

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

HÉLDER FREIRE PACHECO

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA ACCOUNTABILITY DAS  
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DO ESTADO DE PERNAMBUCO: PERCEPÇÃO DOS  
ATORES

RECIFE  
2016

**HÉLDER FREIRE PACHECO**

**O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA ACCOUNTABILITY DAS  
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DO ESTADO DE PERNAMBUCO: PERCEPÇÃO DOS  
ATORES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Coorientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Silva Santos

**RECIFE**

**2016**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

P116p Pacheco, Hélder Freire.  
O papel do controle social na accountability das organizações sociais do Estado de Pernambuco / Hélder Freire Pacheco. - Recife: [s. n.], 2016.  
100 p. : ilus.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior; coorientador: Francisco de Assis Silva Santos.

1. Organização Social. 2. Regulação e Fiscalização em Saúde. 3. Participação Social. 4. Política de Saúde. 5. Gestão em saúde. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Santos, Francisco de Assis Silva. III. Título.

---

CDU 614

**HÉLDER FREIRE PACHECO**

**O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA ACCOUNTABILITY DAS  
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DO ESTADO DE PERNAMBUCO: PERCEPÇÃO DOS  
ATORES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 01/04/2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

---

**Prof. Dr. Sydia Rosana de Araújo Oliveira**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

---

**Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli**

Departamento de Medicina Social/ UFPE

***Dedico este trabalho a Deus, e ao apoio incondicional dos meus pais e de toda a minha família.***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por Ele são todas as coisas e para Ele são todas as coisas, inclusive este trabalho.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional, e aos meus familiares, por sempre acreditarem em mim.

A todas as pessoas amigas, em especial às minha amigas e mais que irmãs Adriana e Kênia, pelo apoio e encorajamento durante o curso de mestrado.

Ao professor e orientador Garibaldi, pelos sábios ensinamentos, dedicação e orientação ao longo do curso, sempre disponível em qualquer momento que precisei.

Ao professor e coorientador Francisco Santos, pelo incentivo, contribuição e parceria valiosas, inclusive em momentos que ultrapassaram altas horas da madrugada.

Tenho muito que agradecer a todo o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães por todo o suporte e condições oferecidas para que eu e todos os que passam por ele consigam concretizar seus sonhos.

Sou grato ao professor e amigo Petrônio, por aceitar todos os convites que fiz e por ter me recebido de portas abertas em todos os momentos que dele precisei.

Aos colegas de classe, novos e eternos amigos pela solidariedade e companheirismo.

Aos atores representantes da Gestão, órgãos do controle interno e externo, e especialmente do controle social, que dispuseram de seu tempo e contribuíram participando deste trabalho.

A todos que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, entre eles, professores, familiares e profissionais, transmitindo que a educação não somente constrói conhecimentos, mas também seres humanos éticos.

PACHECO, Hélder Freire. **O papel do Controle Social na Accountability das Organizações Sociais do Estado de Pernambuco: percepção dos atores.** 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

## RESUMO

O controle social, que é exercido pelo cidadão diretamente ou pela sociedade civil organizada, se enquadra como modalidade de controle externo, sendo considerada uma instituição inserida na *accountability* da gestão pública, inclusive das Organizações Sociais em Saúde. Sabe-se que a participação popular é um elemento imprescindível para garantir mais transparência e dar efetividade à democracia brasileira. O estudo analisa a percepção dos atores quanto ao papel do controle social na *accountability* das organizações sociais em saúde (OSS) no Estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa exploratória de corte transversal, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 14 atores chaves, sendo três da Secretaria Estadual de Saúde, dois do Tribunal de Contas, um do Ministério Público, cinco conselheiros do Conselho Estadual de Saúde, um representante do Sindicato dos Médicos e dois da Frente Pernambucana contra a Privatização na Saúde. Concluiu-se que a prática do exercício permanente da *accountability* no controle social é importante para elevar a governança na medida em que se amplia a confiança mútua entre Estado e sociedade. No tocante ao papel técnico do controle social, é premissa eliminar qualquer barreira de acesso aos documentos, exigindo mais transparência, e ao mesmo tempo com linguagem clara e sólida. Em relação à função política, deve ser pautado pela independência crítica e liberdade na formulação e fiscalização das políticas públicas. E cabe a Gestão respeitar esses espaços de consulta e de deliberação popular. Por fim, há uma linha de concordância de que o papel ideológico e corporativo prejudica a função do conselho de discutir a política pública, fiscalizá-la e deliberá-la, ficando, por exemplo, o debate sobre o controle de prestação de contas das Organizações Sociais em Saúde em segundo plano.

**Palavras-chaves:** Organização Social. Regulação e Fiscalização em Saúde. Participação Social. Política de Saúde. Gestão em Saúde.

PACHECO, Hélder Freire. The role of social in the **Accountability of Social Organizations of the State of Pernambuco**: perception of actors. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

### **ABSTRACT**

Social control, which is exercised by citizens directly or by organized civil society, is fit as external control mode, and is considered an inserted institution accountability of public administration, including the Social Organizations in Health. It is known that popular participation is an essential element to ensure more transparency and give effect to the Brazilian democracy. The study analyzes the perception of the actors on the role of social control in the accountability of social organizations in health (OSS) in the State of Pernambuco. This is an exploratory cross-sectional, qualitative approach. They interviewed 14 key players, three of the Department of Health, two Court of Auditors, a public prosecutor, five directors of the State Health Council, a representative of the Union of Doctors and two of Pernambuco Front Against Privatization in Health. It was concluded that the practice of permanent accountability exercise in social control is important to raise the governance in that it expands the mutual trust between state and society. Regarding the technical role of social control, the premise eliminate any barrier of access to documents by requiring more transparency, and at the same time with clear and strong language. Regarding the political function, it must be guided by the critical independence and freedom in the formulation and monitoring of public policies. And it is up to management to respect these spaces for consultation and popular deliberation. Finally, there is a line of agreement that the ideological and corporate role impairs the function of the Board to discuss public policy, supervise it and act it, getting, for example, the debate on the accountability Control of Organizations social Health in the background.

**Keywords:** Social Organization. Regulation and Supervision in Health. Social Participation. Health Policy. Health Management.



## LISTA DE ABREVISTATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGP	Administração Pública Gerencial
CDRE	Comissão Diretora de Reforma do Estado
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CLAD	Centro Latino Americano de Administração
FPPS	Frente Pernambucana Contra a Privatização na Saúde
GE	Governo Empreendedor
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério de Administração de Reforma do Estado
MGP	Movimento de Governança Pública
NGP	Nova Gestão Pública
MPE	Ministério Público Estadual
OS	Organização Social
OSS	Organização Social em Saúde
OSSs	Organizações Sociais em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
SES	Secretaria Estadual de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas de Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	13
2.1	Relevância Política	13
2.2	Relevância Acadêmica	13
2.3	Relevância Social	13
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	14
3.1	Reforma de Estado	14
3.2	Da Administração Pública Burocrática à Gerencial	19
3.3	Organizações Sociais em Saúde	22
3.4	Accountability: Conceitos e Mecanismos	25
3.5	Controle Social	36
<b>4</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>	43
4.1	Objetivos Específicos	43
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b>	44
5.1	Tipo de estudo	44
5.2	Área de estudo	44
5.3	Coleta e análise dos dados	45
5.4	Limitação do método	47
5.5	Considerações éticas	47
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	48
6.1	Papel Técnico do Controle Social	49
6.2	Prioridade do Papel Político	61
6.3	Existência do Papel Ideológico e Corporativo	71
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	80
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	84
	<b>REFERÊNCIAS</b>	86
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	98
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista</b>	99
	<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	100

## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto de dissertação tem como proposta analisar a percepção dos atores quanto ao papel do controle social na accountability das organizações sociais em saúde (OSSs) no Estado de Pernambuco.

As Organizações Sociais (OS) surgem na década de noventa no Brasil, a partir do contexto quanto ao debate sobre a necessidade de uma dada reestruturação do Estado representada pelo Plano Diretor de Reformado Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) do governo FHC (1995-2002). Na área da saúde, uma das questões centrais do debate diz respeito à implantação de novas formas de gestão e provisão dos serviços públicos (BARBOSA; ELIAS, 2010). Nesse contexto, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, defendia a substituição paulatina das funções de financiamento e provisão de serviços para a função de regulação da produção, especialmente nas organizações complexas, a exemplo de hospitais, que passariam a ser operados por organismos públicos não estatais, as OS, limitando a produção estatal aos serviços essenciais.

As OS tornam-se as principais instituições de redefinição do tamanho do Estado – “ou seja, a execução de atividades antes consideradas de caráter estatal passa a ser realizada por instituições sem fins lucrativos” (CARNEIRO Jr; ELIAS, 2003) –, marcando o início da efetiva participação de novos atores sociais na prestação de serviços à sociedade.

No âmbito federal, as OS foram criadas por meio da Medida Provisória nº 1.591, de nove de outubro de 1997, que posteriormente foi regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A partir desse modelo, muitos outros estados da Federação também implantaram. No caso do Estado de Pernambuco, a delegação dos serviços de saúde do governo do estado as OSS exigiu Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que instituiu a possibilidade de qualificação de organizações sem fins lucrativos como OSSs (PERNAMBUCO, 2000).

Em 2007 a ideia em repassar novos serviços de saúde para as OSSs começa a ter força, e a partir de 2009, a delegação das atividades-fim em saúde para OS possibilitou ao governo de Pernambuco a rápida operacionalização dos novos hospitais e a ampliação do número de equipamentos e serviços oferecidos à população. O Hospital Miguel Arraes foi o primeiro serviço inaugurado a ser repassado à gestão das OSSs. Atualmente, segundo a secretaria estadual de saúde de Pernambuco, estão sob contrato de gestão com OSSs: sete hospitais, sendo três metropolitanos e quatro no interior do estado, 17 Unidades de pronto atendimento (UPAS), e cinco Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPA-E) (PERNAMBUCO, 2014).

Diante dessa conjuntura, a imprescindibilidade dos mecanismos da *accountability* dessas entidades se fará segundo mecanismos de controle finalístico, em contraposição ao controle processualístico predominante para a Administração Pública, sendo objeto de fiscalização pela sociedade, por meio das instâncias colegiadas, e pelo Estado, seja pela sua participação nos mesmos conselhos, seja por meio dos órgãos do núcleo estratégico a que se vinculem, das comissões especiais, do Tribunal de Contas, sem prejuízo da competência das demais instituições de controle (PIRES, 1998).

No que consta sobre o conceito do termo *accountability*, na sua acepção original, diz respeito “al cumplimiento de una obligación del funcionario público de rendir cuentas, sea a um organismo de control, al parlamento o a la sociedad misma” (CONSELHO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO, 2000). Essa obrigatoriedade é inerente à palavra, e todo agente público deve estar ciente dessa obrigação – trata-se de um valor metapolítico. Por isso, a análise da *accountability* envolve o estudo dos diferentes mecanismos institucionais de responsabilização. Embora haja diversas traduções do termo *accountability* e este venha ganhando força no Brasil e também na América Latina se constata a falta de um vocábulo nesses locais, que consiga expressar todo o seu significado.

Quanto aos mecanismos da *accountability*, que possibilita o acompanhamento das atribuições, responsabilidades e obrigações das OSSs, inúmeros instrumentos

são estabelecidos, sendo o contrato de gestão o principal deles, mas também há o relatório financeiro, de atividades, de execução e de desempenho. Uma vez estabelecidos os parâmetros, o controle sobre as OSSs ocorre a partir do acompanhamento e da avaliação dos resultados obtidos pela entidade, que são comparados com o que foi previamente acordado no contrato de gestão, o que configura a “responsabilização pelo controle de resultados” (FERREIRA, 1999)

Por fim, o controle social, que é exercido pelo cidadão diretamente ou pela sociedade civil organizada, se enquadra como modalidade de controle externo no exercício da accountability, sendo o controle realizado por alguém que não se encontra inserido na estrutura do órgão controlado (AGUIAR, 2011).

Justen Filho (2006) considera a participação popular como um novo elemento que pode garantir mais transparência e dar efetividade à democracia brasileira, acrescentando que:

O controle da atividade administrativa depende de instrumentos jurídicos adequados e satisfatórios. Mas nenhum instituto jurídico formal será satisfatório sem a participação popular. A democracia é a solução mais eficiente para o controle do exercício do poder. A omissão individual em participar dos processos de controle do poder político acarreta a ampliação do arbítrio governamental.

Portanto, a questão que norteia este trabalho e no qual este buscará responder é a seguinte: qual a percepção dos atores seja dos organismos de controle interno e externo, sobre o papel do controle social na accountability das Organizações Sociais de saúde no Estado de Pernambuco?

A partir desse problema, alguns pressupostos foram considerados, como; o controle social tem um papel incipiente na regulação e fiscalização das OSS; Os principais obstáculos para o controle social tem sido ainda a politização das discussões, falta de transparência por parte do Estado na disponibilidade das informações, burocratização das atividades e lentidão das respostas, o que diminui o cumprimento eficaz do seu papel na Accountability; e limitada capacidade técnica dos Conselhos de Saúde quanto aos mecanismos da Accountability das OSS, o que enfraquece seu poder garantido constitucionalmente pelo controle social.

## **2 JUSTIFICATIVA**

### **2.1 Relevância Política**

O interesse de realizar um estudo através do fomento à discussão sobre o papel do controle social quanto à *accountability* no tocante ao modelo de gestão das OSSs no Estado de Pernambuco, principalmente no que tange às funções primordiais de responsabilização, controle e regulação inerentes à administração pública, evidenciando a importância de conhecer a percepção dos atores diante desse panorama.

### **2.2 Relevância Acadêmica**

Vale destacar que, embora haja inúmeros estudos sobre OSSs, a maioria dos trabalhos concentra-se na questão da melhoria do desempenho na provisão dos serviços. É limitado ainda pesquisas que busque entender as OSSs pelo prisma da *accountability*, principalmente na análise do comportamento do controle social nesta temática a partir da percepção de atores da gestão pública e da sociedade. Assim, o estudo pretendeu contribuir para o firmamento do tema.

### **2.3 Relevância Social**

É inegável que a *accountability* sobre o poder público tem efeitos importantes, pois a responsabilização reduz as chances de erros dos governantes, corrigindo tais equívocos e, em última análise, levar à punição dos responsáveis. Trata-se aqui de um aperfeiçoamento cívico contínuo da sociedade como um todo, sendo esta a grande contribuição social do estudo.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Reforma de Estado

A crise do modelo tradicional de administração pública aconteceu dentro de um contexto de crise do Estado Fordista e teve como consequência a redefinição do seu papel a partir da crise estrutural que abateu o mundo em meados da década de 70. As crises do petróleo e dos juros das dívidas públicas são eventos que marcam essa trajetória. Alguns autores associam essa crise ao modelo burocrático Weberiano adotado na gestão pública. Apesar do debate em torno da fragilidade dessa tese, o antigo modelo de intervenção estatal entrou em choque, quando a grande crise econômica mundial pôs fim à “era dourada” (BRESSER-PEREIRA, 1997).

O Estado Fordista que naquela época começava a apresentar sinais de esgotamento tinha três dimensões: econômica, social e administrativa. A econômica era a dimensão Keynesiana, caracterizada pela ativa intervenção estatal, com vistas a garantir o pleno emprego e atuar em setores estratégicos para o desenvolvimento nacional. O *Welfare State* correspondia à dimensão social, tendo como principal objetivo a produção de políticas públicas de proteção social. E, por último, havia o chamado modelo burocrático Weberiano, correspondendo ao aparato governamental tradicional montado sobre rígido comando e controle hierárquico (ABRÚCIO, 2001).

Fatores importantes contribuíram para a crise do Estado montado no pós-guerra, dentre eles destacam-se a crise econômica mundial, a crise fiscal, a qual enfraqueceu os alicerces do antigo modelo do Estado, acarretando na revolta dos *tax payers* (contribuintes) nos EUA e na Grã-Bretanha, além da globalização que transformou a lógica da economia (BRESSER-PEREIRA, 1997).

A crise fiscal corresponde à incapacidade dos governos de financiarem suas atividades. Os Estados, premidos pelo déficit já criado para financiar seus investimentos, com a pressão para reduzi-lo e a impossibilidade de aumentar os tributos, tinham como saída o corte nos investimentos. A consequência foi o enfraquecimento das capacidades estatais para implementar políticas públicas em

prol do crescimento econômico, levando à estagnação da economia (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Os investimentos na área social também estavam comprometidos, colocando em xeque o consenso social que sustentara o Welfare State. Além da redução da capacidade de investimento, o Estado foi afetado pela globalização e o aumento do poder financeiro empresarial, resultou na perda de parcela significativa do poder dos Estados nacionais de ditar políticas macroeconômicas (ABRUCIO, 2001).

Na administração pública, ocorreram dois efeitos decorrentes da crise do Estado: redução dos gastos com pessoal e necessidade de aumentar a eficiência governamental, o que implicava em uma modificação profunda do modelo da administração pública tradicional. Foi nesse contexto de escassez de recursos públicos, enfraquecimento do poder estatal sob as finanças globais e de avanço de uma ideologia privatizante que a gestão pública entrou em profunda crise, entretanto, esse processo não ocorreu na mesma forma nos diversos países (ABRÚCIO, 2001).

Os projetos de reforma do aparelho do Estado foram orientados predominantemente por valores como os da eficiência e da qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações, como resultado da influência do movimento gerencialista ocorrido na Europa e nos Estados Unidos, atingindo também a América Latina. Vale ressaltar que o gerencialismo surgiu durante a década de 80 principalmente na Inglaterra, sob o governo de Margareth Thatcher e nos Estados Unidos, na era Reagan. Pode-se dizer que o catalisador político de tal processo foi representado pela chegada destes conservadores ao poder, tendo como resposta principal a proposição de um Estado mínimo e de uma administração gerencial pura, nos moldes do setor privado (ALMEIDA, 1999).

Celina Souza (1999) revisando o processo da reforma do Estado identifica que ela se deu em dois estágios. O primeiro estágio das reformas, também chamado de primeira geração, ocorreu principalmente nos países desenvolvidos, pautado pela



implementação de medidas de ajuste fiscal, abertura dos mercados, desregulamentação e privatização. Cumprido o primeiro estágio de reformas, os países em desenvolvimento iniciaram o segundo estágio (ou segunda geração), pautado, pela tentativa de construção e reconstrução de suas capacidades administrativas e institucionais, incluindo a reforma do serviço público.

Santos (2000), ao fazer uma abordagem analítica sobre a reforma do Estado, salienta que há dois paradigmas de transformação social da modernidade, a revolução, contra o Estado, e o reformismo, realizado pelo Estado, o qual é a solução do problema, o sujeito da reforma, e a sociedade o seu objeto. Para ele, na atualidade, o Estado é o problemático e objeto de reforma, ocorrendo uma crise do reformismo. Durante o reformismo, o Estado foi a arena política onde o capitalismo procurou realizar todas as suas potencialidades por via do reconhecimento dos seus limites e a forma política mais acabada do reformismo foi o Estado-Providência nos países centrais do sistema mundial e o Estado desenvolvimentista nos países semiperiféricos e periféricos.

Desde a década de 80 há uma crise do reformismo, pois seus pressupostos foram postos em causa com o capitalismo global e o seu braço político, o Consenso de Washington, que faz emergir o Estado fraco só ao nível das estratégias de hegemonia e de confiança, pois ao nível da estratégia de acumulação é mais forte do que nunca, uma vez que passa a competir a ele gerir e legitimar no espaço nacional as exigências do capitalismo global. Para ele “não se trata, pois, da crise do Estado em geral, mas de um certo tipo de Estado”, onde é construído um outro Estado forte, sintonizado com o capitalismo global, capaz de submeter todas as interdependências à lógica mercantil (SANTOS, 2000).

Ainda segundo Santos (2000), o fim do reformismo determinou o início do movimento para a reforma do Estado, cuja primeira fase é a do Estado irresponsável, mínimo, com o ideário de que “o Estado é inerentemente ineficaz, parasitário e predador, por isso a única reforma possível e legítima consiste em reduzir o Estado ao mínimo necessário ao funcionamento do mercado”. Neste momento distingue-se então entre as funções que são exclusivas do Estado das que

o Estado foi tomando por usurpação ou concorrência de outras instâncias não estatais de regulação social, com a implicação de que o Estado deve ser confinado às suas funções exclusivas.

Contudo é importante destacar a visão de Montaño (2002), que não faz diferenciação entre a primeira e segunda fase da reforma do Estado. Para ele, a reforma do Estado, como regra, é neoliberal, utilizada como uma das formas de reestruturação geral do capital, uma reforma não apenas política e técnica, mas também econômica, cuja função é ampliar a acumulação capitalista. Para ele a reforma do Estado está articulada com o projeto de liberar, desimpedir e desregular a acumulação de capital, retirando a legitimação sistêmica e o controle social da lógica democrática e passando a lógica da concorrência do mercado. Na verdade uma contrarreforma, operada pela hegemonia neoliberal, que procura reverter as reformas desenvolvidas historicamente por pressão e lutas sociais e dos trabalhadores.

No que se refere ao processo de Reforma de Estado na América Latina, os ajustes macroeconômicos dos anos 80 induziram sérios e desconcertantes efeitos de longo prazo na estrutura e financiamento do setor público, além de que os reformadores deram pouca atenção à reestruturação administrativa sem combater a deterioração dos recursos do setor público. Assim, a questão central na agenda pública dos anos 90 para a região é como reconstruir a capacidade do Estado ao tempo em que o reestrutura a fim de implementar as políticas de reformas necessárias ao enfrentamento dos problemas exacerbados na década anterior (FANELLI, 1992).

No Brasil, a primeira onda de reforma gerencialista ocorreu no Governo Fernando Collor de Melo, e manteve-se com Fernando Henrique Cardoso nos seus dois mandatos. Os temas da agenda política da Reforma incluíam: a) ajuste fiscal, com redução do gasto público; b) reformas econômicas orientadas para o mercado, com ênfase na privatização de empresas estatais; c) reforma da previdência social; d) reforma do aparelho do Estado, com maior capacidade de governo ou governança (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Nessa perspectiva, em 1995, foi criado o MARE, responsável pela elaboração da proposta de Reforma, cujo titular era Luiz Carlos Bresser Pereira. O PDRAE tinha as seguintes diretrizes:

- Descentralização e desconcentração – implica a destinação de órgãos estatais para o setor público não estatal e/ou para outras instâncias governamentais;
- Distinção dos órgãos estatais e não estatais para formulação e/ou execução de políticas públicas;
- Desregulamentação das normas, procedimentos e rotinas da burocracia estatal vigente, especialmente dos vinculados à contratação de pessoal e à compra de materiais;
- Adoção de nova política de recursos humanos que permita avaliação de produtividade e de prestação de serviços voltados para a satisfação dos usuários;
- Implantação de mecanismos voltados para a avaliação e controle de resultados, através de “contrato de gestão” a ser firmado entre o aparelho estatal e uma instituição responsável pela função pública (BRASIL, 1998, p. 45).

De acordo com esse Plano Diretor, duas estratégias serviram de suporte às diretrizes acima citadas: o fortalecimento da burocracia no núcleo estratégico do Estado, possibilitando-o maior capacidade de formular políticas e de controlar e avaliar sua implementação e a reforma gerencial, direcionada para a descentralização da prestação de serviços por parte do Estado e para a aplicação de novas formas de gestão que possibilitem maior eficiência e qualidade no atendimento ao cidadão (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003).

O Plano Diretor foi fundamentado no modelo de administração gerencial que orienta a publicização dos serviços de saúde, uma vez que estes não executam atividades exclusivas do Estado e devem ser submetidos às forças concorrenciais do mercado. Pretendia-se, com isso, flexibilizar e dar autonomia a uma parte das instituições públicas, que passariam à condição jurídica de organismos públicos de direito privado, com funcionamento baseado em contratos de gestão na forma de uma nova natureza jurídica, as organizações sociais (BRASIL, 1995).

Para Santos (2005), portanto, a Reforma do Estado, do final dos anos 90, cuidou somente de retirar do Estado atividades consideradas não exclusivas e transpassa-las para o terceiro setor, principalmente as da área da saúde, sem, contudo, trazer para si a discussão de uma reforma administrativa que buscasse

melhorar o emperramento da máquina pública, com alargamento dos horizontes de sua gestão, sobretudo na regulação pública.

### **3.2 Da Administração Pública Burocrática à Gerencial**

Segundo Bobbio (2004), o termo "burocracia" foi empregado pela primeira vez no século XVIII, por Vincent de GOURNAY, e designava "o poder do corpo de funcionários e empregados da administração estatal, incumbido de funções especializadas sob a monarquia absoluta e dependente do soberano", ou seja, tinha "forte conotação negativa". Também negativa a concepção marxista de burocracia, principalmente dos seguidores de MARX, sobre a organização burocrática do partido. No decorrer do século XIX, se forma outra concepção de burocracia, que emprega um sentido técnico e não polêmico, que são estudos jurídicos e administrativos.

Quanto a essa nova concepção, inúmeros significados serão descritos. Chiavenato (1983) alerta que o conceito popular de burocracia é de uma organização onde o papelório se multiplica e se avoluma, impedindo soluções rápidas ou eficientes, e também no sentido de apego dos funcionários aos regulamentos e rotinas, causando ineficiência. Contudo, para Weber (2004), o conceito de burocracia é justamente o contrário, pois seria a organização eficiente por excelência.

Segundo Cohn (1993), para Weber, a burocracia é a forma moderna por excelência, e a mais eficaz de todas, de se alcançarem objetivos pré-fixados mediante a organização de tarefas coletivas. O burocrata, eficiente, discreto, frio, conhece os segredos da gestão dos negócios rotineiros e sabe escondê-los quando lhe convêm. O aparato é imprescindível para a ação política em sociedades complexas e de grande escala, e a questão não é eliminá-la, mas impedir que ela ganhe proeminência no jogo político, ou seja, assegurar o controle político da burocracia, e não o inverso.

Weber (2004) ainda diz que a administração puramente burocrática considerada do ponto de vista formal é, segundo toda a experiência, a forma mais

racional de exercício de dominação, porque nela se alcança tecnicamente o máximo de rendimento em virtude de precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiabilidade, isto é, calculabilidade, tanto para o senhor quanto para os demais interessados. Enfim, para o autor, a burocracia significa dominação através do conhecimento, e este é o seu caráter fundamental especificamente racional.

O modelo burocrático tinha como um de seus princípios atacar os efeitos negativos do nepotismo sobre as organizações e outras esferas de vida que dominavam o modelo patrimonialista. Um exemplo disso era que o modelo burocrático pregava a criação de uma hierarquia de competências com base na meritocracia. Outras características do modelo, que vão fazer frente ao modelo patrimonialista são a separação entre propriedade pública e privada, o trabalho remunerado, a divisão racional das tarefas e a separação dos ambientes de vida e de trabalho (SECCHI, 2009).

Entretanto, as críticas ao modelo organizacional burocrático foram muitas e, principalmente após a II Guerra Mundial, surge uma onda de confrontação a partir do surgimento do gerencialismo, que irá destacar os efeitos negativos da burocracia, no que se convencionou chamar disfunções burocráticas, como: impacto da prescrição estrita de tarefas sobre a motivação dos empregados, resistência às mudanças, e desvirtuamento de objetivos, provocado pela obediência acrítica às normas (BRESSER-PEREIRA, 2004).

A disseminação das ideias de Reforma do Estado, a partir da década de 80, nos países desenvolvidos, e na década de 90, no Brasil, alardeava que o modelo da administração pública vigente não era mais capaz de atender às novas demandas da sociedade. A partir disso, se propagou com força um novo paradigma gerencial que trouxe para a gestão pública alguns princípios típicos da gestão privada, como: eficiência, eficácia e produtividade (VIOLIN, 2007).

Dois modelos organizacionais e um paradigma relacional foram apresentados como alternativas ao modelo burocrático. A Administração Pública Gerencial (AGP) e o Governo Empreendedor (GE) são modelos organizacionais que incorporam

prescrições para a melhora da efetividade da gestão das organizações públicas. O movimento da governança pública (MGP) se traduz em um paradigma relacional porque oferece uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo (SECCHI, 2009).

Para Abrúcio (2006), a preocupação central da Nova Gestão Pública (NGP) consistia na combinação entre a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública. O autor ressalta que para concretizar os objetivos da NGP, três mecanismos seriam necessários:

- a) A adoção de uma administração pública voltada para resultados, baseada em mecanismos de contratualidade da gestão, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores, e apoiada na transparência das ações governamentais, possibilitando o controle maior dos cidadãos e o uso de outros instrumentos da accountability.
- b) A contratualidade supõe, ademais, a existência de uma pluralidade de provedores de serviços públicos. Desse modo, é possível estabelecer formas contratuais de gestão em estruturas estatais e entes públicos não estatais.
- c) Por fim, a combinação entre a flexibilização da gestão burocrática e o aumento da responsabilização da administração pública será mais bem-sucedida caso funcionem adequadamente os mecanismos institucionais de controle.

As ideologias da NGP chegaram ao Brasil, por volta de 1995, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, quando então foi criado o MARE, sob o comando do Ministro Bresser Pereira, e proposto o PDRAE, o qual apresentou um diagnóstico da administração pública federal, pautado nos fundamentos da NGP, idealizando o fim das idéias de burocracia de Max Weber e a implantação da Administração Gerencial (SECCHI, 2009).

O discurso da administração gerencial, nos termos do "Plano Diretor", pauta-se na necessidade de redução de custos, a melhoria na qualidade e eficiência dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário, com um rompimento com a administração burocrática. Não nega todos os princípios da burocracia, pois conserva alguns, flexibilizando-os, como a admissão por concurso público, sistema estruturado e universal de remunerações, carreiras, avaliações de desempenho, treinamento sistemático. A diferença fundamental é a forma de controle: deixa de se basear nos processos para se concentrar nos resultados (controle *a posteriori*). O

interesse público não é mais o interesse do Estado, mas o da coletividade (VIOLIN, 2007).

Para Bresser-Pereira (1998), a Administração Pública gerencial deve ser construída sobre a burocrática, aproveitando suas conquistas, seus aspectos positivos, eliminando o que já não serve. Entende que deve haver a transição de uma Administração Pública burocrática, lenta e ineficiente, para uma gerencial, descentralizada, eficiente, voltada para o atendimento do cidadão.

### **3.3 Organizações Sociais em Saúde: Contexto Brasileiro e Pernambucano**

O “Plano Diretor” define que deve haver a publicização dos serviços não exclusivos, uma transferência do setor estatal para o público não estatal, onde assumirão a forma de OS. Isso permitiria a descentralização dessas atividades, nas quais não existe o exercício do poder do Estado, realizando-os com mais eficiência, com financiamento estatal. As entidades teriam autonomia, nos termos do contrato de gestão firmado com o Estado, e seria dada prioridade para os hospitais, universidades, escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus, transformarem-se em OS.

As OS foram criadas pelo Governo de Fernando Henrique Cardoso, idealizadas pelo então Ministro Bresser Pereira, e seguiram o modelo das organizações chamadas “**quangos**” (quasi non-governmental organizations), do Reino Unido, difundidas no Governo de Margaret Thatcher (FERREIRA, 1999).

No contexto brasileiro, o Plano Diretor defendia a substituição paulatina das funções de financiamento e provisão de serviços para a função de regulação da produção, especialmente em organizações complexas, como os hospitais. Estes passariam a ser geridos por entes sem fins lucrativos, de natureza jurídica de direito privado, as chamadas OS, limitando a produção estatal aos serviços básicos.

Não há dúvida de que as OS prestam atividades que refletem o interesse público. Porém, a presença de interesse público não é suficiente para a

caracterização da atividade como de natureza jurídica pública, pois nesse caso seria atribuição do Estado exercer diretamente o serviço, com o objetivo de satisfazer concretamente as necessidades coletivas, sob-regime jurídico total ou parcialmente público. No que tange as OS, além da execução do serviço, teriam que se submeter ao regime administrativo previsto, nos Estados-membros, por leis estaduais, portanto, pessoas jurídicas de direito público (SILVA, 2006).

De acordo com o Plano Diretor:

As Organizações Sociais em Saúde (OSSs) são definidas como entidades de interesse e de utilidade pública, associação sem fins lucrativos, surgidas da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, nas atividades de ensino, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio-ambiente. (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 60)

Segundo Carneiro e Elias (2003), as OSSs tornam-se as principais instituições de redefinição do tamanho do Estado, executando atividades antes consideradas de caráter estatal, o que marca o início da efetiva participação de novos atores sociais na prestação de serviços à sociedade.

Em Pernambuco, a Reforma do Aparelho do Estado ganhou impulso e integrou o programa de governo do candidato eleito, Jarbas Vasconcelos, em 1998. O processo de Reforma do Estado de Pernambuco, deflagrado no primeiro ano do Governo Jarbas e inspirado no Governo Federal teve como marco inicial a Lei nº 11.629/99, que alterou a estrutura organizacional do Poder Executivo, reduziu o número de secretarias e dispôs sobre as competências das mesmas, extinguiu e fundiu entidades da administração indireta, criou o Programa Estadual de Desestatização e instituiu a Comissão Diretora de Reforma do Estado (CDRE) (LEITE, 2014).

A CDRE foi instituída para administrar o Programa Estadual de Desestatização. Pode-se dizer que a realização da Reforma do Estado, de 1999 a 2002, envolveu a execução de um conjunto de programas e dos seus respectivos projetos em quatro grandes áreas: ajuste fiscal, desestatização, modernização administrativa e valorização do servidor (MELO, 2012).



O PDRAE de Pernambuco foi formalizado por meio da Resolução nº 02/2000 e apresentou como baliza a realização do ajuste fiscal, a fim de alcançar o equilíbrio entre receita e despesa. Em 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) tornou permanente a preocupação com a dimensão fiscal do planejamento no Estado, consubstanciada na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (BRASIL, 2000).

O processo de elaboração de um projeto de reforma do aparelho estatal em Pernambuco que teve início no governo Jarbas Vasconcelos (1999-2007), ocorreu a partir da premissa de que não havia recursos públicos suficientes para atender à expansão de serviços dentro dos padrões de gestão e produção então prevalentes. Assim, foi necessário fomentar o desenvolvimento de redes hospitalares filantrópicas e públicas não estatais, objetivando criar entidades com capacidade de gestão e execução, que pudessem vir a assumir a assistência à saúde, mediante contratualização e responsabilidade na prestação direta dos serviços (LEITE, 2014).

Entretanto, ainda segundo Leite (2014), só no período 2007-2010 foi que o então candidato Eduardo Campos, em seu programa de governo, apontou que um novo modelo de gestão precisava ser construído, orientado por três eixos: o da organização gerencial, o da democratização da relação com servidores públicos, e o do sistema de controle das funções estatais. Assim, em 2009 o Estado define, na prática, como prioridade, a transferência da gestão de novas unidades hospitalares às OSSs.

Em 2009, o governo inicia o repasse de novos serviços de saúde para as OSSs. A gestão estadual tinha como principais objetivos orientar as ações estatais para maior eficiência e qualidade dos serviços prestados, com foco na flexibilidade gerencial, como também dar rapidez à operacionalização dos novos hospitais e à ampliação do número de equipamentos e serviços oferecidos à população (SANTOS *et al.*, 2014).

O Hospital Miguel Arraes foi o primeiro serviço inaugurado a ser repassado à gestão das OSSs, sendo estabelecido o primeiro contrato de gestão. Em dezembro

de 2014, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco informou em seu site, que sete hospitais estão sob contrato de gestão com OSSs, sendo três metropolitanos e quatro no interior do Estado, 17 Unidades de Pronto Atendimento (Upas), e cinco Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPA-E), totalizando 29 unidades. (PERNAMBUCO, 2014)

Portanto, as OSSs têm conquistado espaços nos novos arranjos institucionais que vêm sendo formulados em diversos Estados da federação, no intuito de garantir melhores resultados dos sistemas de saúde. Mudanças na forma de prover serviços, transferência de gestão com ênfase na coordenação e governança dos sistemas de saúde, principalmente de organizações complexas como os hospitais públicos de média e alta complexidade, os quais são alvo dessas reformas. Novos serviços e programas também têm sido implementados na busca de suprir lacunas existentes e vazios assistenciais no SUS dentro desse novo paradigma da administração pública (MELO, 2012).

Alcoforado e Moraes (2009), afirmam que o discurso de justificação desse processo centrou-se nos ganhos de qualidade e eficiência dos serviços públicos transferidos, na otimização dos recursos públicos e na avaliação de desempenho, no qual o Estado exercendo um controle estratégico sobre essas instituições, justamente por meio dos contratos de gestão, já que estas fixam os resultados a serem alcançados com fins de cumprir os objetivos das políticas públicas.

### **3.4 Accountability: Conceitos e Mecanismos**

O conceito de *accountability* vem se tornando largamente empregado nas ciências sociais. A extensa produção acadêmica acerca do tema – tanto na tradição anglo-saxônica como, mais recentemente, na literatura de língua portuguesa – nos últimos anos é uma constatação de sua importância. A ideia de *accountability* está presente hoje em diversas áreas das ciências sociais: desde a administração de empresas até a educação, passando pela administração pública e a ciência política (CENEVIVA, 2007).

O termo *accountability* foi conceituado no Brasil pela primeira vez, pela autora Anna Maria Campos, que antes de descrevê-lo, expôs sua angústia sobre a ausência do conceito e, conseqüentemente, de uma palavra que, no dicionário da língua portuguesa, traduzisse com perfeição o significado de *accountability*. Na oportunidade, a estudiosa indicou que a possibilidade de tornar a administração pública brasileira *accountable* estava diretamente relacionada às chances das seguintes ocorrências, as quais, como podem ser verificadas, guardam certa interdependência e estão diretamente relacionadas à democracia: a) organização dos cidadãos para exercer o controle político do governo; b) descentralização e transparência do aparato governamental; e c) substituição de valores tradicionais por valores sociais emergentes (CAMPOS, 1990).

Tendo em vista que em muitos trabalhos acerca de *accountability* são observadas referências sobre a dificuldade de traduzir o mencionado termo, adota-se o pressuposto de que não existe mesmo uma palavra única que o expresse em português. O que se percebe são “traduções” diferentes para o termo por parte de vários autores, ainda que os termos produzidos possam estar próximos ou convergentes. Desse modo, julgou-se importante, assim como fez Campos, buscar, inicialmente, o significado da *accountability* a partir do que está exposto em dicionários da língua na qual ela se originou, a inglesa, para, em seguida, verificar sua tradução em dicionários do tipo “inglês-português” (PINHO; SACRAMENTO, 2009).

De acordo com o descrito no *Oxford, advanced learner's dictionary* (1978): “Accountable: responsible for your decisions or actions and expected to explain them when you are asked”, ou seja, seria a responsabilidade em tomar decisões e explicá-las. Vale ressaltar que nessa fonte não se encontra uma explicação direta do que *accountability* representa. No *Merriam-Webster's collegiate dictionary* (1996): “Accountability: the quality or state of being accountable; an obligation or willingness to accept responsibility or to account for one's actions”, sendo, portanto, a qualidade ou estado de ser responsável; uma obrigação ou vontade de aceitar a responsabilidade ou a conta por suas ações.

Verifica-se, pois, que a ideia contida na palavra *accountability* traz implicitamente a responsabilização pessoal pelos atos praticados e explicitamente a exigente prontidão para a prestação de contas, seja no âmbito público ou no privado. Constatou-se ainda quão antiga é essa palavra nesse idioma, pois desde 1794 ela consta no dicionário. Em outras palavras, se na realidade brasileira esse termo não tem existência no final do século XX, na realidade inglesa do final do século XVIII ele aparece. Especulando, podemos associar o aparecimento do termo na realidade inglesa com a emergência do capitalismo e, portanto, da empresa capitalista a ser gerida de acordo com os parâmetros desse sistema e de uma moderna administração pública rompendo com os referenciais do patrimonialismo (PINHO; SACRAMENTO, 2009).

Nos dicionários de inglês-português, verifica-se que no *Michaelis dicionário prático* (1988:03), a palavra foi localizada apresentando o substantivo *responsabilidade* como seu correspondente no português. Para a tradução de *accountable*, o *Michaelis* indica três adjetivos: 1. Responsável; 2. Explicável; e 3. Justificável.

Pinho e Sacramento (2009) deixam claro que, de acordo com as fontes consultadas, não existe um termo único em português que defina a palavra *accountability*, havendo que trabalhar com uma forma composta. Buscando uma síntese, *accountability* encerra a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria a pena para o não cumprimento dessa diretiva.

A concepção da *accountability* construída por Schedler (1999) destaca três questões como necessárias para sua eficácia: informação, justificação e punição. Nessa concepção, as duas primeiras questões — informação e justificação — remetem-nos ao que o autor denomina de *answerability*, isto é, a obrigação dos detentores de mandatos públicos informarem, explicarem e responderem pelos seus atos. A última — punição — diz respeito à capacidade de *enforcement*, ou seja, a capacidade das agências de impor sanções e perda de poder para aqueles que

violarem os deveres públicos. Ainda de acordo com esse autor, exercícios de *accountability* que expõem delitos sem a imposição de penalidades aparecerão como fracas e diminuídas formas de *accountability*.

O'Donnell (1998) enxerga a *accountability* como bidimensional, classificando de acordo com o lugar ocupado pelos atores que participam do processo, sendo, nesse caso, as dimensões denominadas vertical e horizontal. No caso da dimensão vertical, esta teria nas eleições seu principal instrumento, tendo ações realizadas individualmente e/ou coletivamente, com referência aos que, eleitos ou não, exercem posições em instituições do Estado. Já a dimensão horizontal, que compreende o “velho tema da divisão dos poderes e dos controles e equilíbrios entre eles”, seria representados por agências estatais possuidoras de direito, disposição e capacidade para realizar ações, que vão desde a supervisão de rotina e sanções legais ou até o *impeachment* contra ações ou omissões de outros agentes ou agências do Estado que possam ser qualificadas como delituosas.

Ainda segundo O'Donnell (1998), destacam-se como principais integrantes da primeira dimensão, segundo o autor, as eleições, as reivindicações sociais livremente proferidas e a atuação da mídia divulgando tais reivindicações — ao menos as mais visíveis — e os atos supostamente ilícitos de autoridades públicas. E, como mecanismos da segunda dimensão, as instituições clássicas das poliarquias, a saber: o Executivo, o Legislativo, o Judiciário, as agências de supervisão e as instâncias responsáveis pela fiscalização das prestações de contas. Conclui-se, portanto, que, na concepção desse autor, enquanto a dimensão vertical pressupõe uma ação entre desiguais — cidadãos *versus* representantes — a dimensão horizontal pressupõe uma relação entre iguais-checks *and balances* entre os poderes constituídos.

Para Mainwaring (2003), os mecanismos da *accountability* podem ser diferenciados com base em sua capacidade institucionalizada de impor sanções direta ou indiretamente. Assim, de acordo com o autor, a *accountability* não pode se limitar à exigência de justificação ou prestação de contas, mas envolve inevitavelmente alguma forma de sanção, mesmo que de maneira indireta. Isto é,

mecanismos de *accountability* limitados a funções de monitoramento e fiscalização, mesmo não dispondo da capacidade de sancionar direta e formalmente burocratas e governantes, são incluídos no conjunto dos instrumentos de responsabilização desde que tenham em seu poder a possibilidade de acionamento de outras formas de sanção.

Segundo Mota (2006), o advento da constituição federal de 1988 assegurou o direito à impetração da denominada ação popular, instrumento fundamental para o exercício da *accountability*, uma vez que, além de viabilizar a defesa dos interesses públicos, destaca a possibilidade de o cidadão comum agir em defesa do interesse coletivo.

Sacramento (2004) destaca alguns fatos que merecem ser destacados como potencializadores do processo de *accountability*, como, a aprovação da Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); e a criação da Controladoria Geral da União (CGU), em abril de 2001. O primeiro instrumento impôs limites e condições para a gestão das receitas, despesas e quanto ao endividamento; exigiu a transparência das contas públicas e o planejamento como rotina na administração fiscal, bem como a responsabilização pelo seu descumprimento. No caso da CGU, com funções administrativas de controle, correição, prevenção e ouvidoria, disponibiliza, via internet, informações sobre os valores de repasses de recursos federais destinados às instâncias subnacionais. É oportuno lembrar que a CGU provoca a atuação de órgãos importantes para a realização da *accountability*, tais como os tribunais de contas e o Ministério Público.

No que se refere às ideias da chamada NGP, estas fizeram proliferar processos de mudança em diversos países, principalmente a fim de atacar dois males burocráticos: a ineficiência relacionada ao excesso de procedimentos e controles processuais, e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade. Para alcançar esses objetivos, sua proposta básica foi flexibilizar a administração pública e aumentar a *accountability* ou responsabilização

governamental. Inclusive, essa proposta ganha importância no “Plano Diretor” (CONSELHO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO, 2000).

Segundo o estudo do Conselho Latino Americano de Administração (2000), o desenvolvimento da democracia trouxe novas instituições que complementam o controle mútuo exercido entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, como o controle por resultados e por mecanismos de participação social. Em suma, os mecanismos de responsabilização podem ser divididos em quatro grupos: responsabilização pelo controle parlamentar; responsabilização pelo controle de procedimentos; responsabilização pelo controle social; e responsabilização pelo controle de resultados. Cada um desses mecanismos está relacionado com os responsáveis pelo controle.

A responsabilização pelo controle parlamentar consiste fundamentalmente no controle mútuo entre os Poderes Executivo e Legislativo, por exemplo, a submissão das nomeações realizadas pelo Executivo a importantes cargos públicos à aprovação do Legislativo, como a da presidência do Banco Central; O controle de procedimentos administrativos, por sua vez, corresponde àquele exercido pelos burocratas e tem como objetivo fazer com que as normas e os procedimentos legais sejam cumpridos, exercidos por organizações como os Tribunais de Contas, que realizam a auditoria formal das ações governamentais (ABRUCIO, 2006).

No tocante ao controle social, Abrucio (2006) cita como maior exemplo as eleições. Contudo, destaca outros espaços públicos que demandam esse controle de forma frequente, por exemplo, as audiências públicas e os conselhos gestores de políticas públicas. Por fim, a introdução da lógica de resultados muda o enfoque das políticas públicas dos procedimentos para os resultados, promovendo a flexibilidade na gestão das atividades e oferecendo um novo conjunto de informações para os cidadãos controlarem os governantes. Todos esses mecanismos de responsabilização são essenciais para a NGP, uma vez que a mudança no padrão de gestão não se dá apenas no plano interno em prol da maior eficiência gerencial, mas também passa pela construção de uma administração voltada aos cidadãos.

Ao analisar o modelo da accountability adotado através da ótica do agente-principal, no contexto da NGP, verifica-se a necessidade de forte presença do Estado na regulação e fiscalização, assim como desenho institucional adequado à operacionalização do modelo. Ou seja, o Estado tem a possibilidade real de obter resultados melhores comparativamente à estrutura de mercado, caso haja uma clara definição dos papéis de cada estrutura que compõe o modelo, mantendo-se um mecanismo de accountability efetivo (PRZEWORSKI, 1998).

As OS foram criadas tendo como base a combinação entre a flexibilização da gestão pública e o aumento da accountability governamental. Por meio de um contrato de gestão, o Estado repassaria a entes públicos não estatais a provisão de serviços não exclusivos, entidades estas qualificadas como OS. Caberia à máquina estatal a regulação e o financiamento básico desse processo. As OS perseguiriam dois objetivos: (1) garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; e (2) levar ao incremento do controle social dessas entidades, fortalecendo práticas que aumentem a participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS, ampliando a parceria entre o Estado e a sociedade (BRASIL, 1997).

O contrato de gestão é um dos principais instrumentos da accountability amplamente utilizado na administração pública. André (1999), por exemplo, define o contrato de gestão como o instrumento legal de “compromisso administrativo interno ao Estado, firmado entre o Poder Executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais”. Em relação ao modelo tradicional de contratualização, as OS teriam duas peculiaridades em sua concepção original: seriam instituições de direito privado, habilitadas a celebrar contratos de gestão com o Estado, e, em tese, deveriam ampliar os mecanismos de transparência e accountability.

Segundo a legislação federal, os mecanismos de accountability das OS, que possibilitam o acompanhamento das atribuições, responsabilidades e obrigações das OS, seriam: programa de trabalho da OS; Metas e prazos de execução; Critérios objetivos de avaliação de desempenho que utilizem indicadores de qualidade e produtividade; Limites para despesas com remuneração dos dirigentes e



empregados. Uma vez estabelecidos os parâmetros, o controle sobre as OS ocorre a partir do acompanhamento e da avaliação dos resultados obtidos pela entidade, que são comparados com o que foi previamente acordado no contrato de gestão, o que configura a responsabilização pelo controle de resultados (BRASIL, 1998).

A Lei Estadual nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as OSSs no âmbito do Estado de Pernambuco, determina, em seu artigo 2º, inciso III, a estruturação, pela entidade, de um Órgão Deliberativo, um Órgão de Fiscalização e um Órgão Executivo, definidos nos termos do Estatuto, com atribuições normativas e de controles básicos (PERNAMBUCO, 2013).

O artigo 5º da supramencionada lei estabelece, em seu inciso IV, que o Órgão Deliberativo da entidade deve fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas no contrato de gestão. Também cita, em seu inciso VIII, que o referido órgão deve pronunciar-se sobre denúncia que lhe for encaminhada pela sociedade civil em relação à gestão e aos serviços sob a responsabilidade da entidade, adotando as providências cabíveis. Já no artigo 6º da mesma lei, afirma que a Secretaria de Saúde será o órgão supervisor da execução do contrato de gestão, com as atribuições definidas nessa lei e no seu regulamento. No caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, foi criada a Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde para o acompanhamento dos novos parceiros (PERNAMBUCO, 2013).

É imprescindível descrever que na lei, também cita a importância do controle interno e externo, que são essenciais para o desenvolvimento da accountability das OSSs. *Em relação ao controle interno*, este pode ser conceituado como aquele exercido por órgãos que estejam dentro da estrutura do poder controlado e tenham sido criados para desenvolverem essa atribuição específica (AGUIAR, 2011).

Para Nunes (2006), a primeira providência a ser exigida de uma entidade do terceiro setor que venha a receber recurso público deveria ser a existência de um órgão colegiado – o Conselho Fiscal, dentro da estrutura, que tenha uma relação de independência com os seus órgãos deliberativos e que esteja apto a apreciar as

contas anualmente apresentadas pela entidade ao órgão que tem competência para aprová-las.

Vale destacar a forma objetiva com que Meirelles (2014) conceitua controle interno:

*O controle interno objetiva a criação de condições indispensáveis à eficácia do controle externo e visa a assegurar a regularidade da realização da receita e da despesa, possibilitando o acompanhamento da execução do orçamento, dos programas de trabalho e a avaliação dos respectivos resultados. É, na sua plenitude, um controle de legalidade, conveniência, oportunidade e eficiência.*

A existência de controles internos sólidos, consistentes e que sejam realmente utilizados pelos órgãos públicos é condição *sine qua non* para garantir a eficácia do controle. Um controle interno forte possibilita a redução dos riscos de desvios na aplicação dos recursos públicos (AGUIAR, 2011).

Nunes (2006) ainda afirma que, o órgão repassador de recursos deve, a qualquer tempo, comunicar possíveis irregularidades ao Tribunal de Contas e Ministério Público, sob pena de omissão. A autora ressalta que, a abertura de um canal de diálogo com os órgãos de fiscalização também permite sanar os problemas, muitas vezes, de forma preventiva, evitando a evolução dos mesmos e o consequente prejuízo de tempo e recursos públicos.

Já o Controle externo é aquele realizado por órgão que não pertença à estrutura do poder no qual o controle é exercido. Assim sendo, qualquer órgão pode efetuar o controle externo, caso tenha a incumbência de controlar a atividade desenvolvida por outro que não esteja na mesma estrutura de poder (AGUIAR, 2011).

Meirelles (2014), também define controle externo:

*É o que se realiza por um Poder ou órgão constitucional independente funcionalmente sobre a atividade administrativa de outro Poder estranho à administração responsável pelo ato controlado, como p. ex., a apreciação das contas do Executivo e do Judiciário pelo Legislativo; a auditoria do Tribunal de Contas sobre a efetivação de determinada despesa do Executivo e a anulação de um ato do Executivo por decisão do Judiciário.*

Segundo Leite (2014), o controle externo compreende o controle parlamentar direto, o controle exercido pelos Tribunais de Contas e o controle judicial. No caso dos parlamentares, estes exercem o controle sob a administração pública, através do chamado controle parlamentar direto. A própria função do legislativo, como consta na Carta Constitucional, é a de fiscalizar e controlar os atos da administração pública, mas para isso o legislativo é auxiliado pelo Tribunal de Contas.

Sobre as formas de controle do legislativo, Mello (2004) descreve que esse Poder dispõe da possibilidade de sustação de atos e contratos do executivo, a convocação de ministros e requerimentos de informações para possíveis investigações, o recebimento de petições, queixas e representações dos administrados e convocação de qualquer autoridade ou pessoa para depor, a possibilidade de criação das comissões parlamentares de inquérito, as autorizações ou aprovações do necessário para atos concretos do executivo, o julgamento das contas do executivo e a possibilidade de suspensão e destituição do presidente ou de ministros da república.

Em relação às funções do Ministério Público, assim dispõe a Constituição Federal:

Art. 127. O ministério Público é instituição permanente essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais individuais indisponíveis;

[...]

Art.129. São funções institucionais do Ministério Público:

[...]

II – zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;

III – promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos [...] (BRASIL, 1988).

Souza (1999) corrobora com essa afirmação quando discorre que a Constituinte, percebendo a importância do terceiro setor na vida dos cidadãos, normalmente, daquelas camadas sociais mais humildes, excluídas, ao longo da história, do processo econômico-social, reconhece a magnitude do Ministério Público como instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado,

conferindo-lhe a missão de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis.

No tocante aos Tribunais de Contas, estes são órgãos constitucionais de controle externo e surgiram da necessidade de estabelecerem-se bases novas para a fiscalização da execução orçamentária. No Brasil, a nível federal, o Controle Externo é exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União. Nos demais níveis federativos, esse controle é exercido, por simetria constitucional, pelas Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores, com o auxílio dos Tribunais de Contas Estaduais, dos Tribunais ou Conselhos de Contas dos Municípios e de Tribunais de Contas Municipais, conforme o caso (MARANHÃO, 1990).

Aos Tribunais de Contas compete, na forma estabelecida pelas respectivas Leis Orgânicas, apreciar as contas prestadas pelos chefes do Poder Executivo e a legalidade dos atos de admissão de pessoal e das concessões de aposentadorias, reformas e pensões; julgar as contas prestadas pelo Poder Legislativo, Judiciário, Ministério Público e administradores das unidades dos poderes e das entidades da administração indireta, incluídas as fundações, fundos, organizações não governamentais mantidas pelo poder público e as agências reguladoras. Além de fiscalizar as contas das empresas públicas e sociedades de economia mista e a aplicação de recursos repassados pelo ente federativo a pessoas jurídicas de direito público ou privado (PERNAMBUCO, 2004).

No que se refere às OSSs, a Resolução TCE/PE nº 20/2005 estabelece que:

Art. 1. A organização ao celebrar contrato de gestão com a administração pública ficará sujeito a apresentar, anualmente, prestação de contas ao órgão descentralizador. A referida prestação de contas será constituída de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados (PERNAMBUCO, 2005).

Tibério e Souza (2010) argumentam a importância de refletir o fortalecimento da concepção de que não é suficiente a criação de ferramentas de controle, por exemplo, das atividades das OS pelo Estado, se o próprio Estado não estiver bem

estruturado com funcionários comprometidos com interesses públicos e aptos a fortalecer a capacidade gerencial do Estado, assim como buscar garantir a participação efetiva da sociedade civil. No entanto, deve-se ressaltar que a introdução do instrumento de contrato de gestão na lógica da administração pública constitui a maior contribuição do modelo gerenciado por OSSs, tendo em vista a consolidação da gestão por resultados como abordagem tipicamente marcada pela busca por eficácia e eficiência na construção de políticas públicas.

Fleury (1996) aponta ainda um aspecto no problema ligado à questão da prestação de contas, da responsabilização, da *accountability*. Essa dimensão, segundo a autora, transcende a realidade institucional, remetendo ao contexto da reestruturação das relações ente Estado e sociedade. Sendo assim, o Estado tem que melhorar a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição destas organizações, isto tanto do ponto de vista da execução, como do alcance dos resultados. Este é um grande desafio para o Estado brasileiro – desenvolver sua capacidade de fiscalizar de fato.

### **3.5 O Controle Social**

No Brasil, o referencial para a construção da participação social na saúde teve influência do debate e da conjuntura internacional. Entretanto, as experiências e contexto interno conferiram particularidades as propostas que foram implementadas. A década de 80 é marcada não só pela queda do regime militar, mas pela efervescência dos movimentos sociais, tais como o movimento estudantil, o de mulheres, o de moradores, bem como as experiências das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e o posicionamento de entidades de representação de profissionais liberais, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) pelas liberdades democráticas, que exigiam a redemocratização do Estado. Em consonância com isso, o movimento em prol de sistemas nacionais e públicos de saúde se organizou no Brasil em torno do projeto política da reforma sanitária, constituindo pela Reforma Sanitária (DURAN, 2013).

Após a redemocratização do Brasil, e com a Constituição de 1988, inúmeras vias de implementação das políticas sociais (consagração dos direitos sociais) foram

postas em dinâmica pelo Estado. Em pauta estavam os já pleiteados direitos à educação, à saúde, entre outros, entendidos como conjunto dos direitos de cidadania. No setor da saúde, as possibilidades abertas com os artigos correlatos e inscritos na Carta de 1988 avançaram a proposta veiculada pelo Movimento Sanitário brasileiro – já nos anos 1970 – de democratizar o acesso à saúde (FALEIROS *et al.*, 2006).

No caso particular da saúde, personagens centrais desse movimento – como Sérgio Arouca, por exemplo – apontariam a inovação contida no processo constituinte: *democratização da saúde como democratização da sociedade*. Além de diversas iniciativas que se estendem por quase toda a década de 1970, os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, configuraram pontos importantes de decisão e de mudança na consolidação das políticas de saúde, que são emblemas do aprimoramento da democracia participativa. A ideia central dirigida pelo chamado *partido sanitário* era a de que a democratização da saúde deveria corresponder à inclusão da participação da sociedade nas arenas de deliberação política. (DURAN, 2013)

Vale ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um momento histórico em termos de democratização, pois várias tendências de esquerda e do movimento popular tiveram uma participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária no Brasil, abrindo-se a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao tradicionalmente autoritário e excludente. Naquele momento, o “controle social” foi considerado como uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais daquela Reforma (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

Não restrita ao setor Saúde, a participação popular passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituinte e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferam hoje no país outras formas de participação social na

prestação de serviços e na gestão do social como resultado do fortalecimento de um movimento iniciado nos anos oitenta (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Destaca-se então, que o conceito subjacente à introdução de novas instâncias de participação com capacidade de provocar mudanças na configuração democrática do Estado deriva da combinação entre os mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente, de promoção de autonomia dos atores sociais. O modelo participativo em saúde não é exatamente o da democracia direta nos moldes da polis da Grécia Antiga, na qual todos os cidadãos tinham direito a voz e voto. O modelo adotado de participação utiliza elementos da teoria democrática representativa na escolha de representantes e, para isso importa desse modelo a iniciativa do processo eleitoral, geralmente realizado na forma do voto (AVRITZER, 2007).

Trata-se da concepção de cidadania ativa, na qual os representantes são politicamente iguais e capazes de trazer para o interior dos fóruns de participação as diversas “expressões de diversidade” da sociedade. Esse formato diferenciado de organização, que não se funda em partidos políticos, mas em modelos de organização social diferenciados, tais como associações de bairro, entidades ou movimentos sociais, devem ser “espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a resolução de problemas” (ABERS; KECK, 2008).

Portanto, com a participação social inserida nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde no Brasil, possibilitou a edição das *leis orgânicas da saúde*, correspondendo àquelas que se referiram à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990. Assim, a edição da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, consagra o que consta no inciso III do artigo 198 da Constituição de 1988: a *participação da comunidade* nas ações e serviços de saúde. Na Lei, essa diretriz constitucional implicou a criação e institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde – nos três níveis da federação (União, estados e municípios) – como espaços públicos institucionalizados de deliberação, em que o princípio da paridade emprestaria maior

aderência às mobilizações e demandas societárias nas arenas decisórias das políticas de saúde. Compõe a chamada *representação paritária* nos Conselhos de Saúde o conjunto dos seguintes atores: representantes dos usuários (doravante chamada de representação da sociedade); dos profissionais de saúde; e dos gestores e prestadores de serviços. A ênfase na participação social seria uma das vias principais para a construção de um espaço da sociedade no Estado e criação de práticas concernentes ao controle social (DURAN, 2013).

Como passo fundamental do projeto de Reforma Sanitária brasileira, os espaços onde se organizam e debatem os conselheiros requerem a identificação dos atores como sujeitos políticos (GERSCHMAN, 2004). A institucionalização da participação da sociedade nos colegiados participativos – através, principalmente, da representação da sociedade no SUS – não só marca diferença com a mera mobilização comunitária (focada em um aspecto da política de saúde, como por exemplo, campanhas sobre a questão saúde-doença), mas demarca o papel representativo e participativo de sujeitos políticos no exercício do controle social (FALEIROS et al., 2006).

A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade. (MOREIRA; ESCOREL, 2009)

Atualmente os dilemas do controle social referem-se à própria formação de *sujeitos políticos* partícipes das arenas políticas. Inseridos em todos os âmbitos da federação, os Conselhos de Saúde somam um total de 27 Conselhos Estaduais de Saúde e mais 5.500 Conselhos Municipais. Pode-se afirmar que a institucionalização dos Conselhos de Saúde é efetiva, espalhando-se por todos os quadrantes do país.



Contudo, a questão que ainda pede explicação é que, na prática, muitos dos Conselhos de Saúde funcionam através de “velhas” chaves de nossas gramáticas políticas (cooptação, corporativismos, clientelismo, entre outras). Dessa forma, as relações sociopolíticas vivenciadas por várias frações de conselheiros de saúde não espelhariam a mudança requerida pelo próprio processo constituinte dos anos 1980, em que a via ascendente de conformação dos Conselhos implicaria relações mais horizontalizadas entre Estado e sociedade (PEREIRA NETO, 2012).

No entanto, o Controle Social no âmbito da saúde vem se destacando dentre os vários outros princípios do Sistema Único de Saúde, pelo seu caráter fiscalizador e também sua política contra- hegemônica, de modo que um complementa o outro. Assim, podemos dizer que esta política contra hegemônica que tem o Controle Social é um benefício para a sociedade, dentre estes os grupos sociais, pelo fato de favorecer uma ampla e mais detalhada fiscalização sobre as ações do Estado, onde todos sem distinção têm direito à opinião. Portanto, este caráter contra hegemônico dos movimentos sociais sempre foi discutido nas ciências sociais, pelo fato de ser uma política desafiadora. Dessa forma, entende-se que o predominante caráter contra hegemônico dos grupos populares, vai além de suas reivindicações imediatas, buscando a construção de uma nova hegemonia (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Nesse sentido, apesar de atribuir o Controle Social ao processo fiscalizatório, é fundamental que o mesmo seja realizado de forma organizada para que seja efetivado. Claro que a fiscalização por si própria é também o exercício do Controle Social, porém, não se reduz somente a isto. Portanto, não há possibilidade de fiscalização sem a informação, pois é a partir desta, do diálogo e do pensamento coletivo que esses problemas são discutidos e resolvidos (SORATTO; WITT; FARIA, 2010)

Assim sendo, não há dúvidas que na sociedade política contemporânea, a ideia de controle social ganha força por meio da inserção das ações e mobilizações societárias na propositura de *accountability*, ou seja, prestação de contas e de transparência das ações do Estado. Um dos dilemas das democracias

contemporâneas colocados pela, cada vez mais intensa, aproximação entre Estado/ sociedade refere-se à capacidade que *sujeitos políticos* têm de exercer as prerrogativas do controle social sobre as ações da gestão governamental (LAVALLE; CASTELLO, 2008).

Portanto, a forma mais diligente da população efetivar sua participação no exercício do Controle Social é através dos Conselhos de Saúde, pois é a maneira prática da sociedade garantir sua participação social, expressando suas opiniões e seus interesses junto à comunidade, além de ter a oportunidade de estar acompanhando e fiscalizando as ações municipais e estaduais (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A inovação ocorrida no Brasil transforma a participação social em um dos mecanismos institucionais para a garantia dos direitos sociais e da proteção social contra os riscos e vulnerabilidades. No contexto atual, a sua prática deve ser analisada como um processo heterogêneo. Nas intenções e sentidos originais, a participação social, concebida para a defesa dos direitos sociais, da proteção social e da democracia, está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Não obstante, o controle social é um instrumento da governança, já que esta se refere à redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, tendo como traço distintivo a dimensão relacional e a forte interdependência (entre grupos e organizações) que caracteriza uma dada política. De certa forma, é considerada a descentralização do processo decisório e da ação pública para fora dos limites das instituições formais do Estado (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

No Brasil, Marques (2013) identifica a associação do conceito a duas formas de organização do governo, que denotam 'forte desconfiança em relação ao Estado'. Numa primeira acepção, a governança está associada à transferência de atividades

e funções para agentes privados e à incorporação de mecanismos de mercado visando à eficiência e à melhoria de desempenho do Estado. Em uma segunda perspectiva, a noção de governança está relacionada à atuação da sociedade nos processos decisórios, nas vertentes participativa e deliberativa. Nesse caso, formas participativas e deliberativas de democracia são vistas como capazes de contribuir para o enfrentamento dos desafios da ação pública contemporânea, tanto para ampliação das capacidades do Estado, como para melhoria da dinâmica da formação de preferências, da construção de soluções inovadoras e de *accountability*.

Marques (2013) também sugere a pertinência do conceito para análise da produção de políticas em sistemas dotados de vários graus de institucionalização. Isso porque a governança está relacionada à emergência de outras organizações assim como a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais – incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais - na condução das políticas públicas. A governança inclui, além dos mecanismos governamentais, dispositivos informais, não governamentais, pelos quais são guiadas as ações coletivas. Reconhecendo a importância dos governos, o conceito de governança permite a incorporação sistemática de atores não estatais, e aceita a existência de limites nem sempre claros entre eles.

Portanto, a democratização provocou mudanças no sistema político e nas formas de organização e expressão de interesses da sociedade (partidos políticos, corporações profissionais, sindicatos, movimentos sociais) no setor saúde. Ao mesmo tempo, resultou na expansão de espaços de participação da sociedade civil (tais como os Conselhos e Conferências de Saúde) e dos agentes implementadores (gestores e profissionais de saúde) no processo de produção das políticas de saúde. Particularmente, no contexto recente, observa-se maior incentivo à representação de diferentes atores da sociedade nos programas governamentais (PIRES; VAZ, 2012).

## **4 OBJETIVO GERAL**

Analisar o papel do controle social na Accountability das Organizações Sociais em Saúde no Estado de Pernambuco a partir da percepção dos atores.

### **4.1 Objetivos Específicos**

- a) Descrever os diferentes papéis desempenhados pelo controle social no desenho institucional da Accountability;
- b) Identificar os instrumentos da Accountability exercidos pelo controle social;
- c) Caracterizar os principais avanços e falhas do controle social para o cumprimento eficaz da Accountability.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratória de corte transversal, com abordagem qualitativa. Conforme assinala Cruz Neto (2001), a pesquisa qualitativa permite a aproximação com o que se deseja estudar e conhecer, e também cria um conhecimento a partir da realidade presente no campo. Perez e Navarete (2008) corroboram com essa afirmação quando reconhecem que a pesquisa qualitativa é capaz de identificar a existência de múltiplas realidades, portanto, os conhecimentos desenvolvidos são também múltiplos, reconhecendo a variedade de perspectivas dos diferentes atores sociais.

Em relação à pesquisa exploratória, essa tem como meio desenvolver estudos que dão uma visão global do fenômeno estudado. Em outras palavras, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere, no qual se destina a obter informação do Universo de Respostas de modo a refletir verdadeiramente as características da realidade. Isso permite que a realidade seja percebida tal como ela é, e não como o pesquisador pensa que seja. (PRESTES, 2008)

### **5.2 Área de estudo**

A pesquisa foi realizada no Estado de Pernambuco, que se estrutura numa área de 98.311 Km<sup>2</sup>, e população superior a oito milhões de habitantes, distribuídos em 184 municípios e um distrito estadual. Desde o ano de 2011, quando foi construído o último Plano Diretor de Regionalização (PDR) o Estado de Pernambuco foi dividido em 12 Regiões de Saúde e quatro macrorregiões Vale destacar que o critério para a seleção do tema a ser pesquisado baseou-se pelo fato das OSSs estarem inseridas no estado de Pernambuco, área esta de interesse do estudo (PERNAMBUCO, 2011).

### 5.3 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, tendo início no mês de abril, com término no final de setembro de 2015, tempo suficiente para a obtenção dos dados pretendidos. A coleta foi composta pelas seguintes etapas: revisão bibliográfica e realização de entrevista semiestruturada. Optou-se por trabalhar com esse modelo de entrevista, seguindo um roteiro específico, porém não definitivo que impeça mudanças e novas formas de intervenção. Os dados da pesquisa são primários, pois foram coletados a partir de entrevistas com informantes-chaves com vistas a compreender o papel do controle social na accountability das OSSs do Estado de Pernambuco.

A população estudada foi composta por atores-chave localizados no Estado de Pernambuco, sendo que a participação foi definida após atender os seguintes critérios de inclusão: ser um ator chave que tem experiência na área do accountability, que vivenciou e vivencia na prática os mecanismos deste e que participa efetivamente das decisões referentes ao tema. Como critério de exclusão foi considerado a inobservância de qualquer um desses critérios de inclusão.

São considerados para este estudo informantes-chaves, que possuem interesse no tema e que ocupam uma posição passível de tomar decisões no mesmo. Isso caracteriza a amostra como do tipo intencional, que é aquela em que o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados atores (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A amostra foi composta de atores-chaves, ligados direta ou indiretamente aos mecanismos do controle interno e externo, sendo: três da Secretaria Estadual de Saúde, dois do Tribunal de Contas, um do Ministério Público, cinco conselheiros do Conselho Estadual de Saúde (CES), um representante do Sindicato dos Médicos e dois da Frente Pernambucana contra a Privatização na Saúde (FPPS), totalizando 14 atores. Quanto ao número desses informantes-chaves, a quantidade de participantes não é significativa, uma vez que no estudo com perspectiva qualitativa, o primordial é a qualidade do fenômeno investigado (PRESTES, 2008).

Para a análise do conteúdo das entrevistas, foram tomados como referência os modelos de análise de entrevistas, através da condensação de significados apresentados por Kvale (1996), por ser este considerado o mais adequado aos propósitos do estudo. Assim, após a obtenção dos dados, foi feita a análise do material por categorização para melhor compreensão e interpretação das respostas. Após a seleção das unidades naturais de análise, que são trechos das entrevistas, foram apresentados os temas centrais, que representam o conteúdo da análise das respostas, procedendo-se à interpretação dos dados. Ao final, isso contribuiu para a descrição essencial da questão da pesquisa.

Vale ressaltar que nesse tipo de análise, as passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo, são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguido abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo, conforme quadro abaixo

Quadro 1 – Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.

<b>QUESTÃO DE PESQUISA</b>	
<b>Unidades Naturais de Análise</b>	<b>Temas Centrais</b>
1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa 2. Idem 3. Idem	1. Apresentação do tema que domina a unidade federal, conforma a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível 2. Idem 3. Idem
<b>Descrição Essencial da questão da pesquisa</b> Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado	

Fonte: Kvale (1996).

Segundo Kvale (1996), os passos para a organização e análise das entrevistas, são:

- (I) Leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo;
- (II) Determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;

- (III) Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- (IV) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- (V) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

No que tange às três categorias de análise formuladas, que permeou a discussão dos resultados são: 1) Papel técnico do controle social; 2) Prioridade do papel político; 3) Existência do papel ideológico e corporativo.

#### **5.4 Limitações do método**

Quanto às limitações do método, são os mesmos presentes em qualquer estudo que se utilize de qualitativo extraído de entrevistas semiestruturadas, no qual entre elas podemos encontrar: falta de motivação do entrevistado, incompreensão das perguntas; fornecimento de respostas falsas conscientemente ou inconscientemente; influência da relação pessoal ou das opiniões do entrevistador sobre o entrevistado.

#### **5.5 Considerações éticas**

A pesquisa foi realizada de acordo com os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a integridade física e moral dos participantes. Para o sigilo das informações geradas através dos dados primários realizados durante o estudo, utiliza-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale salientar que o estudo faz parte da pesquisa intitulada “O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde de 2006 a 2012”, financiada pela PAPES/FIOCRUZ, estando assim já aprovado pelo comitê de ética da FIOCRUZ de Pernambuco, com CAAE: 0037.0.095.000-11.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos últimos anos, no Brasil, as OSS têm ganhado cada vez mais espaço na sociedade com a implantação de ações que envolvem seus objetivos e sua localidade de atuação. Isso faz com que elas recebam cada vez mais recursos de pessoas, empresas e governo para o fornecimento de serviços públicos; daí a necessidade crescente da discussão acerca da accountability em organizações sociais, pois essas entidades têm o dever de prestar conta dos recursos recebidos e dos atos executados durante o seu processo de gestão.

Desse modo, a accountability seria uma forma de prestação de contas que permite ao cidadão o controle e a observação da conduta da organização em questão, isto é, o conjunto de mecanismos que o permita saber se, por exemplo: o dinheiro recebido por essa organização foi bem aplicado; os recursos e bens foram geridos de forma eficaz; a organização cumpre com os seus objetivos sociais de forma ética; além de cumprir com os seus objetivos sociais, ela atinge ganhos econômico-financeiros; possui transparência nas suas ações; e consegue ter um sistema de publicização da sua conduta de forma eficiente (RODRIGUES et al., 2013).

As organizações sociais, nas últimas décadas, têm se deparado com diversas normas e exigências, tanto por parte do governo como da própria sociedade, para apresentarem seus resultados, registros, relatórios financeiros e de gestão, auditorias e diversos outros procedimentos que permitam uma maior accountability.

Por sua vez, a accountability é garantida quando indivíduos e grupos que são afetados pelas ações de governo (cidadãos) ou que são legítimos para monitorar a ação governamental, possuindo instrumentos que os possibilitem definir prioridades, além de julgar e sancionar o desempenho do governo em direção a essas prioridades (BERNADO, 2009).

Segundo Tenório et al. (2011), no contexto de que a accountability é oriundo de um cenário recente na sociedade, composto de modificações na estruturação e consolidação democrática da participação social, a partir de uma sociedade

complexa e recém-amadurecida democraticamente, a participação social deixa de ser um privilégio para transformar-se em uma ação importante e de certa maneira necessária. Esse cenário contribui para o estabelecimento de condições que propiciam o envolvimento da sociedade no sentido de partilhar com o Estado a tarefa de formular e executar políticas públicas.

O fato de a Constituição Federal (CF) de 1988 ter definido a saúde como direito de todos e dever do Estado fez com que o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse criado sob o prisma do acesso universal. Com o advento deste organismo foi um pouco mais trabalhada a noção de controle social e participação da população. Neste sentido, a ideia de participação social floresceu da estrutura legal do SUS e passou a serem pensadas instâncias que seriam responsáveis por integrar a comunidade no processo de gestão da saúde (COELHO, 2007). Portanto, fica claro que a operacionalização do controle social perpassa a questão da accountability.

Nesse sentido, cabe discutir o papel do controle social, principalmente através dos conselhos de saúde, no que se refere ao accountability das OSSs, a partir da perspectiva das funções deliberativa, de controle e acompanhamento das ações praticadas por esse modelo de gestão pública. Especificamente, a discussão será permeada em três tópicos: **Papel técnico do controle social; Prioridade do papel político e Existência do papel ideológico e corporativo.**

### **6.1 Papel técnico do controle social**

A etimologia ligada ao controle social está alinhada aos conceitos de deliberação, opinião, parecer, juízo; assembleia de pessoas que deliberam sobre certos assuntos ou grupo de pessoas que estejam encarregadas de administrar. Nesse prisma, a avaliação das prestações de contas é um mecanismo importante para o exercício do controle e acompanhamento das ações praticadas pelo gestor de saúde (GONÇALVES et al., 2014).

Na perspectiva do instrumento da prestação de contas, que deve ser encaminhado pelos órgãos de gestão do SUS às instâncias do controle social – tem como foco municiar os representantes da sociedade, conselheiros, com informações

necessárias para a avaliação da gestão da saúde pública. Para tanto, é necessário que estes representantes possam entender as informações disponibilizadas nas prestações de contas, ou seja, elas devem ser inteligíveis e amigáveis. Com efeito, para que o controle social seja exercido é necessário, primeiro, verificar se existem condições para tal. É neste sentido, que se verificou por meio de atores sociais, seja de órgãos da gestão, e principalmente na visão do controle social – com o foco ora mencionado – como vem se dando a accountability das OSSs.

O controle social tem papel fundamental na fiscalização da execução dos contratos firmados entre o Estado e as entidades parceiras. No entanto, por vezes, a insuficiência de informações ou de transparência na forma como os recursos são utilizados dificultam o exercício desse controle (TCE - 1).

Eu vejo muito limitado e assim muito pouco prestigiado essa função que a gestão entende que o conselho possui dentro da legislação de analisar as prestações de contas, principalmente nessa área de OSS, e pelo governo, entender que o conselho é contra OSS, essa transparência é mais dificultada ainda (CES - 1).

Quando tinha demandas do conselho para prestação de contas solicitando um relatório mais detalhado sempre vinha coisas muito superficiais, muito resumida, difícil de compreender, não dá a dimensão do que de fato ocorre, nunca vem no detalhe e na linguagem que era necessário (CES - 2).

Hoje é difícil fazer o controle social, inclusive o controle das contas, dos procedimentos, das planilhas de custeio. O Próprio Estado faz o seu controle. Era obrigação os editais e contratos de gestão serem passados pra gente. A prestação de contas não pode ser apenas uma função figurativa (CES - 3).

Vou fazer 4 anos no conselho estadual de saúde, e não vem na minha lembrança nenhuma prestação de contas que fosse das OSS, mesmo quando a gente solicitou à gestão, se teve algo, foi muito por alto, uma coisa pouco aprofundada (CES - 4).

As falas dos conselheiros estaduais de saúde destacam o papel fundamental do conselho em ter acesso a todo o conhecimento e com garantia de transparência das informações da atuação das OSS. Contudo, por mais que o conselho seja o espaço máximo deliberativo, onde a sociedade participa, essa função não vem sendo respeitada, pois deveria ter o máximo de informações possíveis e com linguagem clara, para poder estar acompanhando o processo sem dificuldades.

Pode-se afirmar que a função accountability no controle social começou a se configurar na Lei Federal nº 8.689/93, que determina que o gestor do Sistema Único de Saúde nas esferas municipal, estadual e federal, por meio de suas secretarias de

saúde, preste contas ao Conselho de Saúde de forma trimestral. Indo mais além, a Resolução nº. 333/03, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, versa sobre a questão do conteúdo a ser destacado nas prestações de contas, qual seja: andamento da agenda de saúde pactuada; relatório de gestão; montante, fonte e forma de aplicação dos recursos aplicados; auditorias iniciadas e concluídas no período; oferta e produção de serviços na rede assistencial (VIEIRA, 2010).

É preciso destacar ainda a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, no seu art. 34, que define que a prestação de contas, prevista no art. 37, conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Ademais, a LC 141/2012 estabelece que os conselhos devem avaliar a gestão do SUS, a partir de então, quadrimestralmente e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da lei complementar quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal. Nesse contexto, confirma-se de forma legal e ao mesmo tempo contundente, que o conselho de saúde, como uma das principais instâncias do controle social, tem o direito de solicitar qualquer informação e ter acesso a esta (PIRES; VAZ, 2012).

No tocante às organizações sociais, uma lei estadual recente, a 15.210/13, descreve especificamente sobre o Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão. Embora não especifique que esse processo deve ser feito de forma regular, pelo menos quadrimestralmente pelo conselho Estadual, é ressaltado que a execução dos contratos de gestão, que é feito de forma rotineira, contendo as metas propostas com os resultados alcançados, ao ser fiscalizada e supervisionada pela Secretaria de Saúde, deve ocorrer sem prejuízo da ação institucional dos demais órgãos de controle interno e externo do Estado. Também afirma que o relatório anual de prestação de contas das OSS deve ser encaminhado ao Núcleo de Gestão do Poder Executivo, ao Tribunal de Contas do Estado, à Assembleia Legislativa, além do Conselho Estadual de Saúde. Portanto, fica evidente, em caráter legal, o reconhecimento do protagonismo do controle social na accountability das OSSs. Contudo, ainda distante da realidade prática das atividades do conselho,

como demonstrado nas falas anteriores, seja por barreiras de acesso aos documentos, pouca transparência, informações com baixo detalhamento e linguagem de difícil compreensão.

A garantia da transparência das informações, e a partir disso extraindo o exercício da função do controle, vem amparada inicialmente com a Constituição de 1988, no qual se implementou o princípio democrático, que se baseia na ideia da representação popular em que tomam as decisões públicas, e seguindo o princípio da soberania popular, o controle dos governantes é feito pelos governados, cuja ênfase rendeu à Carta Magna o título de “Constituição Cidadã” (OLIVEIRA, 2002).

Com a Reforma Gerencial, passou-se a pregar a utilização de novas formas de responsabilização dos agentes públicos, através do controle pelos resultados, do controle pela competição administrada e do controle social de políticas públicas, sendo este último considerado o efeito da ação do cidadão participante sobre os serviços públicos, ou seja, da sociedade sobre o estado, o que confere à Democracia caráter mais participativo (CORBARI, 2004).

Ainda segundo Corbari (2004), sabendo do efeito indireto – mas poderoso – que a publicidade causa sobre a sociedade, através da sua força de persuasão e da influência que exerce sobre a grande massa, a “Constituição Cidadã” implementou na Administração Pública o princípio da publicidade, a qual passa a ser um mecanismo de contribuição na implementação da democracia. Entretanto, para que contribua no processo democrático, a publicidade das ações de governo não pode ser entendida como publicação de atos carregados de termos técnicos, como a prestação de contas formal, mas ser entendida como a transparência das ações públicas. Refere-se a informações inteligíveis, tempestivas e confiáveis, para que a sociedade possa avaliar de forma crítica o desempenho e os resultados alcançados pelo Órgão Público.

Neste sentido, a publicidade como princípio da Administração Pública abrange toda a atuação estatal, não só sob o aspecto de publicação oficial de seus atos, mas também de divulgação da conduta interna de seus agentes. O conceito de

informação vai se transformando de publicidade à transparência na medida em que a sociedade não se satisfaz apenas com a informação dos episódios ocorridos na gestão pública, mas quer que lhe conceda as razões de tais acontecimentos e que se justifique o relacionamento destes, levando em conta os objetivos do Estado e os desejos da comunidade (OLIVEIRA, 2002).

Transparência pressupõe comunicação eficaz que, por sua vez, pressupõe linguagem adequada e viabilidade de acesso à informação. Conforme Valle (2002), o princípio da publicidade não assegura apenas o acesso às informações sobre o Poder do Estado. Através dele se assegura o conhecimento à verdade, na atuação do Estado”. Entretanto, não há nenhuma surpresa na constatação de que a linguagem é um dos maiores entraves ao desenvolvimento da transparência na gestão dos recursos públicos. A comunicação pressupõe algo que possa ser útil ao usuário, no sentido da relevância e da confiabilidade.

Em suma, transparência requer que agentes públicos exponham informações sobre processos e resultados governamentais ao escrutínio público. Logo, para que um governo seja transparente, ele precisa garantir que seus procedimentos e resultados sejam acessíveis e compreensíveis ao público, evitando complexidade, desordem e sigilos (BIRKINSHAW, 2006).

Ainda em relação à transparência, destacam-se os avanços na comunicação social eletrônica que vem permitindo a disponibilização de balanços contábeis, relatórios de desempenho e informações relevantes em geral. A disseminação desses documentos permite aos cidadãos o acesso a informações de notório interesse da sociedade, o que aumenta o grau de responsabilização e abertura do poder público.

Entretanto, como colocado de forma universal pelos conselheiros, as informações sobre as OSs, não estão disponíveis de maneira acessível aos cidadãos. Isso pode ser confirmado quando se faz a procura de grande parte das informações sobre indicadores, metas de desempenho e resultados, e detecta que estes se encontram apenas no Diário Oficial – veículo de comunicação com extrema

dificuldade e ao mesmo tempo até pouco conhecido pela população em geral. O próprio site da SES possui informações e instrumentos colocados de forma incompleta, sendo publicadas apenas as OSs qualificadas, os respectivos equipamentos cedidos e contratos de gestão firmados. Quanto aos relatórios anuais de prestação de contas, apenas de alguns serviços foram publicados até 2014, o que vai contra a lei 15.210/13, ao afirmar que a SES deverá disponibilizar anualmente, em seu sítio eletrônico, todos os contratos de gestão celebrados e os respectivos relatórios de gestão, sem prejuízo das publicações no Diário Oficial do Estado previstas nesta Lei.

É evidente a necessidade de melhoria no conteúdo dos relatórios, que por consequência, ajudariam os conselheiros no cumprimento de suas atribuições legais. Segundo Borges (2014), neste caso, é possível notar que a prestação de contas, em determinados casos não consegue ser efetiva por conta da qualidade informacional que oferece ao indivíduo que for apreciá-la, no caso para um representante da sociedade. Então, novamente temos um distanciamento entre governo e sociedade, o que nos remete ao não cumprimento efetivo do controle social. Portanto, com respeito à qualidade da informação presente nos relatórios de prestações de contas é preciso municiar os usuários da informação com o que realmente é necessário para acompanhar, fiscalizar e propor melhorias na gestão da saúde pública nas esferas federal, estaduais e municipais.

Adentrando na segunda perspectiva do papel técnico do controle social, é necessário observar o critério da compreensibilidade da informação posta à disposição dos cidadãos. Segundo Silva (2002), o que parece ser fácil e claro nos conceitos, na aplicabilidade é um desafio, tendo em vista a heterogeneidade de compreensão e do grau de escolaridade dos cidadãos. Isso dificulta muito a definição do grau de compreensão do usuário, que é fundamental para a escolha correta das informações que devem ser divulgadas. Não há uma receita única e certa para que as organizações públicas propiciem à sociedade as informações desejadas a cada cidadão. Mas é necessário ter em mente que o controle social não se faz a partir da abundância de informações, mas também do entendimento que o cidadão dela faz.

Assim, a capacidade técnica de um conselheiro, ao analisar as informações é preponderante para que essa participação ativa da sociedade se efetive. Como já discutido, é óbvio que a falta e a assimetria de informação acabam resultando no distanciamento entre sociedade e governo, pois o que muitas vezes é utilizado para a manutenção do próprio sistema – como é o caso a informação imprecisa sobre os atos da Administração Pública – acaba aumentando a desconfiança e o descrédito da sociedade em relação ao governo (VALLE, 2002).

Não é tão simples indicar o nível de capacidade técnica dos agentes do controle social no exercício da accountability. Isso porque, ainda que as informações referentes ao desempenho de organizações públicas sejam divulgadas, garantindo, segundo o autor, o input necessário para alimentar a relação de accountability da Gestão com a sociedade, estas são uma condição necessária, mas não suficiente para garanti-la (BERNARDO, 2009).

Nas falas seguintes, é destacada justamente a falta no controle social desse papel técnico na análise e fiscalização dos principais documentos de prestação de contas das OSS, sendo isso um ponto essencial que dificulta o reconhecimento por parte da gestão da função proeminente do exercício regular do controle pelo conselho de saúde.

A gestão tem trabalhado muito na qualificação e capacitação dos conselheiros, onde temos essa rotina, inclusive, a Fiocruz é parceira, mas esses conselheiros, eles se renovam e assim, existem como trabalhadores e trabalhadores, tem conselheiros e conselheiros, e a inabilidade técnica de muitos conselheiros é gritante, chega até a desvirtuar o papel técnico de se fazer um controle (SES - 1).

Sempre houve esses embates e questionamentos quanto a capacidade técnica do conselho em fazer o controle das prestações de contas, vejo que muitas pessoas eram pessoas que não tinha condições de dar as respostas ou de sequer entrar no debate (CES - 1).

Falta capacidade técnica para muitos conselheiros. Isso prejudica nosso papel. Nós temos oficinas periodicamente, mas eu acho que ainda falta muita capacidade técnica de vários conselheiros para puderem entender esse processo. Quando na avaliação de algumas políticas, você vê que não são questionamentos técnicos no sentido de aprofundar. E isso não é só a nível estadual, também no nível nacional. Se o conselheiro não tem uma visão crítica daquilo, você aprova e acabou. Você não vê o que tá nas entrelinhas (CES - 3).



Na percepção de outros conselheiros, a posição é completamente contrária como demonstrado a seguir:

Essa fala da gestão de que não temos função técnica tem sido uma fala que eu discordo de modo geral, tem sido uma fala nacional, é uma forma das gestões que não quer se comunicar com os outros conselhos de gerar essa barreira, como se eu dissesse: A gente não dialoga com vocês, não presta conta porque vocês não são capazes de entender. Mais é compromisso da gestão também fazer a capacitação permanente dos conselhos, é um processo de educação permanente, então se eles têm esse diagnóstico eles poderiam trabalhar numa perspectiva de melhorar essa qualidade (CES - 4).

As gestões que mais dizem isso são aquelas que se investem menos nesse processo. Então na realidade essa é uma desculpa, porque aquelas que não se utilizam desse argumento são aquelas que mais investem, ou seja, trabalham numa perspectiva de crescerem juntos, porque também gestores não têm essa capacidade não, a maioria dos gestores estão ocupando os cargos sem essa capacitação, então todo mundo vai aprendendo no processo (CES - 2).

A falta de um papel mais técnico não tem sido o maior impedimento não. E os questionamentos de conselheiros principalmente usuários são muito pertinentes, eu fico surpreso com as intervenções e com um olhar muito bem colocado de alguns conselheiros, lógico que tem alguns que a gente sente a dificuldade, mas isso em todo lugar eu acho que tem, alguns que se dedicam mais, que de fato, mais de modo geral eu tenho entendido que o conselho tem se posicionado muito bem nos debates e nas observações muito pertinentes (CES - 5).

É importante salientar que o controle social necessita de mecanismos através dos quais eles podem exercer a accountability das OSSs, e a educação permanente é o instrumento mais forte na garantia de um papel técnico cada vez mais efetivo. Um exemplo disso, é que a partir do momento que são analisados os resultados, deve-se apontar os caminhos que deseja que a gestão alcance, além de ajudar na construção de análises que justifiquem o porquê dos resultados serem divergentes das suas expectativas, e com a propriedade da crítica pelo embasamento técnico, fazer com que a gestão assuma responsabilidades, inclusive quando falhas forem detectadas.

Quanto ao papel técnico, como relatados por alguns conselheiros, o Conselho Estadual de saúde, órgão de deliberação e consulta da gestão como preconizado no âmbito legal, tem apresentado atividades relevantes. Pelo Conselho ser um canal privilegiado de interlocução entre a sociedade e o Estado, tem possibilitado a participação popular nas instâncias de formulação e avaliação de políticas públicas,

e é importante que as instâncias do controle externo sejam parceiras para a discussão e avaliação crítica das OSSs, com o objetivo de aperfeiçoar o modelo.

Não obstante, o Conselho Estadual de Saúde, se apresenta com uma carência qualitativa na análise das prestações de contas das OSSs, ou em ter dificuldades na formulação e proposições de ações e metas que vão compor o contrato de gestão, bem como na avaliação da qualidade das informações, pontos estes em boa parte apontados como prejudiciais para o exercício do seu papel técnico, cabendo a Gestão garantir plenamente esse papel, investindo e ao mesmo tempo estimulando a capacitação dos conselheiros. Isso é destacado por outros atores sociais, como representantes da frente pernambucana contra a privatização e do Sindicato dos Médicos de Pernambuco.

Acho que os conselheiros ainda não acordaram pra essa temática da fiscalização das oss, a lei garante esse papel técnico pra eles, mas a gestão não motiva eles se acordarem (FPPS - 1).

O esforço da transparência, o esforço da publicidade, não basta só isso, o estado também tem que ser fomentador dessas instituições para que possam fazer a análise dos seus números. Se não investe na capacitação dos conselheiros, o controle fica prejudicado. Porque não vai ser eficaz (FPPS - 2).

A capacitação e instrumentalização do conselho por parte da gestão deve ser permanente. Ao mesmo tempo em que fornece a publicização dos dados, fortalece o papel técnico desses. Porque fazer uma análise dos números de toda uma gestão de uma organização social, não é uma tarefa simples, é preciso capacitação para isso (SIMEPE).

Por sua vez, ao exigir que o conselho avalie aspectos administrativos e contábeis dos contratos de gestão concomitantemente à avaliação de desempenho “finalístico” das OSSs, somado ao grande volume de documentos a serem avaliados – que são por vezes extensos e com formatos diversos –, tais fatores sobrecarregam os conselheiros diante de tantas outras deliberações a serem tomadas nos diversos campos da saúde.

Assim, mesmo com o processo permanente de capacitação, com as inúmeras demandas do controle social, para que aja um accountability efetivo deste sobre as OSSs, é necessário contar com o apoio de outras instituições de controle, que cada vez mais apresentam uma dedicação maior na análise e no debate sobre as contas

das OSSs, como o TCE e MPE, permitindo uma avaliação mais substantiva dos resultados das OSSs, inclusive para o CES.

Após discutir as premissas da transparência das informações e da viabilidade do papel técnico do controle social, entramos numa terceira perspectiva, quando abordamos quais os instrumentos que esse controle tem a disposição para a concretização do seu papel técnico, se estes são utilizados ou até mesmo reconhecidos pela Gestão.

Atualmente, apesar da tentativa de promoção de maior transparência, há uma reclamação frequente dos representantes do controle social, de que nos espaços legítimos, como no CES, há pouco tempo para que se possam discutir problemas e assim obrigar a Gestão a corrigi-los, mesmo quando esse apresenta níveis de desempenho inaceitáveis.

A Gestão sempre tem feito um processo muito lento de dar as respostas e quando essa resposta vem, vem de uma forma muito superficial, numa forma de apresentação que eu já questionei, que sempre tem uma estratégia de ter apresentações longas pra que o debate seja menor (CES - 1).

A gente gasta muita energia e muito tempo nos debates e estrategicamente a gestão tem sido eficiente nisso, ou seja, deixa gastar o tempo mesmo, deixa as falas se repetirem e quando chega os finalmente na hora H e no final da discussão não tem mais tempo, então tem sido a meu ver uma estratégia muito eficaz da gestão, e a gente tem engolido isso, então recentemente eu fiz essa proposta de mudar essa metodologia, de que a discussão não é a gestão sempre atrás perguntando e respondendo (CES - 4).

Acho que temos que debater mais, agora não é o governo falando uma hora e a gente questionando com dois minutos, então o Pessoal da gestão vem, apresenta os dados por uma hora, mas quando vai a discussão para o conselho, fica pouquíssimo tempo para discutirmos (CES - 2).

Uma discussão das contas das OSS nunca aconteceu no pleno. Em um dos últimos relatórios quadrimestrais, eu fiz vários questionamentos, e estou esperando até hoje no pleno, porque acho que isso é ruim, é bom a prestação de contas quadrimestral, mas é ruim porque não vem para o pleno do conselho, não vem para reunião ordinário, não tem discussão (CES - 3).

A partir das falas, é importante destacar a fala de Sano (2003), quando afirma que os mecanismos gerenciais de controle, não podem substituir os mecanismos políticos democráticos, mas sim que o desafio deve ser integrar mecanismos

gerenciais ao processo democrático para que a capacidade de manter a Gestão fiscalizada seja ampliada. Como exemplo desses mecanismos, podemos citar as consultas públicas antes da definição das prioridades de governo, a submissão dos relatórios ao Conselho Estadual de Saúde e até mesmo o envolvimento de cidadãos ou associações nas comissões que avaliam os resultados. Portanto, ao diminuir nos espaços democráticos o processo do debate e discussão, só enfraquece ainda mais o papel accountable que o controle social tem e que é dever do Estado garantir tal função.

O outro ponto a ser colocado, resultado dos fatores delineados pelos atores na restrição do diálogo quanto à prestação de contas das OSSs, é que isso impossibilita que o controle social tenha confiança no processo decisório - aprovar ou não a prestação de contas, o que implica de forma negativa na gestão da saúde pública. Não obstante, como destacado por Cotta et al. (2010) –, isso acaba por criar um hiato entre a relação Estado e sociedade. Com efeito, pode ocorrer um enfraquecimento da ideia de democracia, e, conseqüentemente, uma inserção menos contundente da accountability na saúde, nesse caso, especificamente das OSSs.

No que se refere aos instrumentos disponíveis para que o Conselho Estadual de Saúde possa atuar na accountability das OSSs, há um reconhecimento de culpa do próprio CES, que não vem sabendo quais ferramentas podem ou devem utilizar, e se as que vêm utilizando, estão sendo feitas de forma adequada, além de buscar uma integração com outros atores do controle.

Os encaminhamentos nunca acontecem de forma mais incisiva, sempre fica uma coisa muito solta, muito sem uma posição mais concreta do que deve ser feito e m função dos problemas detectados, ficam sempre um debate, talvez presentes só nas atas do conselho, mais sem nenhuma resolução, esse que é nosso principal instrumento de fazer pressão na Gestão (CES - 1).

Devemos convidar atores de outros órgãos, da academia, do ministério público, do tribunal, dar um parecer sobre determinada questão e o debate também ser duplo, não pode só a gestão ter que apresentar e responder da forma que ela bem entende (CES - 4).

Se esgotou o debate e a partir daqui vamos fazer o que com isso? Aí alguém redige uma resolução e essa resolução é aprovada, se não for

nesse mesmo dia, mais seria no seguinte. Enfim, ficar só no debate é o mesmo que dizer que o conselho não faz nada (CES - 3).

Ultimamente só utilizamos no máximo a ata, as críticas e questionamentos que deveriam ser feitos numa resolução, ficam apenas na ata. Isso tem sido uma fragilidade dos conselhos. Essa é a crítica que eu faço, que a gente publicou muita pouca resolução. Isso ajuda inclusive a gestão dizer “ah, então eu estou fazendo o meu papel, vocês é que não estão fazendo o de vocês direito” de certa forma tem razão nesse aspecto (CES - 1).

A resolução 453/12, que aprova as diretrizes para o funcionamento dos conselhos, descreve que o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. Em relação às resoluções, estas serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 trinta dias, dando-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 (PIRES; VAZ, 2012).

Fica demonstrado que o instrumento da resolução, do ponto de vista legal e prático, é o mais eficaz para dirimir dúvidas, solicitar informações e até mesmo apontar incongruências da gestão. Outro destaque é que o gestor tem até 30 dias para, além da garantia de publicidade, dar uma resposta ao que foi solicitado. No que tange as atas, esse é um instrumento apenas de prestação de contas das atividades do conselho, ficando apenas para conferência interna deste.

Vale lembrar, que os mecanismos que garantem a atuação do controle social perante a fiscalização das OSSs, não são capazes de garantir plenamente a accountability nestas, pois seus instrumentos não funcionam como um meio de punição, e sim mais como garantia no seu espectro legal de contribuir para a correção de falhas nos relatórios de prestações de contas e, conseqüentemente, o alcance dos resultados desejados. Portanto, é imprescindível a articulação dos conselhos de saúde com outras estruturas do controle externo, como o Tribunal de Contas e Ministério Público, estas que vem avançando no processo de controle e

fiscalização das contas das OSSs, fazendo com que a Gestão Pública da Saúde adote uma postura cada vez mais accountable (BERNARDO, 2009).

Ceneviva (2006) complementa que a visibilidade das ações do Poder Público é uma condição sine qua non para o êxito do controle social. Se os cidadãos não tiverem acesso às informações – ou tiverem acesso às informações incompletas – acerca das políticas e programas governamentais, eles terão dificuldades para controlar seus governantes. Assim, embora muitos mecanismos e agentes de controle social, tais como organizações da sociedade civil, associações de cidadãos e usuários de serviços públicos e a mídia, não disponham de capacidade institucional de imputar sanções diretamente a políticos, servidores públicos ou agências governamentais, nem por isso deixam de representar mecanismos efetivos de controle. Essa incapacidade formal de sanção direta não implica na ausência da possibilidade de sanção. Esses mecanismos de controle social apóiam-se, primeiramente, na capacidade de imputar sanções simbólicas; secundariamente, no seu poder de acionar mecanismos institucionais de controle – como o Ministério Público ou outras formas de controle judicial – como agentes de sanção.

## **6.2 Prioridade do papel político do controle social**

Um dos passos importantes para a edificação da cidadania é respeitar o papel político do controle social. É necessário entender que exercer esse papel é um direito do cidadão permeado pelo acompanhamento da gestão pública, em participar das diretrizes das políticas públicas, organizar-se politicamente para definir suas prioridades e principais demandas e, por fim, ter acesso aos resultados das ações governamentais.

O principal e maior passo para o amadurecimento da sociedade é a compreensão de que o processo eleitoral é apenas um dos passos para a democracia, sendo necessário que se tenha claro que a cidadania é um exercício permanente. Ela é construída e mantida através da participação contínua nas ações de governo e da avaliação permanente da pessoa eleita para gerenciar os recursos angariados da sociedade (VALLE, 2002).

Entretanto, o controle social não é algo fácil de se concretizar. A exposição teórica do controle social muitas vezes, não leva em conta o despreparo geral da sociedade, ao contrário, pressupõe uma sociedade capaz de compreender o funcionamento da máquina pública. O desenvolvimento do processo democrático depende de aprendizado, requer um projeto de educação de massa de longo prazo (SILVA, 2002).

Segundo Oliveira e Pinheiro (2010), para que o papel político do controle social funcione é preciso conscientizar a sociedade de que ela tem o direito de participar desse controle; é preciso criar instrumentos de participação, amplamente divulgados e postos ao alcance de todos. Enquanto o controle social não fizer parte da cultura do povo, ele não pode substituir os controles formais hoje existentes.

As falas a seguir de representantes de estruturas do controle externo, como TCE e MPE, e também do próprio conselho de saúde, salientam a importância e a proeminência do papel político desta instância na fiscalização das organizações sociais em saúde, e que inclusive, essa função deve ser buscada com prioridade quanto ao papel técnico que venham a exercer.

O mais importante que eu vejo do controle social, é o seu papel político de pressão, é a capacidade de tencionar, eu não acho que o conselho deveria se preocupar muito em exercer um papel técnico de controle, eu vejo o conselho com o potencial de exercer um papel político de pressionar politicamente o poder executivo, as organizações sociais, os órgãos de controle, para que os órgãos de controle respondam aos questionamentos, e há necessidade de informação dos conselhos sobre exercer isso (TCE - 2).

O conselho ele pode até ter um pouco de técnico, mas ele é essencialmente político, a ideia da criação do controle social que vem na Constituição, que vem na Lei orgânica, é de um órgão de controle popular de deliberação de política, isso perpassa a função técnica (MPE).

Muito conselheiros não tem uma capacitação digamos de entender uma contabilidade, mais eu acho desnecessário também isso, eu acho que o conselho tem que entender é se a política está caminhando num sentido ou no outro, pra fazer papel técnico já tem os tribunais de contas, já tem os outros órgãos, inclusive podemos trabalhar em parceria e até estamos avançando nesse sentido, e esses órgãos vão nos ajudar a fazer as interpretações pra gente perceber pra que lado está caminhando a política (CES - 1).

O papel do controle social é político. Ponto. Deve provocar, buscar visibilidade, porque o Controle Social só funciona quando ele consegue tensionar. Se ficarmos num plano técnico, isso desvirtuará o nosso real papel, que é político (CES - 3).

É evidente que os governos, e especificamente a gestão da saúde, age na maioria das vezes por pressão e cobrança da sociedade e de sua capacidade de mobilização, buscando a garantia da unidade em torno da defesa da saúde, como direito de todos e dever do Estado. E no tocante as OSSs, o controle social é um movimento que ainda tem muito a avançar na busca de um processo democrático mais sólido e impulsionador do estreitamento da relação entre sociedade e governo. Isso será fundamental para a sociedade ter acesso a informações sobre a forma como a Gestão conduz as OSSs por meio da prestação de contas – considerada aqui como instrumento de accountability – e, além disso, que o entendimento das informações contidas nessa importante ferramenta possua uma linguagem acessível ao meio social.

Em suma, Mawad (2002) afirma que o controle social não pode existir sem a accountability, pois, para que haja a fiscalização por parte do cidadão, duas condições são imprescindíveis:

[...] do lado da sociedade, o surgimento de cidadão consciente e organizado em torno de reivindicações cuja consecução pelo poder público signifique a melhora das condições de vida de toda a coletividade; e, da parte do Estado, o provimento de informações completas, claras e relevantes a toda a população.

Mota (2006) considera ação popular como um instrumento imprescindível para o exercício político do controle social na esfera da accountability, tendo em vista que o cidadão comum pode tomar atitudes em prol do interesse coletivo, em outras palavras, defender o interesse público. Por oportuno, salienta-se que o conceito de Campos (1990) a respeito da accountability como instrumento democrático é revigorado por Mota (2006), pois a evolução do estágio democrático é que propicia a aplicação das práticas do controle.

Campos (1990) ao considerar “às chances de que os cidadãos brasileiros – até aqui politicamente adormecidos – se organizem para exercer o controle político



do Estado,” faz alusão ao pouco conhecimento do cidadão comum a respeito dos seus direitos e que estes deveriam se utilizar de todo ferramental disponível para defender o interesse público. Com efeito, primeiro é preciso dotá-lo de um mínimo conhecimento a respeito das ferramentas que estão disponíveis em seu favor. E em segundo plano, é necessário transmitir informações que possam ser entendidas e avaliadas pelo cidadão comum, para que saiba participar da análise da prestação de contas.

Outro ponto a ser abordado, é a verificação de um eventual espaço para a accountability na administração pública brasileira, mais especificamente, dentro dos Conselhos de Saúde – considerados aqui como arenas públicas do exercício democrático. Neste sentido, contudo, as práticas de accountability ainda precisam de um alicerce democrático mais sólido para que seja possível explorar os benefícios deste instrumento em um nível mais elevado. E como buscar este alicerce democrático, distante das cooptações e fisiologismos? Dar respostas para o referido questionamento não se constitui em uma tarefa simples. A seguir, as falas dos representantes do controle social revelam o diagnóstico quanto à dificuldade de exercer o papel político diante dessa problemática.

Estar ali pressionando a gestão no aspecto mais político do que técnico é positivo, mas em relação as OSSs, ultimamente as medidas têm sido mais nesse sentido de a gestão não ser incomodada, então quanto mais livre melhor e, como a manipulação de certos usuários que vejo, na realidade a pressão na gestão sobre isso é sempre desmontado (CES - 3).

O conselho precisa ter uma militância forte como oposição, são atores, são lideranças que precisam reagir, exercer um papel político de questionar, exigir o debate, mas boa parte é ligada ao governo, e de certa forma amarra esses conselheiros, com mais dificuldade de ser crítico, não pode expor muito o governo, então muita das coisas são abafadas (FPPS - 1).

A gente é muito refém, o controle social ainda é muito fácil de ser dominado pela gestão, porque o poder da gestão é muito forte, tem alguns que não se deixa cortar, mas tem outros que se deixam muito fácil, uma troca de favores inclusive pequenos, é um acesso a uma consulta, um exame, e outros com nomeações de cargos e com a OSSs tudo isso facilita, porque eu fui da gestão e a gente percebia uma disputa dos políticos para indicar serviço gerais, motorista, porque eram as únicas possibilidades de colocarem apadrinhados com algum emprego. Imagine hoje como não acontece numa OS, de cargo de enfermeiro, médico (CES - 1).

Tem uma hegemonia muito grande das OSSs, e aí é difícil mobilizar trabalhadores para essa luta, porque muitos trabalhadores tem medo, medo mesmo de se colocar, de se mobilizar, eu trabalhei no início, eu já fui da

equipe social de lá, tem profissionais maravilhosos lá, que poderiam dar uma contribuição imensa pra essa luta, mas por uma questão mesmo de empregabilidade, não se mobilizam. E hoje as OSs é uma grande empregadora, então é difícil (FPPS - 2).

Não é de hoje que se faz o questionamento quanto ao fisiologismo e o nível de cooptação dos conselhos de saúde e outros espaços do controle social pela Gestão, e que isso compromete bastante a ascensão do conselho como um espaço político. Assim, muitas vezes, por mais que o controle social tenha informação, ainda tem muitos conselheiros que não entendem o seu papel enquanto representativo, de participar e entender uma política pública, além de atuar para que ela funcione.

Porquanto, ao adentrar a realidade dos conselhos de saúde é necessário primar por duas grandes vertentes propulsoras da accountability, quais sejam: promover a participação social num nível em que o controle das ações do Estado seja realizado por uma ampla e diversificada camada da sociedade; e instrumentalizar uma participação efetiva da sociedade por meio da análise de um relatório de prestações de contas compreensiva, pois é ele que vai municiar o conselheiro, representante da comunidade, com as informações necessárias para acompanhar, fiscalizar e apontar correções para o gestor da saúde local. Porém, para que os aspectos mencionados possam ser, de fato, vistos e aplicados, devemos considerar fatores que acabam por travar a proliferação de um ambiente democrático e o exercício do papel político (HIRANO, 2007).

Pinho e Sacramento (2009) trazem novamente à tona os referidos entraves:

Sociedade passiva, nepotismo, favoritismo, privilégios para alguns/poucos [...] autoritarismo, populismo, crise de credibilidade das instituições, principalmente o Congresso, o padrão casuístico dos partidos políticos, troca de votos". São questões como essas que impõem desafios para o pleno exercício da accountability na gestão pública como um todo. O preocupante é que os fatores elencados, em certa medida, também se fazem presentes nas instâncias do controle social no SUS.

Uma perspectiva que aparece nas falas de representantes da gestão estadual, é que a implementação do papel político nos conselhos deve estar separada das decisões de cunho administrativo que só competem ao gestor. Embora seja ressaltado o papel do controle social na discussão das políticas, mas a

função não pode se sobressair sobre questões puramente administrativas decididas pelo poder executivo.

O Conselho Estadual deve acompanhar as discussões de políticas, a democracia é plena, e tem que prestar contas e o conselho tem que aprovar. Agora, muitas vezes, há muita confusão com o executivo. Querer tomar e impor decisões que só podem ser tomadas pela Gestão. O controle social maior é da população, e que se dá pelo voto nas eleições. Até porque nós sabemos que nesses espaços existem toda uma concentração de opiniões que a sociedade brasileira rechaça (SES - 3).

Aconteceu de o conselho estadual querer que todos os contratos com OSSs fossem rescindidos e nós alegamos a impossibilidade de rescisão desses contratos, isso pode ser interessante do ponto de vista político, talvez até desenrolar um aprofundamento sobre isso, mas sabemos que essa decisão não é coerente e nem compete a eles, pois envolve até as estruturas jurídicas, até porque nem justificam pela má qualidade na prestação de serviços, mas pela inclusão das OSSs como prestadoras de serviços (SES - 1).

Uma coisa é o controle social divergir sobre pontos como a falta de transparência, falta de concurso público, ou fazer pressão sobre o desengavetamento da ação direta de inconstitucionalidade, a 1923, que justamente traz a questão da inconstitucionalidade das OS, né? Isso é papel político, mas que deve ter cuidado de não confluir para um papel administrativo (SES - 2).

Vale destacar que a ação de inconstitucionalidade das OSSs foi julgada em abril de 2015, no qual o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público. Por votação majoritária, a Corte julgou parcialmente procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923, dando interpretação conforme a Constituição às normas que dispensam licitação em celebração de contratos de gestão firmados entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação de serviços públicos de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde.

O voto condutor proferido pelo Ministro Luiz Fux afirmou que a atuação das entidades não afronta a Constituição Federal. Para ele, a contratação direta, com dispensa de licitação, deve observar critérios objetivos e impessoais de forma a permitir o acesso a todos os interessados. A figura do contrato de gestão, segundo explicou, configura hipótese de convênio por conjugar esforços visando a um objetivo comum aos interessados, e, por isso, se encontram fora do âmbito de

incidência do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, que prevê a realização de licitação. Ressalta-se que a questão da dispensa de licitação era um dos pontos mais questionados na ação, inclusive pelos movimentos sociais da saúde (BRASIL, 2015)

Um dos avanços que podemos destacar na ação para o processo da accountability foi de afastar qualquer interpretação que restrinja o controle da aplicação de verbas públicas pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas, e que tanto a contratação com terceiros como a seleção de pessoal pelas organizações sociais devem ser conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal. Além disso, como há dinheiro público envolvido, foi dado ênfase na necessidade ímpar da prestação de contas rigorosa.

Voltando a discussão das falas referidas pela gestão, deve ser colocado que o início da implementação das OSSs no Estado, não se deu de forma pacífica, pois da decisão da gestão com a aprovação da lei, até o primeiro serviço repassado a gestão das OSSs, foi um processo rápido, no qual o conselho de saúde teve pouco tempo na discussão. Isso pode explicar em parte os inúmeros questionamentos que são feitos pelo controle social, inclusive por questões administrativas. Embora no ponto de vista formal seja legal, e que a prestação desses serviços pelas OSSs já está pacífica nos tribunais, foi demonstrado nas falas anteriores de conselheiros, que politicamente é algo que não foi bem organizado. Ressalta-se que esse referido problema pode ser considerado de âmbito nacional, pois não é só no estado de Pernambuco, mas em outros estados também há essa insatisfação, de desde o início não ter se chegado a um consenso da gestão com os espaços de controle social sobre essa temática.

Segundo Behn (1998), para executar qualquer decisão política, é preciso separar a administração da política. Além disso, a separação entre administração e política permite que o processo governamental esteja conceitualizado de forma clara e linear: as pessoas elegem seus representantes legislativos e chefes do executivo; tais indivíduos (e seus assistentes políticos imediatos) desempenham a tarefa política de desenvolver e decidir sobre as políticas públicas; a seguir, o aparato

administrativo do governo determina a forma mais eficiente de implementar cada política e assim o faz; e finalmente, caso algo dê errado, as autoridades eleitas verificam o trabalho dos administradores.

Behn (1998) ainda afirma que conceitualizar o processo do governo dessa maneira também fornece um método claro, simples e direto do que ele chama de *accountability* democrática. Como a administração pode ser separada da política, e visto que o aparato burocrático do governo encontrará e escolherá o modo mais eficiente de implementar qualquer política, o público não precisa se preocupar com a administração. Tudo com o que os cidadãos devem preocupar-se é com a política. E se eles não gostarem das políticas do governo (ou de como a sua administração está sendo vista), eles têm meios diretos e eficazes de corrigir a situação: numa eleição, eles podem retirar as autoridades dos gabinetes. Isso é *accountability* política. Isso é *accountability* direta.

Entretanto, nessa distinção entre política e administração, deve-se ratificar que a função de um conselho de saúde, além de deliberativa, o seu marco legal lhe resguarda as funções de ser propositiva, avaliativa e fiscalizatória. Deve estar ciente de qualquer decisão administrativa tomada pela gestão, que no caso, é aquela, e somente aquela que vai realizar o ato de gerir, de administrar tais serviços. O mais importante de tudo é a gestão reconhecer a legitimidade política do controle social, e que invista nas relações transparentes com estas.

Finalmente, cabe mencionar os mecanismos políticos do controle social utilizados perante a gestão. Atualmente, a participação dos cidadãos pode se dar de muitas formas: por meio de auditorias externas independentes, nas audiências públicas no parlamento, na definição de critérios que devem guiar o controle por resultados das políticas e programas públicos e na participação em órgãos de fiscalização administrativa e financeira. Não obstante nessas formas de participação, existem canais e arenas especificamente vinculados à responsabilização por meio do controle social. Tais mecanismos constituem-se, basicamente, de consultas populares (plebiscitos e referendos); conselhos de usuários, consultivos ou deliberativos, ligados às diversas políticas (educação, saúde, etc.) ou programas

governamentais; processos de participação no estabelecimento de diretrizes orçamentárias; mediante a figura institucional do *ombudsman* – desde que dotado de autonomia funcional efetiva perante governantes e burocratas –; e através de parcerias com organizações da sociedade civil para a provisão de produtos e/ou serviços públicos. (CENEVIVA, 2006)

Partindo dessa premissa, alguns atores do controle social comentam a necessidade imprescindível de se buscar formas de fiscalização mais atuais e modernas ou até tradicionais, ambas pouco utilizadas, mas que se chegam rápido ao conhecimento da sociedade. Além disso, se referem à importância da procura pelo apoio da Academia, para se ter um maior embasamento no uso dos instrumentos de fiscalização disponíveis para com a gestão. Também se questiona a utilização destes.

Nós precisamos construir ações diretas para dialogar com a sociedade, isso é uma coisa que a gente precisa debater, a gente precisa ocupar as associações de bairros, a gente precisa dialogar de forma mais direta estabelecer um diálogo via as redes sociais, Twitter, Facebook, essas coisas que hoje a maior parte da população tem acesso, e também fazer ações diretas na rua, temos que fazer muito barulho em torno das prestações dos recursos dessas OSs, se a gestão não dá importância as nossas decisões, vamos levar isso pra sociedade de outras formas (FPPS – 1).

Eu questiono muito a pouca ou quase nenhuma parceria do conselho com a academia, seja fazendo de forma conjunta estudos, ou trazendo os estudos que vem sendo feitos por ela, e isso irá nos ajudar a fazer um debate mais crítico, fazer resoluções mais elaboradas. Sem isso, a gestão fica muito tranquila, sem muita dificuldade de lidar com esses temas porque ficam na superficialidade (CES - 1).

Sempre após o debate nos conselhos deveríamos fazer uma resolução, e quase não fazemos. Ela é nosso principal instrumento político, até porque é publicado no diário oficial, e é ainda a melhor forma oficial de se comunicar com a sociedade, quando fazemos são apenas o registro nas atas, algo mais interno (CES - 3).

Não há o que se discutir do valor de se fazer resoluções mais incisivas após qualquer deliberação do conselho, já que é uma forma de prestar contas para a sociedade. Mesmo que, a partir do momento que a gestão não segue ou não atende essa deliberação, mostra que o conselho vem agindo de forma mais concreta e que não fica apenas restrito ao debate. No entanto, do ponto de vista legal, uma resolução ainda é um instrumento frágil, pois não é delimitado que a gestão tem a

obrigação de cumprir o que esteja ditado nela. Mas, é evidente a sua importância politicamente, pois é uma publicação que pode ser usado como uma ferramenta de comunicação com outras estruturas do controle externo, como o Ministério Público e Tribunal de contas. Daí a necessidade de ser um documento com base crítica bem fundamentada, sendo relevante o apoio da Academia. No entanto, os conselhos precisam exigir dos gestores o cumprimento das decisões tomadas em seu âmbito, mas isso só será efetivo com um amplo trabalho de socialização das informações para que ocorra uma intervenção qualificada no sentido de exigir direitos e pressionar o poder público.

Sabe-se que o controle da atividade administrativa depende de instrumentos jurídicos adequados e satisfatórios, contudo nenhum instituto jurídico formal será satisfatório sem a participação popular. A democracia é a solução mais eficiente para o controle do exercício do poder. A omissão individual em participar dos processos de controle do poder político pode acarretar a ampliação do arbítrio governamental (JUSTEN FILHO, 2006).

Fica ratificado que o controle social é uma forma de accountability vertical que não se esgota com o processo eleitoral. Pelo contrário, dá-se de maneira ininterrupta, sem, no entanto, se contrapor às formas clássicas de controle. Efetivamente, como assinalam Abrucio e Loureiro (2005), está sujeito às mesmas condições que garantem a qualidade dos demais mecanismos de representação democrática, como: informação e debate entre os cidadãos, instituições que viabilizem a fiscalização e regras legais e normas sociais que incentivem o pluralismo, bem como o respeito ao império da lei e aos direitos dos cidadãos.

Portanto, não se deve fazer a opção por um sistema democrático estreito, mas sim por uma democracia participativa, ampla e plural. É ter um desejado diálogo entre sociedade e Estado. O Controle social, principalmente na figura dos conselheiros, deve ser pautado pelo compromisso, independência crítica e liberdade na formulação e fiscalização das políticas públicas. E cabe a Gestão respeitar esses espaços de consulta e de deliberação popular, evitando o papel de alguns conselhos, que muitas vezes são vistos apenas para cumprir agenda. Seja no

tocante as OSSs ou qualquer outro tema da agenda da saúde, quanto mais participação, as decisões serão mais qualificadas e próximas dos anseios da população, pois “não há democracia sem povo”.

### **6.3 Existência do papel ideológico e corporativo do controle social**

O sucesso da responsabilização por meio da participação social depende basicamente das mesmas condições observadas para o êxito da implementação de outras formas de accountability. A primeira, como aponta com precisão Conselho Latino Americano de Administração (2000), é a articulação com as instituições da democracia representativa; é preciso estabelecer arranjos institucionais que favoreçam o fortalecimento mútuo das instâncias de participação e representação e que não dêem meio à oposição entre ambas.

É importante salientar, que quando algumas formas de democracia são postas em prática sem que se tenha, anteriormente, realizado profundas reformas nas instituições democráticas no sentido de se fortalecerem as instâncias de representação, resultam com frequência no incremento da força e da influência de grupos mais organizados ou com maior poder econômico e político. É neste sentido que Cotta et al. (2009), tem chamado a atenção para o perigo da democracia participativa se converter num jogo de soma zero, no qual as conquistas de um determinado grupo da sociedade dão-se em detrimento de outro.

A segunda diz respeito ao fortalecimento das capacidades institucionais do Estado. A adoção de mecanismos de controle social só pode ter algum efeito positivo sobre a qualidade das políticas públicas se o aparato estatal for dotado de funcionários públicos capacitados, motivados e treinados para assegurarem a equidade na distribuição de recursos. Do contrário, a participação social pode apenas reforçar o poder dos grupos mais organizados da sociedade em detrimento dos mais pobres ou apáticos (ABRUCIO; LOUREIRO, 2005).

A terceira condição se refere ao desenho organizacional do Estado. Faz-se necessário criar ou fortalecer canais e arenas que dêem espaço para a participação e a vocalização das preferências dos cidadãos e as incentivem. Ou seja, é preciso



buscar um desenho que aproxime a administração pública dos cidadãos, pois não se pode perder de vista que o compromisso entre membros de uma comunidade política não se dá de maneira natural, mas, ao contrário, é intrinsecamente um processo conflituoso e árduo (MAINWARING, 2003).

É num contexto de conflitos derivados de posturas ideológicas e corporativas, que os gestores estaduais remetem em suas falas sobre alguns conselheiros na discussão das organizações sociais. A ênfase é colocada sobre as posições ideológicas de uma minoria, que acabam desvirtuando qualquer função técnica e política inerentes ao conselho estadual de saúde.

Qualquer discussão de OSs, principalmente nos questionamentos sobre a transparência, ela entrou na seara ideológica e aí quando entra nessa seara, as palavras são jogadas ao vento, é discurso mais planetário, e isso faz com que certas pessoas não queiram ouvir o que a gente está querendo dizer, sem sequer ler o que nós temos demonstrado. Então temos que ter muito cuidado para não entrar nessa questão ideológica, que por ser um governo de determinada posição, o modelo deve ser tal, a verdade é que o objetivo que é o objetivo mais caro para gente é a garantia de acesso à população pernambucana (SES - 1).

Muitos conselheiros não vão de peito aberto, para ouvir, para discutir e saber o que o outro está dizendo, falar, ser ouvido e ouvir, não querem sair do ideológico, e o SUS, a gente tem que blindar, que é o nosso maior patrimônio. E a gente precisa blindar de algumas questões, assim, político partidário, de alguns sindicatos que nesse momento, também se aproveitam (SES - 2).

Existe aqueles que só vão para ali para fazer oposição por oposição do quanto pior, melhor. E existem aqueles que vão, realmente, para contribuir e cumprir o seu papel. Agora veja, nós temos diferenças nas nossas casas, nós temos diferenças naquelas pessoas que a gente indica, então assim, do jeito que nós temos conselheiros combativos, com argumentos, tem gente que tem aquele discurso panfletário do jogar desculpa no ventilador para ver se aumenta (SES - 3).

Neste momento, a gente vive um momento que não é bom, com esse grupo que está hoje. Particularmente, a gente tem uma relação excelente com todos eles, mas eu acho que tem meia dúzia e alguns que não enxergam, que estão fazendo a oposição por oposição, mas dentro do SUS não tem inimigo. Estão trazendo uma discussão partidária para dentro de uma discussão tão cara (SES - 1).

Há uma linha de concordância de que a discussão ideológica prejudica a principal função do conselho de saúde, que é discutir a política pública, fiscalizá-la e deliberá-la. Há uma colocação, quando se afirma que os conselhos muitas vezes se assemelham a um movimento estudantil peleiro, de lutar por alguma uma pauta que

está distante do usuário que utiliza o SUS. Em relação às OSs, por ser um modelo de gestão criado para gerir serviços repassados pela administração pública, isso é mais notório ainda, sendo um discurso tomado ainda de forma predominante sobre terceirização, se é ou não privatização, se fere os princípios da administração pública, enquanto o debate sobre o controle de prestação de contas destes ficam superficiais. O entendimento é que a discussão ideológica deve ser feita em outro momento, especialmente nas eleições.

O que a sociedade precisa é participar mais do dia a dia do seu governo, buscando, por exemplo, os portais de transparência, se munir de informações e a partir de discussões críticas e contundentes, poderem dar uma excelente contribuição no processo de fiscalização do poder público. A partir do momento que se detecta a ausência da participação de conselheiros de maneira serena, às vezes sensacionalista, prejudica a credibilidade do controle social perante a gestão como um mecanismo de accountability.

Nesse cenário de tendências ideológicas repercutindo sobre os espaços de representação e participação da sociedade, é necessário refletir sobre a convivência entre as formas de democracia participativa e representativa. Assumindo que representantes dessas instituições participativas e representativas, não estão lado a lado, mas que devem se interconectar e exercer impacto e influência recíproca se conclui que existe uma combinação tensa e precária, cuja lógica, direção e sentido chegam a ser orientados pelas exigências e desafios próprios de uma competição eleitoral. Dessa forma, não há uma situação de complementaridade, mas uma combinação entre participação e representação, sob uma visão hegemônica de determinado grupo (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2007).

Ainda segundo Tatagiba e Teixeira (2007), a presença de tensão política no interior dos conselhos de saúde tem mostrado que este é mais um espaço das disputas partidárias da política tradicional, ultrapassando até questões ideológicas, no qual se subordina o estabelecimento dos acordos e as articulações necessárias à construção pactuada das políticas às estratégias eleitorais dos diferentes grupos em cada conjuntura específica. Os conflitos e disputas no conselho muitas vezes nem

estão relacionados às disputas de diferentes concepções, mas à disputa de poder político no sentido mais estreito pela conquista ou manutenção das maiorias eleitorais, sendo um conselho ocupado por conselheiros em íntima aliança com os governantes, e de um ou de outro lado, são defensores das posições de governo.

De certa forma quando certos membros do controle social fazem oposição ao governo, buscando uma postura mais ferrenha e combativa, ao mesmo tempo em que estão do lado do governo, existe uma dificuldade de ser coerente com determinadas posições, com o medo de alguma dessas serem entendidas contra o próprio governo. Isso é descrito pôr alguns conselheiros.

Esse negócio de dizer que quem fala mal do governo é oposição, eu discordo disso, o governo que o Lula teve que eu apoio eu tenho mais direito inclusive de criticá-lo, porque eu quero que ele caminhe no rumo certo, então existe essa dificuldade geral se você ser a favor de um governo não pode falar mal dele. Para mim é ao contrário, eu acho que a gente tem que se posicionar mais crítico ainda (CES - 1).

Acho que o controle social, independente das ideologias que determinados grupos tenham e se apoiam ou não tal governo, é preciso antes de tudo que estes tenham a capacidade de olhar o outro, de exercer o papel fiscalizatório e assim valorizar e representar a base que se está representando. Isso garantirá mais respeito e credibilidade ao controle social. É aceitar o contraditório e quando necessário questionar com preparo, independente de posições políticas (CES - 4).

Vieira (2010) em seu estudo observa que os representantes dos usuários se originam, em sua maioria, de locais ideologicamente parecidos, normalmente alinhados à esquerda, identificados na esfera da luta por justiça social. A configuração e a concepção desses espaços não têm atraído a participação de atores sociais posicionados em campos ideológicos muito distintos. Mesmo assim, todavia, essa aproximação ideológica não tem conseguido expressão na representação de usuários que viabilize a construção de um projeto político comum. O que se observa é que, pelo contrário, esses grupos têm se utilizado desses espaços para tentar delimitar cada vez mais as suas diferenças de ideias, o que dificulta a articulação e a construção de consensos de posicionamentos para o interesse coletivo.

Na verdade, o que acaba acontecendo é que a persistência de uma relação conflituosa entre gestores, trabalhadores e usuários tem contribuído para que os

conselheiros mantenham e fortaleçam a postura de veto imediato às propostas e iniciativas dos gestores do sistema, gerando uma tensão negativa para o processo participativo. Observa-se que vetar uma proposta é muito mais fácil que unir e negociar interesses de segmentos diversos, porque o veto a uma política não é percebido enquanto prejuízo à sociedade e não há como medir e nem responsabilizar as suas consequências. Entretanto, há nos conselhos a tendência ao favorecimento da postura do veto, comprometendo o debate e a negociação sob a ótica dos interesses da coletividade. Cortês et al. (2009), afirmam que as dificuldades aumentam ainda mais quando o poder executivo, ao verificar a permanência dessa postura, passa a desconsiderar as “deliberações” do conselho e a deslocar suas decisões para outras instituições, em especial as Comissões Intergestores, seja a tripartite, bipartites e regionais, desconsiderando em diversos momentos as decisões tomadas pelos âmbitos do controle social.

Segundo Labra (2001), as comissões Intergestoras criadas juntamente com os colegiados de participação social (Conselhos de Saúde), nos anos 1990, acabaram tornando-se espaços privilegiados de tomada de decisão no âmbito do Estado, e com isso o papel político e deliberativo dos Conselhos de Saúde secundarizou-se. Esse dado acerca do enfraquecimento do papel político dos Conselhos de Saúde é ressaltado por pesquisas que refletem criticamente sobre os impasses dos conselheiros de saúde. Gerschman (2004) e Cortês *et al.* (2009) argumentam que os Conselhos de Saúde vêm perdendo terreno perante os interesses dos atores estatais, pelo menos em duas configurações atuais do processo deliberativo. Na primeira, os gestores tomam as principais decisões sobre as políticas de saúde no âmbito das Comissões Intergestores e com isso passam à frente da instância de deliberação pública. Na segunda, os conselhos passam somente a funcionar como esfera de homologação das escolhas políticas dos atores estatais. De qualquer forma, o papel político dos Conselhos de Saúde se fragilizam, acarretando o desvirtuamento do controle social. Assim, ressaltam que a criação das Comissões afetou negativamente o funcionamento das arenas deliberativas e sua capacidade de se tornarem fóruns centrais de decisão sobre as escolhas de políticas de saúde.

Segundo Lavallo (2008), o termo controle social tem sido preferido pelos conselheiros para denominar os próprios conselhos, certamente por suas atribuições mais diretamente relacionadas ao “poder” do movimento social de reprovar e sancionar atos governamentais. De certa forma, essa tem sido a tônica vocacional dos conselhos, sustentada especialmente por aqueles que os integram, o que não significa que esta função de controle seja desempenhada com eficiência. Os conselhos como espaço de negociação de interesses diversos idealmente não deveriam eleger como tática o confronto. A experiência acumulada mostra que há conselhos que se transformaram em espaço de disputa entre os segmentos, seja por recursos, seja por interesses particulares. Nestes casos, o que prevalece é o deslocamento do interesse público. Se a função nobre dos conselhos é exercer influência nas decisões acerca das políticas de saúde, a maior habilidade que deve ter um conselheiro é a capacidade de negociação.

A própria postura isolacionista de alguns conselheiros seria reflexo de “ações isoladas e corporativistas que bloqueiam” os trabalhos compartilhados entre gestores e conselheiros. Dessa maneira, a prática corporativista aliena a arena deliberativa e torna inoperante o processo de tomada de decisão política. (GOULART, 2010)

Assim, a questão da democracia nas práticas dos conselhos tem sido um tema que começa a ser observado por alguns estudiosos. Nesse sentido vem sendo observada a perda do caráter da diversidade e do poder da representação nesses espaços. Isso se dá pela formação de uma “elite de referência”, ou seja, pelo corporativismo, há o exercício de um poder maior de um grupo sobre o conjunto de atores que, geralmente, apresentam maior capacitação técnica ou política, maior perfil socioeconômico e que consegue ter maior poder de influência em relação a outras representações (ABRANCHES; AZEVEDO, 2004).

Vale salientar que um dos maiores trunfos da sociedade é a sua diversidade que deve ser expor a pluralidade a ser representada no espaço público. Paradoxalmente, entretanto, a ausência da prática política das representações dos usuários transforma a diversidade em motivo para a fragilidade. Isso tem como

resultado uma representação de usuários que não consegue se articular e construir consensos em torno de suas demandas. O produto disso é que no processo de escolha, a sociedade acaba sendo influenciada, quando não atropelada, pelos posicionamentos de outros segmentos, seja dos trabalhadores ou do governo (LUCHMANN, 2008).

Na prática, Martins et al. (2008) indicam que nessa situação, a representatividade da população de usuários do sistema fica prejudicada. O processo de representação também é tolhido quando o conselheiro não mantém os seus vínculos com a base, seja no processo de repassar as informações discutidas no pleno do conselho, seja na articulação de posições com suas bases previamente sobre aquilo que será debatido e decidido nas reuniões plenárias

Se as disputas partidárias são constantes entre as organizações de movimentos sociais e representantes da sociedade civil, isso ocorre também no segmento dos profissionais de saúde. Os problemas relacionados às representações de trabalhadores dependem muitas vezes do poder de interferência do governo em cada conselho e das relações que as organizações de trabalhadores têm com os governos. Frequentemente observa-se que o trabalhador de saúde é levado a votar com o governo para manutenção de seu emprego. Situação mais complexa ocorre quando as organizações de trabalhadores são parte de partidos políticos e as decisões passam a ser tomadas de acordo com as disputas que ocorrem entre partidos ou centrais sindicais, havendo, pois, o deslocamento de contendas típicas da ação sindical ou de outros espaços para os conselhos de saúde.

Um dado que aparece de forma homogênea, colocada tanto pelos gestores como pelos representantes do controle social, é que mesmo naquelas situações mais diferenciadas, com o atropelo das posições ideológicas e partidárias, há uma discussão sobre a sobrecarga das funções de fiscalização e controle aliadas a pouca transparência e ao despreparo dos conselheiros para o desempenho dessas tarefas, contribuindo ainda mais para o baixo desempenho dos conselhos. Todo esse conjunto de situações contribui para o fortalecimento do caráter centrado na

fiscalização e no poder de veto prevalente nos conselhos e demais mecanismos de participação social.

Por mais que a gestão discuta tecnicamente, trabalhando com uma metodologia discutida e alinhada, no pleno do conselho, o conselheiro não se qualifica, tem conselheiro que participa de três, quatro, cinco conselhos, participa do da saúde, mais da educação, da criança e juventude, do meio ambiente. Imagina ter um aprofundamento sobre as OSs, um tema tão importante, fica muito complicado essa desqualificação que vemos. Porque assim, não dá para estar estudando, monitorando tudo (SES - 1).

Não se pode ficar apenas no achismo, sem nenhuma fundamentação, independente da posição partidária e ideológica que tenha, o conselho precisa ter base técnica para discutir. E você levar a pauta sem você se dar o trabalho nem de ler o que o outro escreveu, você chegar atirando e assim, sem permitir que o outro se coloque. Então, eu acho, que hoje, o conselho ele precisava ser mais bem preparado, e desde o nascedouro dele, qual é o meu papel enquanto conselho, eu topo ser conselheiro, ou eu quero ir só para o furdunço do ser contrário (SES - 2).

Nós já temos uma heterogeneidade no controle social, e alinhada com uma desqualificação, desfavorece ainda mais. Eu acho que os movimentos devem ter uma estratégia, que é direcionar suas escolhas de representantes entre aqueles que são considerados mais preparados para os debates e para a complexidade dos temas discutidos (FPPS - 1).

O conselho hoje, ele precisa, até antes da qualificação técnica, de pessoas que, efetivamente, queiram participar de um trabalho que é um trabalho árduo, que é um trabalho que exige da pessoa presença, estudo, qualificação, mas também o discernimento, o entendimento, a vontade de servir o coletivo, eu acho que esse é o ponto inicial (CES - 3).

Portanto, a qualificação é necessária para o controle social atuar na fiscalização diária da gestão, principalmente quando envolve uma pauta mais complexa, como da prestação de contas das OSSs, e mesmo que a crítica seja logicamente desconfortável, de todo ela é benéfica, segura e indispensável. O desafio então é tomar posições e decisões com eficiência, com bom senso e vigor. Além disso, como afirma Dahl (2005), cabe à gestão oferecer abertura para o diálogo, mas alinhado com críticas sérias e bem sustentadas dos agentes da sociedade, sem a mistura com posições ideológicas e partidárias. Isso favorece a ideia de que para a nova gestão pública, qualquer mecanismo de *accountability* deve permitir que o público participe do debate, seja sobre a escolha das metas, no acompanhamento e avaliação da consecução das mesmas como um todo.

Em nenhuma hipótese, pode haver forças que agem para diminuir os espaços de participação social. A democracia, ao mesmo tempo em que não pode ser

delegativa, deve ser cada vez mais representativa e participativa. Além disso, nesses espaços se deve garantir diversidade dos membros, ter critérios transparentes de escolha destes, rotatividade e publicidade dos seus atos. Todavia, não adiante só mais espaços, precisa de mais vozes, e vozes qualificadas que façam com que as demandas desses sujeitos sejam expressadas e ouvidas. Enfim, não se pode perder tempo divagando sobre temas que estão distantes da sociedade, ou sobre o que não tem condição de fazer.

Bernardo Toro, em entrevista nas páginas amarelas da revista Veja, em novembro de 2015, afirma que, ao falar de mobilização da sociedade através de espaços de controle social, e nesse caso podemos aplicar aos conselhos de saúde, estas não devem tratar a discussão de forma ideológica nem romanceada, mas utilizar a ciência que faz a sua engrenagem funcionar melhor, tornando-o mais produtivo e respeitado. Não adianta restringir-se ao terreno do imaginário e nem com ações isoladas de determinados grupos, que conduzem ao ativismo passageiro e a movimentos sem rumo e nem resultado. É preciso o controle social ter no horizonte metas bem definidas e dar visibilidade ao que foi alcançado (WEINBERG, 2015).



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática do exercício permanente da *accountability* no controle social é importante para elevar a governança na medida em que se amplia a confiança mútua entre Estado e sociedade. Quanto melhor governança, mais capacidade de firmar pactos, mais eficiente tende a ser o governo e, conseqüentemente, mais benefícios serão gerados para a sociedade. Este é um círculo saudável que precisa ser implantado pelos gestores públicos (CARBARI, 2004).

Assim, para a construção da cidadania e, conseqüentemente, da democracia, duas condições se fazem imprescindíveis: do lado da sociedade, o surgimento de cidadãos conscientes e organizados em torno de reivindicações cuja consecução pelo poder público signifique a melhora das condições de vida de toda a coletividade; e, de parte do Estado, o provimento das informações corretas, claras e relevantes a toda a população, reforçando a legitimidade das políticas públicas e a segurança de seus atos (VALLE, 2002).

Contudo, no tocante ao estudo, na discussão do papel técnico dos conselhos, não basta a gestão divulgar dados sobre as contas das OSSs e afirmar que segue à risca o princípio constitucional da publicidade. Os dados divulgados precisam ser compreensíveis para que possam atingir um objetivo bastante nobre: permitir o controle, sobretudo o controle social, que é a forma mais eficaz de controle da Administração Pública. Assim, é premissa eliminar qualquer barreira de acesso aos documentos, exigindo mais transparência, e ao mesmo tempo com linguagem clara e sólida. Isso também contribuirá para um aumento da confiança e crédito da sociedade com a gestão.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, implementada a partir do ano de 2000, elegeu a transparência como um de seus pilares, a qual não é praticada pela mera disponibilização de informações, mas pela disponibilização de informações que possam ser compreendidas pelo cidadão mediano. É necessário que exista compatibilidade entre a linguagem adotada para informar com a linguagem usual do destinatário da informação; do contrário, torna-se impossível o exercício do controle

por parte daquele que a recebe. Isso corrobora a imprescindibilidade do papel técnico do controle social.

É importante salientar que o controle social necessita de mecanismos através dos quais eles podem exercer a accountability das OSSs, e a educação permanente foi uns dos instrumentos citados para a garantia da qualificação dos conselheiros, já que alguns atores, seja da gestão e de até alguns conselheiros, corroboram uma carência qualitativa do controle social para exercer a fiscalização das prestações de contas das OSSs. Entretanto, outros atores afirmam que cabe a Gestão investir e estimular a capacitação dos conselheiros, o que em relação às OSSs, ainda é superficial.

Atualmente, apesar da reivindicação de maior transparência, há uma reclamação frequente dos representantes do controle social, de que nos espaços legítimos, como no Conselho Estadual de Saúde, há pouco tempo para que se possam discutir problemas e assim obrigar a Gestão a corrigi-los. Essa restrição do diálogo quanto à prestação de contas das OSSs, é que na maioria das vezes impossibilita que o controle social tenha confiança no processo decisório - aprovar ou não a prestação de contas, o que implica de forma negativa na gestão da saúde pública. No entanto, há um reconhecimento de culpa do próprio Conselho, que não vem sabendo quais ferramentas podem ou devem utilizar, e se as que vem utilizando, estão sendo feitas de forma adequada, além de falta na busca de uma integração com outros atores do controle externo, como o TCE e MPE, atores estes que já vem executando há mais tempo o processo de fiscalização das OSSs.

O estudo também destaca a importância do papel político dos representantes que fazem o controle social, no sentido de este ser um espaço de pressão e de exigência, e que não deve sofrer qualquer forma de cerceamento no campo das ideias e das propostas que incitam o debate público, pois isso compromete bastante a ascensão do conselho como um espaço político para o debate das políticas de saúde e de atuação para que as mesmas aconteçam. Já a perspectiva abordada pelos representantes da gestão estadual, é que a implementação do papel político nos conselhos deve estar separada das decisões de cunho administrativo que só

competem ao gestor. Embora ressaltem o papel do controle social na discussão das políticas, mas a função não pode se sobressair sobre questões puramente administrativas que só podem ser decididas pelo poder executivo. Enfim, a função política do Controle social deve ser pautado pelo compromisso, independência crítica e liberdade na formulação e fiscalização das políticas públicas. E cabe a Gestão respeitar esses espaços de consulta e de deliberação popular.

O terceiro ponto do estudo, quanto aos conflitos derivados de posturas ideológicas e corporativas, que atores remetem em suas falas sobre alguns conselheiros na discussão das organizações sociais. Na percepção dos gestores, a ênfase é colocada sobre as posições ideológicas de uma minoria, que acabam desvirtuando qualquer função técnica e política inerentes ao conselho estadual de saúde. Contudo, há uma linha de concordância de que a discussão ideológica prejudica a função do conselho de discutir a política pública, fiscalizá-la e deliberá-la. Quanto às OSSs, o discurso não pode ser mais tomado predominantemente sobre terceirização, se é ou não privatização, se fere os princípios da administração pública, enquanto o debate sobre o controle de prestação de contas destes ficam em segundo plano.

Segundo Bispo Júnior (2013), é evidente que as ameaças à democracia são concretas e, muitas vezes, imperceptíveis porque nem sempre são provenientes de campos ideológicos e podem se manifestar até mesmo em ambientes considerados democráticos. É preciso reconhecer estas ameaças, estabelecendo permanentes atitudes e práticas para salvaguardar e fortalecer a democracia. O modelo ideal de democracia prima pela participação da sociedade nas decisões públicas, influenciando diretamente às instituições, mas alinhado com críticas sérias e bem sustentadas, sem misturar com posições ideológicas e partidárias.

É importante frisar o destaque que Moroni (2005) faz do que considera mitos quanto a afirmações sobre o controle social, e que se relacionam aos argumentos do presente estudo. O primeiro deles é que “a participação por si só muda a realidade”, ou seja, não adianta que os sujeitos tenham direito a uma cadeira, se eles não conseguem com que suas demandas e proposições sejam ouvidas no espaço

público. Isso, para o autor, é a despolitização da participação, é o participar somente por participar. O segundo mito é “a sociedade não está preparada para participar, como protagonista, das políticas públicas”. De acordo com essa concepção, a diferença de conhecimento, o acesso à informação e o poder entre representantes da sociedade e os especialistas ou gestores leva à crença de que a sociedade só poderia exercer um papel secundário nesse processo. Isso explica muitas vezes o fato da predominância das opiniões e posições do gestor ou trabalhadores de saúde nos conselhos sobre os usuários.

Vale salientar ainda os poucos trabalhos publicados de orientação empírica na literatura brasileira a respeito do tema. Nota-se, mais especificamente, uma necessidade de analisar a respeito do funcionamento do mecanismo do controle social, verificando quais limites e possibilidades da ampliação e aperfeiçoamento dos mecanismos de controle sobre recursos, sobre as políticas públicas e, mais amplamente, sobre a administração pública. Dos instrumentos que vem sendo utilizados, quais as informações contidas nestes, a quantidade e qualidade dos dados fornecidos. O diagnóstico formulado por O’Donnell (1998), de um déficit de accountability na democracia brasileira, seguramente está correto. Mas, com certeza, está longe de ser uniforme, sendo necessário uma profundidade para a corroboração plena de tal afirmação.

Portanto, nos últimos anos, o Brasil vem passando por um momento ímpar de sua história, caracterizado, sobretudo, pela consolidação do Estado de Direito e pelo fortalecimento da Democracia. Dentre as manifestações representativas desse estágio evolutivo, destacam-se a liberdade de expressão e o avanço significativo dos espaços de controle social. Pode-se dizer que este é o momento apropriado para a criação e aprimoramento de sistemas de controles que proporcionem maior facilidade de entendimento por parte do cidadão, para que este possa analisar criticamente as informações disponibilizadas pela gestão pública.

## 8 RECOMENDAÇÕES

A verificação de cumprimento de metas e da execução orçamentária referente ao recurso repassado para OSSs é realizada fundamentalmente através da análise dos relatórios periódicos de atividades elaborados com base nos contratos de gestão. Uma das recomendações é a implantação de um software para “prestação de contas” eficiente e funcional, que possibilitasse ao conselho de saúde: (a) o monitoramento das ações e metas pactuadas em cada contrato de gestão através dos indicadores; (b) o acompanhamento das informações de resultados financeiros referente aos recursos repassados para cada OS, inclusive comparações entre “realizado” e “orçado”; (c) o acesso a qualquer documentação necessária à prestação de contas OS.

Sabe-se que a accountability de uma organização social descreve o sistema pelo qual as ações da organização são dirigidas e controladas. Desse modo, aponta-se para um modelo de accountability desenvolvido por Matacena (2007), que poderia ser utilizado no software, no qual sugere um processo de prestação de contas de três níveis que considera a dimensão efetividade social (a capacidade de atingir metas sociais), institucional (respeito das normas legais e auto-impostas), e os econômicos e financeiros para avaliar a medição de desempenho e o tempo para executar a sustentabilidade da atividade. Esse poderia ser um modelo padronizado de informações das OSSs a ser repassado ao controle social.

É importante destacar também o papel fiscalizador das OSSs no desenho institucional da accountability, realizada em ambiente amigável, livre de posições ideológicas e interesses partidários e de determinados grupos corporativos, levando o usuário a elaborar suas consultas e deliberar suas decisões, com isenção, de acordo com suas necessidades e ao mesmo tempo induzindo a uma maior transparência da gestão pública.

Entretanto, além do controle social ter uma atuação livre para agir no controle das atividades e processos que são executados pelas OSSs, é necessário que se busque uma integração maior, e nesse caso criar até uma possível comissão intersetorial, que articularia os conselhos com outras estruturas do controle externo,

como a ALEPE, MPE e TCE, o que ajudará principalmente no *feedback* dos resultados reais dessas OSSs comparados com o que foi planejado.

Recomenda-se a gestão, além do respeito à autonomia do controle social, via conselhos de saúde, dotar um sistema de informações específico para as OSSs, não só devido a sua complexidade e por ser permeado por tantas polêmicas, mas para executar a *accountability* de forma mais eficaz, contendo de forma completa e clara o orçamento, custos e apuração de resultados destas. Com isso, a gestão trará segurança, confiabilidade e transparência das informações financeiro-contábeis e administrativas. Além disso, como afirma Larroudé (2006), deve estar atento ao constante aperfeiçoamento da governança, notadamente sob o viés da *accountability*, primando pelo diálogo e busca de consensos com todos os órgãos que fazem o controle.

## REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; KECK, M. Representando a diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n52/a08v2152.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ABRANCHES, M.; AZEVEDO, S. de. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos; RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S. de (Org.). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 206-29.

ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da Administração pública à luz da experiência internacional recente. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p. 173-200.

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Finanças públicas, democracia e accountability. In: BIDERMAN, Ciro; ARVATE, Paulo (Org.). **Economia do Setor Público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 49-66.

ABRÚCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração do Estado**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, jul./set., 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

AGUIAR, U. D.; ALBUQUERQUE, M. A. S.; MEDEIROS, P. H. R. **A administração pública sob a perspectiva do controle externo**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

ALCOFORADO, F.; MORAES, T. C. Responsabilização na gestão das políticas públicas e a contratualização com organizações sociais. **Revista Brasileira de Direito Público**, Belo Horizonte, v. 7, n. 24, p. 95-108, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.editoraforum.com.br/ef/index.php/conteudorevista/?conteudo=57069>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-86, 1999.

ANDRÉ, M. A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. RAE: **revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 42-52, jul./set. 1999.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização a legitimidade da ação. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais como forma de gestão público/ privado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483 – 2495, 2010.

BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 49, n. 4, p. 5-45, 1998. Trimestral.

BERNARDO, R. A. **Public Services Agreements as a tool of performance accountability: the UK case**. 2009. Dissertação (mestrado). London School of Economics and Political Science, London, 2009.

BIRKINSHAW, P. J. **Freedom of Information and Openness: Fundamental Human Rights**, *Administrative Law Review*, Washington, v. 58, n. 1, p. 177-218, 2006.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Accountability**. Dicionário de política. 12. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2004. p. 10-13.

BORGES, T. J. G. Práticas de Accountability na Administração Pública Brasileira: existe espaço para este Instrumento na Saúde Pública Tupiniquim via Conselhos de Saúde?. In: Encontro da ANPAD, 38, 2014, Rio de Janeiro. **É possível verificar práticas de accountability na Saúde Pública**. Rio de Janeiro: anpad, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2015.



BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências, Brasília, DF, 27 jul. 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais [on-line]. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 101, de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em: 24 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 28 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Câmara da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília: Cadernos Mare, 1997.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n.1.923/DF**. Brasília, 2015. Relator: Ministro Ayres Britto. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado).

\_\_\_\_\_. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina**. São Paulo: 34, 1996.

\_\_\_\_\_. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 41, n.1, p. 112-16, 1998.

\_\_\_\_\_. Democracy and public management reform: building the republican state. Oxford: Oxford University, 2004.

CAMPOS, A. M. Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.30-50, 1990.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P. E. A reforma do estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 201-26, 2003.

CENEVIVA, R. Accountability: novos fatos e novos argumentos: uma revisão da literatura recente. In: Anais do EnANPG-2006. **É possível verificar práticas de accountability na Saúde Pública?**. São Paulo. Novembro de 2006.

CENEVIVA, R. Avaliação e Accountability no Setor Público: um vínculo possível e desejável. **Alcance (UNIVALI)**, v. 14, n. 2, p. 7-26, 2007.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

COELHO, V. S. P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos-CEBRAP**, v. 78, n. 4, p. 77-92, 2007.

COHN, G. Introdução da obra de Weber. In: **Parlamento e governo na Alemanha reordenada: Crítica política da burocracia e da natureza dos partidos**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 58-78.

CONSELHO LATINO AMERICANO PARA O DESENVOLVIMENTO. **La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana**. Buenos Aires: Eudeba, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003**: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012**: Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html)>. Acesso em: 28 jun. 2015.

CORTES, S. M. V. et al. Conselho Nacional de Saúde: Histórico, Papel Institucional e Atores Estatais e Societais. In: CORTES, S. M. V. (Org). **A participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 111-25

CORBARI, E. C. **Accountability e Controle Social**: Desafio à Construção da Cidadania. Curitiba: Unibrasil, 2004. (Cadernos da Escola de Negócios da UniBrasil).

COTTA, M. M. R. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 419-38, 2010.

CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberto e criação. In: MINAYO, C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 55-61.

DAHL, Robert A. **Poliorquia**: participação e oposição. São Paulo: USP, 2005.

DURÁN, P. R. F. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. **Desigualdade & Diversidade** (PUCRJ), Rio de Janeiro, v. 12, p. 61-90, 2013.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS**: história da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FANELLI, J. M.; FRENKEL, R.; ROZENWURCEL, G. **Crecimiento y reforma estructural em América Latina**, Buenos Aires: Cede, 1992.

FERREIRA, S. A. As organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público: considerações sobre seu regime jurídico. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro: Renovar, n. 217, p. 207-42, 1999.

FLEURY, S. Tendências e perspectivas da autonomia e regulação da gestão pública no Brasil. In: Seminário ENSP/ FIOCRUZ / ESPP. **Reformas da Administração Pública e a Nova Gestão Pública**. Rio de Janeiro. Novembro de 1996.

GAETANI, F. La intrigante reforma administrativa brasileira. **Revista Del CLAD Reforma y Democracia**, Caracas, n. 16, p. 2-16, 2000.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1670-81, 2004b.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 18-32, 2010.

GONÇALVES, A. et al. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1001-1013, 2014.

HIRANO, A. C. Y. **Accountability no Brasil: os cidadãos e seus meios institucionais de controle dos representantes**. 2007. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de direito administrativo**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage; 1996.

LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, 2001

LARROUDÉ, E. R. A. **Accountability de organizações do espaço público não-Estatal: uma apreciação crítica da legislação brasileira**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2006.

LAVALLE, A. G.; CASTELLO, G. Sociedade, representação e a dupla face da accountability. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 67-86, 2008.

LEARNER'S. **Accountability**. Dictionary of current english. Oxford: Oxford University Press, 1978

LEITE, A. M. G. N. **Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LÜCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no Orçamento Participativo. **Cadernos do CRH**, Salvador, v. 21, p. 87-97, 2008.

MAINWARING, S.; WELMA, C. **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University, 2003. (Oxford Studies in Democratization).

MARANHÃO, J. Origem, importância e competência do Tribunal de Contas: a Constituição de 1988 e o Tribunal de Contas. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**, Recife, v. 2, n. 2, p. 219-235, 1990. Disponível em: <[https://periodicos.tce.pe.gov.br/seer/ojs.2.3.6/index.php/Revista\\_TCEPE/article/view/67/44](https://periodicos.tce.pe.gov.br/seer/ojs.2.3.6/index.php/Revista_TCEPE/article/view/67/44)>. Acesso em: 11 set. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, E. C. Government, Political Actors and Governance in Urban Policies in Brazil and São Paulo: Concepts for a Future Research Agenda. **Brazilian Political Science Review**, Brasília, v. 7 n. 3, p.8-35, 2013.

MAWAD, A. P. B. Sistema de informação e cidadania: um desafio na gestão de recursos públicos. In: VI Prêmio Tesouro Nacional, 2001, Brasília. **Monografias Vencedoras: Finanças Públicas**. Brasília, 2002, pp. 511-549.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil; Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATACENA, A. Accountability e social reporting nelle imprese sociali. **Impresa Sociale**, Bologna, v.76, n.1, p. 12–39, 2007.

MEIRELLES, H. L. **Accountability**. Direito administrativo brasileiro. 40. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

MELLO, C. A. B. **Curso de Direito Administrativo**. 17. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

MELO, P. H. P. G. **Organizações sociais em Pernambuco**: o desenho institucional de controle externo sobre os contratos de gestão. 2012. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

MERRIAN-WEBSTER'S. **Accountability**. Collegiate dictionary. 10. ed. Springfield, MA: Merriam-Webster, Inc., 1996. p. 65.

MICHAELIS. **Accountability**. Dicionário prático inglês-português/português-inglês. São Paulo: Melhoramentos, 1988. p. 131.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

MORONI, J. A. O Direito à Participação no Governo Lula. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.29. n. 71, p. 68- 77, 2005.

MOTA, A. C. Y. H. A. **Accountability no Brasil**: os cidadãos e os seus meios institucionais de controle dos representantes. 2006. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

NUNES, A.; PAES, J. E. S. **Terceiro setor**: controle e fiscalização. 2. ed. São Paulo: Método, 2006.

O'DONNELL. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, São Paulo, n. 44, p. 27-52, 1998.

OLIVEIRA, A. S. Perspectivas para o controle social e a transparência da administração pública. In: Prêmio Serzedello Corrêa, 2001, Brasília. **Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle social e a Transparência da Administração Pública**, Brasília: TCU, 2002, p. 143-210.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 34-46, 2010.

PEREIRA NETO, A. F. **Conselhos de favores: controle social na saúde: a voz dos seus atores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

PEREZ, A.S.M.; NAVARETE, M.L.V. Técnica cualitativas em salud. In: NAVARETE, M.L.V. et al. **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud**. Barcelona: Universit autônoma de Barcelona, 2008. Tema 3.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Decreto nº 23.046, de 19 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a qualificação e funcionamento das organizações sociais. Recife, 2001. Disponível em: <http://www.arpe.pe.gov.br/downloadDoc.php?d...f=108.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.629 de 28 de janeiro de 1999. Dispõe sobre a estrutura organizacional do Poder Executivo Estadual, cria e extingue cargos e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Recife, 1999. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=11629&complemento=0&ano=1999&tipo=>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Estadual nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as organizações sociais de saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado**, Recife, 2013. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.600, de 15 de julho de 2004. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado**, Recife, 2004. Disponível em: [http://www.tce.pe.gov.br/internet/dmdocuments/Lei-Organicaatualizada\\_2012.pdf](http://www.tce.pe.gov.br/internet/dmdocuments/Lei-Organicaatualizada_2012.pdf). Acesso em: 24 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas do Estado. Resolução TC nº 0020/2005. Dispõe sobre os institutos da Organização Social – OS e da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, regulamenta a prestação de contas dessas entidades

ao Poder Público e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Recife, 2005. Disponível em: <<http://www.tce.pe.gov.br/resolucao-virtual/2005/r202005.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE**. Recife, 2011.

\_\_\_\_\_. **Unidades e serviços da Secretaria de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-servicos>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

PINHO, J. A. G.; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, Brasília, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

PIRES, M. C. S. Reforma do Estado e Organizações Sociais. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 29, n. 4, p. 41-99, 1998.

PIRES, R.; VAZ, A. **Participação social como método de governo?** Um mapeamento das “interfaces socioestatais” nos programas federais. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

PRESTES, M. L. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 3. ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

PRZEWORKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Ed FGV, 1998. p. 210-245

RODRIGUES, T. et al. A importância e operacionalidade da accountability para as organizações sociais. **Revista da Faculdade Santo Agostinho**, Teresina, v. 10, p. 44-65, 2013.

SACRAMENTO, A. R. S. **Lei de responsabilidade fiscal, accountability e cultura política do patrimonialismo: um estudo exploratório em seis municípios da Região Metropolitana de Salvador**. 2004. Dissertação (Mestrado) — Núcleo de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

SANO, H. **Reforma do Estado, Organizações Sociais e Accountability: o caso paulista**. 2003. Dissertação (mestrado) – Escola de Saúde Pública, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.



SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, F. A. S. et al. Motivações para expansão de organizações sociais da saúde: percepção de gestores estaduais. **Revista de enfermagem ufpe on line**, Recife, v. 8, p. 2220-2227, 2014.

SANTOS, L. Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 371-381, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Da%20Reforma%20do%20Estado%20%E0%20Reforma%20da%20Gest%20o%20Hospitalar%20Federal%20algumas%20considera%20%E7%F5es.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

SCHEDLER, A. Conceptualizing accountability. In: SCHEDLER, A.; DIAMOND, L.; PLATTNER, M. F. **The self-restraining state**. Power and accountability in new democracies. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, 1999. p. 105-129.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista Administração Pública**. Brasília, v. 4, n. 2, p. 347-69, 2009.

SILVA, F. C. C. Controle Social: reformando a Administração para a sociedade. In Prêmio Serzedello Corrêa, 2001, Brasília. **Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle social e a Transparência da Administração Pública**, Brasília, TCU, 2002, p. 21-74.

SILVA, C. M. F. P. Organizações sociais: natureza jurídica da responsabilidade civil das organizações sociais em face dos danos causados a terceiros. **Revista Eletrônica de Reforma do Estado**. Brasília, v. 15, n. 8, p. 201-8, 2006.

SILVA, F.B; JACCOUD, L; BEGHIN, N. Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias. In JACCOUD, L. (Org.) **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/ Cap\\_8-10.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/ Cap_8-10.pdf)> Acesso em: 24 set. 2015

SORRATO, J.; WITT, R. R.; FARIA, M, E. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova: Revista Cultura e Política**, 1999; 48(3): 187-212.

TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A. C. C. **O papel do CMS na Política de Saúde em São Paulo**. São Paulo: Pólis, 2007. (Cadernos do Observatório, nº 29).

TENÓRIO, et al. A relação entre a sociedade civil e o Estado na formulação de políticas públicas na microrregião de Garanhuns. In: PEREIRA, et al. **Gestão social e gestão pública: interfaces e delimitações**. Lavras: Ed. UFLA, 2011. p. 88-102.

TIBÉRIO, A. A.; SOUZA, E. M.; SARTI, F. M. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n.1, p.557-68, 2010.

VALLE, V. R. L. Controle Social: promovendo a aproximação entre administração pública e a cidadania. In Prêmio Serzedello Corrêa, 2001, Brasília. **Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle social e a Transparência da Administração Pública**, Brasília, TCU, 2002, p. 75-142.

VIEIRA, N. A. **A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2010.

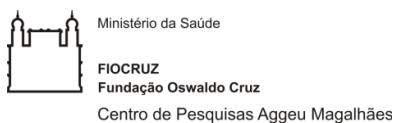
VIOLIN, T. C. Da administração pública patrimonialista à administração pública gerencial e a burocracia. **Revista de Administração Constitucional**, Brasília, v. 7, n. 30, p. 225-47, 2007.

WEBER, M. **Ciência e política, duas vocações**. 12. ed. São Paulo: Martin Claret, 2004.

WEINBERG, M. **Entrevista com Bernardo Toro**. Páginas Amarelas. Veja, São Paulo, n. 2463, p. 13-16, nov, 2015. Páginas amarelas.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um Conselho de Saúde em SC. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p. 1621-1628, 2002.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar de acordo com a proposta de estudo sobre o tema **“O papel do Controle Social na Accountability das Organizações Sociais do Estado de Pernambuco: percepção dos atores”**. O estudo faz parte da pesquisa intitulada “O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde de 2006 a 2012”. Foi-me esclarecido que a minha participação no referido estudo consistirá em responder algumas perguntas numa entrevista, correspondendo ao objetivo de levantar as informações necessárias ao estudo. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a Accountability das Organizações Sociais no Estado. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pelo pesquisador. Ao participar o (a) senhor (a) tem garantido os seguintes direitos:

- 1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;**
- 2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;**
- 3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;**

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

**Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética do CPqAM-FIOCRUZ-PE pessoalmente ou pelo telefone (81) 21012639. Endereço: Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629.**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães



Centro Nacional de Governança

Alguns procedimentos preliminares à entrevista deverão ser realizados, tais como:

- Agendar e confirmar com os Atores Sociais da Pesquisa a data, o horário, e local;
- Checar todo o material necessário à realização da entrevista: gravador, roteiro da entrevista, cópia do Projeto de Pesquisa (Manual do Pesquisador), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Diário de campo e caneta esferográfica.
- Fazer uma breve introdução do objetivo da pesquisa, enfatizando o conceito da Accountability.

### PERGUNTAS:

- 1) Como o Sr. (a) vê o papel do controle social no tocante a Accountability das OSS?
- 2) Quais os mecanismos da Accountability pelos quais vocês estão envolvidos e como vem ocorrendo essa execução?
- 3) Qual a sua percepção quanto ao papel de outros atores (SES, ALEPE, TCE, MPE) no exercício da Accountability das OSS e a relação com o controle social?
- 4) Quais os avanços e aperfeiçoamentos (mudanças) que o Sr. (a) vê no papel desenvolvido pelo controle social decorrentes da Accountability nas OSS
- 5) Quais as falhas e obstáculos existentes para esse processo de controle social na fiscalização das OSS?
- 6) E tem alguma coisa que não foi perguntado, que gostaria de abordar?

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER DE RELATÓRIO PARCIAL

**Título:** O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise abrangente sobre gasto público, acesso e performance das assistências à saúde de 2006 a 2011.

**Pesquisador responsável:** Garibaldi Gomes Dantas Gurgel

**Instituição de realização do projeto:** CPqAM e Escola Politécnica Joaquim Venâncio – Fiocruz-RJ

**Instituições Envolvidas:** CPqAM e Escola Politécnica Joaquim Venâncio – Fiocruz-RJ

**Data de aprovação do projeto no CEP/CPqAM:** 06/09/2011

**Data de apreciação do relatório parcial no CEP/CPqAM:** 01/10/2014

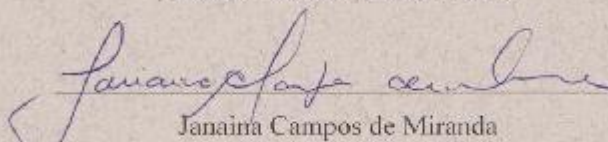
**Registro no CAAE:** 0037.0.095.000-11

Prezada Dr. Garibaldi Gomes Dantas Gurgel

Após analisar o relatório parcial referente ao projeto em pauta na reunião do CEP/CPqAM que ocorreu dia 01 de outubro de 2014, informamos que o referido relatório foi deferido, pois se encontra em concordância com a Resolução da CNS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, número 466, de 12 de dezembro de 2012.

O CEP/CPqAM defere também quanto à solicitação do pesquisador responsável pelo projeto para prorrogação de prazo de conclusão do estudo, que fica alterada para o dia 01 de outubro de 2015.

Recife, 17 de outubro de 2014.

  
Janaina Campos de Miranda

Coordenadora CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Nobre, 111  
CEP 50.070-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3455.1811 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
cep@cep@cpqam.fiocruz.br

Janaina Campos de Miranda  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 484177  
CEP/CPqAM/FIOCRUZ



1/2