55	1,00	0,74	17,2%	80,3%
Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	1,47	1,00	0,74	15,8%	84,2%
Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	1,32	1,00	0,68	9,6%	87,9%
Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guarda-la com segurança	1,06	1,00	0,39	1,9%	98,1%

Integralidade – SERVIÇOS PRESTADOS

	Média por cidade					
	Santo André	**São Bernardo do Campo**	**São Caetano do Sul**	**Diadema**	**Mauá**	**Média Geral**
Teste de sangue para verificar os níveis de colesterol	3,16	3,56	3,72	3,44	3,53	**3,48**
Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	3,17	3,47	2,97	2,94	3,06	**3,12**
SÓ PARA MULHERES: O cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	2,40	2,69	2,44	2,25	2,56	**2,47**
Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	2,37	2,41	2,78	2,44	2,22	**2,45**
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	2,13	2,09	2,69	1,91	2,16	**2,20**
Segurança no lar como guardar medicamentos em segurança	1,53	2,28	2,52	2,25	2,13	**2,15**
SÓ PARA MULHERES: Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	1,80	1,75	1,69	1,56	1,75	**1,71**
Como prevenir quedas	1,30	1,74	2,06	1,66	1,66	**1,69**

Como prevenir queimaduras (exemplo: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	1,17	1,45	1,84	1,59	1,75	**1,57**
Possíveis exposições a substâncias perigosas (exemplo: veneno para formiga / para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	1,17	1,50	1,87	1,53	1,66	**1,55**
Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	1,10	1,39	1,94	1,28	1,66	**1,47**
Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	1,00	1,34	1,56	1,50	1,19	**1,32**
Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guarda-la com segurança	1,10	1,19	1,00	1,00	1,00	**1,06**

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**2,24**	**2,33**	**0,44**	**10,7%**	**35,1%**
O seu [médico ou enfermeiro] já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	2,75	4,00	0,53	55,3%	39,0%
O seu [médico ou enfermeiro] se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	2,31	2,00	0,52	24,0%	35,5%
O seu [médico ou enfermeiro] lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	1,60	1,00	0,71	15,9%	75,8%

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

	Média por cidade					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	Média Geral
O seu [médico ou enfermeiro] já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	3,47	2,16	3,00	2,41	2,69	**2,75**
O seu [médico ou enfermeiro] se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	2,19	1,68	2,82	2,59	2,12	**2,31**
O seu [médico ou enfermeiro] lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	1,57	1,52	1,69	1,81	1,41	**1,60**

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

	Média	Mediana	Coef. Variação	Top Box	Flor Box
Resultados Gerais	**2,52**	**2,63**	**0,40**	**9,5%**	**34,2%**
Alguém no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] faz visitas domiciliares?	3,10	4,00	0,43	67,3%	26,7%
O seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	2,98	3,00	0,38	46,5%	17,3%
O seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	2,80	3,00	0,45	44,5%	26,9%
Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	2,46	2,00	0,53	33,6%	36,8%
Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	2,45	2,00	0,51	31,1%	35,2%

Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	1,59	1,00	0,72	16,3%	77,6%

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

	Média por cidade					
	Santo André	**São Bernardo do Campo**	**São Caetano do Sul**	**Diadema**	**Mauá**	**Média Geral**
Alguém no [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] faz visitas domiciliares?	1,75	3,43	4,00	3,91	2,14	**3,10**
O seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	2,07	3,15	3,48	3,52	2,22	**2,98**
O seu [nome do serviço de saúde, médico ou enfermeiro] ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	2,43	2,89	3,30	3,33	1,75	**2,80**
Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	1,76	2,75	3,04	2,58	2,13	**2,46**
Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	1,83	2,70	2,89	2,86	1,86	**2,45**
Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	1,33	1,43	2,31	1,32	1,45	**1,59**

Resultados Gerais Por Cidade

	Média					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	**Total**
Acesso de primeiro contato - UTILIZAÇÃO	3,43	3,70	3,72	3,42	3,47	**3,55**
Acesso de primeiro contato - ACESSIBILIDADE	1,78	1,92	1,76	1,98	1,83	**1,85**
LONGITUDINALIDADE	2,92	2,62	2,81	2,60	2,71	**2,73**
Coordenação da Atenção – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	3,43	3,18	3,46	3,34	3,30	**3,36**
Coordenação da Atenção – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	3,16	2,70	3,02	3,07	2,83	**2,95**
Integralidade – SERVIÇOS DISPONÍVEIS	3,13	3,36	2,92	2,30	2,35	**2,81**
Integralidade – SERVIÇOS PRESTADOS	1,82	2,07	2,25	1,96	2,04	**2,03**
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	2,55	1,79	2,50	2,25	2,07	**2,24**
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	1,69	2,83	3,18	2,92	1,96	**2,52**

Anexo 4 – Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5º inciso II art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 333/03 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde.

Resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

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

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nºs 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;

b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) associações de pessoas com patologias;

b) associações de pessoas com deficiências;

c) entidades indígenas;

d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);

e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;

f) entidades de aposentados e pensionistas;

g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) entidades de defesa do consumidor;

i) organizações de moradores;

j) entidades ambientalistas;

k) organizações religiosas;

l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;

m) comunidade científica;

n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e

q) governo.

IV - As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de

confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII - A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X - As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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

quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei nº 8.689/93 e com a Lei Complementar nº 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

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

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

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

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

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

IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

IX - qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

XI - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

XII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

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

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

XIX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XX - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXI - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIII - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXIV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXV - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVI - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXVIII - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXIX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde