



**WIRLA CAVALCANTI REVORÊDO**

**O PAPEL DO TRIBUNAL DE CONTAS NA PROMOÇÃO DA EFETIVIDADE  
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO  
BASEADO NA VISÃO DOS *STAKEHOLDERS***

**Recife-PE**

**2006**

**WIRLA CAVALCANTI REVORÊDO**

**O PAPEL DO TRIBUNAL DE CONTAS NA PROMOÇÃO DA EFETIVIDADE  
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO  
BASEADO NA VISÃO DOS *STAKEHOLDERS***

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília, da Universidade Federal de Pernambuco, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. José Francisco Ribeiro Filho

**Recife-PE**

**2006**

**WIRLA CAVALCANTI REVORÊDO**

**O PAPEL DO TRIBUNAL DE CONTAS NA PROMOÇÃO DA EFETIVIDADE  
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO  
BASEADO NA VISÃO DOS *STAKEHOLDERS***

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília, da Universidade Federal de Pernambuco, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. José Francisco Ribeiro Filho

Área de concentração: Mensuração Contábil

Linha de pesquisa: Contabilidade Gerencial e Custos

Aprovada em 20 de abril de 2006

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Dr. José Francisco Ribeiro Filho (UnB, UFPB, UFPE, UFRN), orientador;

Prof. Jorge Expedito de Gusmão Lopes, Ph.D. (UnB, UFPB, UFPE, UFRN),  
examinador interno;

Prof. Dr. Josir Simeone Gomes (UERJ), examinador externo.

## DEDICATÓRIA

Ao meu bom Deus, sempre presente em minha caminhada, iluminando os meus passos, dando a força e sabedoria necessárias para a obtenção de conquistas e superação dos obstáculos. Sem a ajuda e a orientação magnânimas do Senhor Deus não teria sequer iniciado este projeto. Somente com a Sua presença junto a minha pessoa foi possível concluir cada etapa.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Almir Revorêdo e Maria José Cavalcanti Revorêdo, por terem-me apoiado em todos os momentos, sempre me ajudando quando eu precisara.

Ao meu noivo Ronaldo Albuquerque Lima, pelo incentivo contínuo, privando-se de situações agradáveis, procurando auxiliar-me.

Ao Professor Dr. José Francisco Ribeiro Filho, por ter-me concedido o privilégio e a oportunidade de concretizar um trabalho, bem como pela forma como ele conduziu a orientação desta pesquisa, pela sua paciência e amizade, muito me honrando por ter sido meu orientador.

Aos Professores Jorge Expedito de Gusmão Lopes, Ph.D., e Dr. Josir Simeone Gomes, por suas preciosas contribuições para a versão final do trabalho.

Aos colegas de turma, pelo apoio e incentivo, bem como pelo esforço integrado nos momentos mais difíceis, principalmente, à colega Edjane Maria Oliveira, que sempre me apoiou de perto, demonstrando amizade incontestável.

Ao mestre em Letras, Leonardo Mozdzenski, pela revisão de linguagem.

## RESUMO

A importância da efetividade dos recursos públicos empregados nas mais diversas áreas de atuação do Estado tem sido uma preocupação crescente de diferentes setores da sociedade, principalmente porque as necessidades desta tendem a crescer em um ritmo mais acentuado que os recursos disponíveis empregados para satisfazer as necessidades desta mesma sociedade. Em virtude da escassez dos recursos públicos, é imprescindível que se investiguem formas de promover a efetividade da saúde pública e em especial dos hospitais públicos. Este estudo tem por finalidade analisar, sob a ótica dos *stakeholders* interessados na atuação dos hospitais públicos, o papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, na condição de órgão de controle externo determinado constitucionalmente, no que se refere ao seu exercício, enquanto promotor da efetividade dos hospitais públicos estaduais. A identificação e a análise dessas percepções foram possíveis a partir da formulação de um questionário contendo dezoito questões fechadas e uma aberta, que foi submetido a cinco grupos de *stakeholders*. Definiu-se uma escala gradativa de respostas para cada questão fechada, sendo os dados tratados com a utilização do SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*. As medidas orientadoras dos testes de hipóteses foram obtidas a partir da utilização de teste não-paramétrico Prova de Kruskal-Wallis para  $k$  amostras independentes. Em relação à questão aberta, foi utilizada a análise qualitativa – análise de conteúdo – com a finalidade de obter, a partir de descrição do conteúdo das respostas, categorias de análise relativas a cada grupo de *stakeholders*. Os resultados revelaram que as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* foram concordantes. Os respondentes têm a convicção de que, de uma forma geral, o papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos, quanto à prestação de serviços de saúde, na visão dos diferentes grupos de *stakeholders*, deveria ser: um controle rigoroso com atuação coercitiva e punitiva; como também uma atuação educativa, preventiva; além de uma atuação que possibilite o controle social, com uma parceria do próprio Tribunal de Contas com as entidades representativas da sociedade, representando o controle social, a fim de prosseguir em direção à efetividade na fiscalização dos recursos públicos.

**Palavras-chave:** contabilidade, *accountability*, *stakeholder*, efetividade, hospitais públicos, Tribunal de Contas

## ABSTRACT

The importance of effectiveness related to the way public resources are used in the various areas in which State acts has been an increasing concern from different groups of society, mainly because this society's needs tend to grow faster than the available resources used to satisfy social necessities. By reason of the scarcity of public resources, it is essential to investigate how to promote effectiveness of public health system, particularly connected to public hospital services. This study aims to analyze – from the perspective of the stakeholders interested in the public hospitals' performance – the role of Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco as an agency of external control, constitutionally established, promoting effectiveness in state public hospitals. The identification and the analysis of these perceptions were possible with the production and application of a questionnaire contending eighteen closed questions and one opened question, which were submitted to five groups of stakeholders. A gradual scale of answers for each closed question was defined. It constitutes the data submitted to analysis by using SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. The guiding measures of hypothesis testing were obtained by using nonparametric Test of Kruskal-Wallis for  $k$  independent samples. In terms of the opened question, qualitative analysis – or content analysis – was used with the purpose of creating, from the description of the answers' content, some categories of analysis to each group of stakeholders. The results reveal that the perceptions of the different groups of stakeholders were similar. The respondents were often sure that the role of Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco in promoting public hospital services' effectiveness should enclose these following aspects: a rigid control with coactive and punitive actions; an educative and preventive action; and moreover, an attitude that makes social control possible, with a partnership between Tribunal de Contas and representative entities of society, representing the social control, in order to continue in direction to effectiveness in the fiscalization of public resources.

**Key-words:** accountancy, accountability, stakeholder, effectiveness, public hospitals, *Tribunal de Contas*.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Elemento da Política versus Mecanismo Potencial para Reduzir disparidades.....	56
Tabela 2 – Síntese dos Graus de Concordância entre os Grupos de <i>Stakeholders</i> no Caso das Questões Abertas.....	83
Tabela 3 – Percepções dos Grupos de <i>Stakeholders</i> nas Questões Fechadas.....	133

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Forma de atuação do Tribunal de Contas – preventiva e educativa.....	85
Gráfico 2 – Confiança dos usuários do SUS nos postos de saúde municipais.....	87
Gráfico 3 – Quantidade de profissionais da saúde na rede	

pública.....	89
Gráfico 4 – O acesso aos serviços públicos de saúde nos hospitais	
públicos estaduais.....	92
Gráfico 5 – A forma de atuação do Tribunal de Contas perante os hospitais	
públicos em relação ao Princípio da Eficiência praticado pelos	
gestores de hospitais públicos.....	94
Gráfico 6 – A procura de atendimento relativo a pequenos procedimentos	
pelos usuários do SUS em postos municipais.....	96
Gráfico 7 – Eficiência, Eficácia, Efetividade e Resultados – categorias conceituais	
que fazem parte das características de funcionamento dos	
hospitais públicos.....	98
Gráfico 8 – A concentração de serviços de saúde prestados pelos hospitais	
públicos estaduais, em Recife, tem prejudicado a	
universalização do acesso aos serviços de saúde .....	100
Gráfico 9 – Forma de atuação do Tribunal de Contas – coercitiva.....	103
Gráfico 10 – O atendimento oferecido aos usuários do SUS é tempestivo	
e humanizado.....	105
Gráfico 11 – Relatórios do Tribunal de Contas para subsidiar os gestores de	
hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos	

financeiros e materiais, mediante auditoria operacional.....	107
Gráfico 12 – A quantidade de profissionais da saúde na rede pública é bem distribuída.....	109
Gráfico 13 – O sistema de controle interno dos hospitais públicos tem refletido o esforço dos gestores em criar as condições para uma avaliação adequada dos resultados, eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.....	111
Gráfico 14 – Os usuários do SUS estão bem informados sobre os tipos de procedimentos que são realizados pelos postos municipais.....	114
Gráfico 15 – A implantação de sistema de controle de custos promove a qualidade dos serviços prestados, bem como a efetividade dos hospitais públicos.....	116
Gráfico 16 – O usuário do SUS tem percebido a melhoria nos serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais.....	119
Gráfico 17 – Relatórios do Tribunal de Contas para subsidiar os gestores de hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos humanos, mediante auditoria operacional.....	121
Gráfico 18 – Após conseguir atendimento (ter acesso) aos serviços públicos estaduais de saúde, a prestação destes serviços é adequada..	124

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
Art.	Artigo
CNBB	Conselho Nacional dos Bispos do Brasil
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NAP	Nova Administração Pública
ONG	Organização Não-Governamental
PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPP	Parceria Público-privada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UNATI	União dos Alunos da Terceira Idade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	13
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	18
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.4 JUSTIFICATIVA .....	19
1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	20
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1 CONTROLE DOS RECURSOS PÚBLICOS .....	21
2.1.1 CONTROLE SOCIAL .....	29
2.2 EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, EFETIVIDADE E EQUIDADE .....	36
2.3 ORIGEM HISTÓRICA E PAPEL DOS TRIBUNAIS DE CONTAS.....	42
2.4 A NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E A REFORMA DO ESTADO.....	45
2.4.1 A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA DE ESTADO NO BRASIL.....	49
2.4.2 A REFORMA NO SETOR DA SAÚDE EM OUTROS PAÍSES.....	53
2.4.2.1 SITUAÇÃO DA SAÚDE EM DIVERSOS PAÍSES .....	53
2.4.2.2 REFORMA DA SAÚDE EM DIVERSOS PAÍSES.....	58
2.4.3 A REFORMA NO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL.....	63
2.4.3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS .....	65
2.5 OS STAKEHOLDERS RELACIONADOS À ÁREA DE SAÚDE.....	66
<b>3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>68</b>
3.1 AMOSTRAGEM .....	74
3.2 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	80
<b>4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>82</b>
4.1 FORMA DE ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS – PREVENTIVA E EDUCATIVA.....	83
4.2 CONFIANÇA DOS USUÁRIOS DO SUS NOS POSTOS DE SAÚDE MUNICIPAIS.....	85
4.3 QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA REDE PÚBLICA.....	88
4.4 ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS.....	90
4.5 A FORMA DE ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS PERANTE OS HOSPITAIS PÚBLICOS EM RELAÇÃO AO PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA PRATICADO PELOS GESTORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS.....	92

4.6 A PROCURA DE ATENDIMENTO RELATIVO A PEQUENOS PROCEDIMENTOS PELOS USUÁRIOS DO SUS EM POSTOS MUNICIPAIS.....	94
4.7 CATEGORIAS CONCEITUAIS - EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, EFETIVIDADE E RESULTADOS .....	97
4.8 A INFLUÊNCIA DA CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS, EM RECIFE, NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	99
4.9 FORMA DE ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS – COERCITIVA.....	101
4.10 O ATENDIMENTO OFERECIDO AOS USUÁRIOS DO SUS - TEMPESTIVO E HUMANIZADO.....	103
4.11 RELATÓRIOS DO TRIBUNAL DE CONTAS PARA SUBSIDIAR OS GESTORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS QUANTO À MELHORIA NO USO DE RECURSOS FINANCEIROS E MATERIAIS .....	105
4.12 DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA REDE PÚBLICA .....	107
4.13 REFLEXO NO CONTROLE INTERNO DAS AÇÕES DOS GESTORES .....	109
4.14 INFORMAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS QUANTO AOS TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS POSTOS MUNICIPAIS.....	112
4.15 PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DA EFETIVIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS PELA IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE CONTROLE DE CUSTOS.....	114
4.16 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS QUANTO À MELHORIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS.....	116
4.17 RELATÓRIOS DO TRIBUNAL DE CONTAS PARA SUBSIDIAR OS GESTORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS QUANTO À MELHORIA NO USO DE RECURSOS HUMANOS .....	119
4.18 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS ESTADUAIS DE SAÚDE APÓS A OBTENÇÃO DO ACESSO.....	121
4.19 O PAPEL DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO NA PROMOÇÃO DA EFETIVIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS QUANTO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	124
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>136</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>138</b>
<b>7 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>138</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE – QUESTIONÁRIO APLICADO NO LEVANTAMENTO DOS DADOS .....</b>	<b>150</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A Administração Pública tem mudado seu *modus operandi* continuamente, nos últimos anos, com impacto na forma de gerir os recursos públicos e na própria prestação dos serviços públicos à população, devido aos novos conceitos que foram incorporados na área de gestão pública, decorrentes de uma nova visão gerencial suscitada por diversas pesquisas acadêmicas, que tiveram implementação na prática do exercício de governar em diversos países, tais como Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos da América, dentre outros; além de ter havido uma maior e crescente divulgação dessas novas práticas, propiciada pelo grande desenvolvimento tecnológico na área das comunicações.

Essa “Nova Administração Pública” ou “Nova Gestão Pública” (*New Public Management*), entendida como sendo uma série de doutrinas surgidas a partir da década de 80 que serviram de suporte teórico-ideológico a movimentos de reforma do Estado em diversos países, como os acima citados, provocou avanços. Estes têm gerado desafios na reestruturação de todo o aparato administrativo do Estado, levando ao confronto com os métodos tradicionais de gestão, os quais têm sido substituídos pelos novos, de um modo paulatino e irreversível. Com essa nova forma de gestão, tem havido uma maior participação dos cidadãos, que se tornaram mais atuantes no processo de decisões e, principalmente, no controle dos serviços prestados pelas entidades públicas, como se observa na obra de Osborne e Gaebler (1997).

Com o choque do petróleo e o aumento das taxas de juros internacionais, a crise dos anos 80 se instalou no Brasil, marcando o fim do milagre econômico e o início da inflação.

Em 1985, o país completava sua transição democrática, consolidando-a mais tarde com a aprovação da Constituição de 1988, que ampliou os direitos sociais. A Nova República instalada, durante os dois primeiros anos, ignorou a crise fiscal e a necessidade de rever radicalmente a forma de o Estado intervir na economia. As tentativas frustradas dos planos Cruzado (1986), Bresser (1987) e Verão (1989) agravaram ainda mais a situação econômica do Brasil. No campo da saúde, com a aprovação da Lei 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde, consolidou-se a chamada Reforma Sanitária, que estendeu o direito de atenção à saúde a toda a população do país.

Para implementar efetivamente o direito à saúde à população brasileira, é imperioso que se investiguem formas de promover a efetividade (resultados efetivos) da saúde pública, e em especial dos hospitais públicos, pois os recursos disponíveis são limitados, e a sociedade está desejosa por uma gestão não apenas eficiente, mas, sobretudo, efetiva. Ou seja, não basta deter a corrupção ou não desperdiçar recursos, os resultados para a sociedade (*outcomes*) têm que ser efetivos.

Observando-se as percepções dos diversos atores relacionados com a questão da saúde pública, procurou-se nesta pesquisa investigar o papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, como órgão de controle externo competente, na promoção da efetividade dos maiores hospitais públicos estaduais.

## 1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Em virtude dos poucos estudos referentes à atuação do Tribunal de Contas, como órgão de controle externo, determinado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no que tange à auditoria de recursos públicos aplicados na área da saúde, especialmente quanto à promoção da efetividade dos hospitais públicos, a presente pesquisa tem como meta investigar, na visão dos *stakeholders* envolvidos, mediante *survey*, o papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, enquanto promotor da efetividade<sup>1</sup> dos hospitais públicos estaduais do Estado de Pernambuco.

O termo *stakeholder* significa qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou ser afetado pelas decisões de uma organização, isto é, qualquer parte interessada por determinada entidade ou mesmo uma área de interesse, como expõe Feeman (1984, apud GOMES, 2004). Em outras palavras, os *stakeholders* são os colaboradores da organização.

Os *stakeholders* listados a seguir foram escolhidos por representarem os segmentos interessados no objeto da pesquisa em tela:

- Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, num total de sete, – representam os responsáveis pelas decisões emanadas pela Egrégia Corte;
- Diretores de hospitais públicos estaduais, num total de seis, – são os responsáveis pela administração dos maiores hospitais públicos estaduais que possuem uma maior autonomia financeira;

---

<sup>1</sup> No atual estudo, a efetividade refere-se aos resultados e impactos (*outcomes*) proporcionados pelos hospitais públicos do Estado de Pernambuco à população que os procuram.

- Conselho Estadual de Saúde (CES), que é regido pela Lei Estadual N.º 12.297, de 12 de dezembro de 2002, que foi alterada pela Lei Estadual N.º 12.501, de 16 de dezembro de 2003, e regulamentada pela Resolução N.º 196, de 16 de abril de 2003. O CES desempenha o controle social e está representado pelos seus segmentos, a saber: dos Usuários, dos Trabalhadores de Saúde e dos Gestores/Prestadores.

Em relação à formulação do problema de pesquisa, Triviños (1990, p. 97), ressalta as principais diferenças entre os tipos de formulação de problemas de pesquisa com relação ao enfoque teórico do investigador, classificando-os em enfoque positivista, fenomenológico, e dialético, conforme abaixo:

A primeira, a do enfoque *positivista*, coloca a ênfase nas *relações* entre as variáveis que devem ser *objetivamente medidas*, destacando o apoio da estatística para atingir essa finalidade. Mas, talvez, seja a visão estática, *fixa*, fotográfica, da realidade seu traço mais peculiar. A segunda formulação, a de natureza *fenomenológica*, põe em relevo as percepções dos *sujeitos* e, sobretudo, salienta o *significado* que os fenômenos têm para as pessoas. O terceiro enunciado, o *dialético*, dá a impressão da *historicidade* do fenômeno, o que não se observa nos outros enunciados; suas *relações* a nível mais amplo situam o problema dentro de um contexto complexo ao mesmo tempo que, *dinamicamente* e de forma específica, estabelece *contradições* possíveis de existir entre os fenômenos que caracterizam particularmente o tópico. (grifos do autor)

Em virtude de o problema estar focado em conhecer as visões dos *stakeholders* relacionados direta ou indiretamente com a saúde pública, a presente pesquisa, com relação ao enfoque teórico do investigador, enquadrar-se no enfoque fenomenológico. Em outras palavras, aqui, está-se interessado em conhecer a percepção dos *stakeholders* escolhidos quanto ao fenômeno – o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos.

A efetividade, segundo Baracho (2000, p. 141):

mede o impacto final da atuação sobre o total da população afetada. Na administração pública, o valor efetivo ou potencialmente criado não pode ser medido com base exclusivamente nos produtos (*outputs*), já que estes quase nunca têm significação em si, mas em relação aos resultados e impactos (*outcomes*) que geram.

Logo, a efetividade está relacionada com objetivos e indicadores de impactos (resultados) na realidade que se quer transformar. No caso da atual pesquisa, a efetividade refere-se aos resultados proporcionados pelos hospitais públicos do Estado de Pernambuco à população que os procuram.

O Tribunal de Contas, como órgão de controle externo responsável pela fiscalização dos demais órgãos públicos, previsto pela Constituição Federal de 1988, no seu artigo 70, tem entre suas atribuições a fiscalização (auditoria) operacional, cuja abordagem incide sobre a análise da gestão, verificando-se os serviços colocados à disposição da sociedade pelos órgãos públicos auditados. Logo, esta forma de auditoria proporciona tende a focar a efetividade dos órgãos fiscalizados. No caso da atual pesquisa, estes seriam os hospitais públicos estaduais, que prestam à população um serviço de saúde.

Do acima exposto, aflora o questionamento que a pesquisa investigará:

*Sob o prisma da accountability dos recursos públicos empregados em hospitais públicos estaduais, qual o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade destes hospitais públicos, segundo a visão dos stakeholders concernentes?*

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar, sob a ótica dos *stakeholders* interessados na atuação dos hospitais públicos, o papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, na condição de órgão de controle externo determinado constitucionalmente, no que se refere ao seu exercício, enquanto promotor da efetividade dos hospitais públicos estaduais.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Revisar os principais pontos relativos ao processo de transição pelo qual tem passado a administração pública brasileira, desde os idos do paradigma burocrático até o que hoje se denomina de Nova Administração Pública;
- b) Descrever o sistema de saúde existente no Brasil, com ênfase no Sistema Único de Saúde, este sendo considerado público e de acesso universal, além de trazer informações sobre os sistemas de saúde em outros países;
- c) Revisar os conceitos referentes aos *stakeholders*, em especial, no que se refere aos grupos relacionados com o setor de saúde, especificamente aos hospitais públicos;

d) Inferir, a partir da visão dos *stakeholders* estabelecidos, o papel do Tribunal de Contas, considerando-se o enfoque da *accountability* dos recursos públicos;

e) Discutir acerca do papel do Tribunal de Contas enquanto controle externo, referente à fiscalização na área da saúde, sobretudo no que diz respeito à promoção da efetividade dos hospitais públicos estaduais.

#### **1.4 JUSTIFICATIVA**

A importância da efetividade dos recursos públicos empregados nas mais diversas áreas de atuação do Estado tem sido uma preocupação crescente de diferentes setores da sociedade, principalmente porque as necessidades desta tendem a crescer em um ritmo mais acentuado que os recursos disponíveis empregados para satisfazer as necessidades desta mesma sociedade, conforme se observa na realidade, além do relatado pelos inúmeros trabalhos das ciências sociais aplicadas. Assim, esta sociedade tem demandado, cada vez mais, melhores resultados de seus governantes na aplicação dos recursos públicos, os quais, em última instância, pertencem a toda a sociedade brasileira.

Por conseguinte, o tema da presente pesquisa foi escolhido pelos seguintes motivos:

1. Existe a necessidade de informações adequadas que subsidiem corretamente os gestores públicos, de modo a permitir a melhor decisão para otimizar o resultado de suas ações na consecução dos programas de governo;

2. As ações planejadas e executadas pelos gestores públicos devem ser monitoradas pelos órgãos de controle interno e externo, além de serem avaliadas pela sociedade, mediante o controle social;
3. A Constituição Federal de 1988, a Lei Complementar Federal N.º 101, de 4 de maio de 2000, e a sociedade estão demandando informações voltadas para eficiência<sup>2</sup>, eficácia<sup>3</sup> e efetividade de gestão dos recursos públicos, a fim de atender às reais necessidades dos usuários;
4. Em decorrência da escassez de recursos, notadamente os públicos, a sociedade está ávida por uma gestão não só eficiente, mas, sobretudo, efetiva, ou seja, não basta parar a corrupção ou não desperdiçar recursos, os resultados para a sociedade (*outcomes*) têm que ser efetivos;
5. Como pressuposto inicial para uma qualidade de vida adequada para o ser humano está uma boa condição de saúde, sem a qual se provoca uma deterioração do próprio ser. Devido à escassez dos recursos públicos, é mister que se perquiram formas de promoção da efetividade da saúde pública, especialmente dos hospitais públicos.

## 1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A atual pesquisa tem como delimitadores, no espaço e no tempo, o descrito abaixo:

---

<sup>2</sup> A eficiência diz respeito a produtos e seus custos. A eficiência, sendo avaliada em unidade monetária, permite mensurar o desempenho do gestor por recursos monetários despendidos.

<sup>3</sup> A eficácia é mensurada pelo grau de cumprimento dos objetivos fixados nos programas de ação, comparando-se os resultados realmente obtidos com os previstos.

- No espaço: hospitais públicos da rede estadual de saúde do Estado de Pernambuco, e demais órgãos e entidades representadas pelos seus *stakeholders* listados na definição do problema e no procedimento metodológico.

- Quanto ao tempo: dados colhidos no ano de 2005.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 CONTROLE DOS RECURSOS PÚBLICOS**

O Estado, tradicionalmente definido como uma sociedade politicamente organizada, e constituído pelos elementos povo, território e soberania, é guardião de bens e recursos, que pertencem a essa própria coletividade, isto é, seu povo. Especialmente quando se trata do Estado Republicano (*res publica* – governo do povo), como é o caso da República Federativa do Brasil. Assim, é mister que os recursos públicos, bem como as ações de seus gestores, estejam comprometidos com os interesses de toda a sociedade. Para tanto, é necessário que haja um controle, que em *lato sensu* sempre é social, já que nasce da sociedade, seja diretamente ou por meio dos entes que a representam.

Segundo discorre Silva (2001), o controle do Estado, em termos genéricos, ocorre por meio da separação e independência dos poderes, conforme previsto no artigo 2.º da Constituição da República Federativa do Brasil, e que foram concebidos originariamente por Montesquieu, por meio de um *sistema de freios e contrapesos*. Afora este artigo, existem outros, na

Constituição Federal de 1988 (CF), que tratam do controle das ações do Estado e dos seus gestores (de recursos públicos), quando imbuídos de suas atribuições. Salienta-se que este controle compreende não somente atos do poder Executivo, bem como dos demais poderes, enquanto gestores de atividades administrativas.

Para Di Pietro (1998:478), o controle na Administração Pública é definido como “o poder de fiscalização e correção que sobre ela exercem os órgãos dos poderes Judiciário, Legislativo e Executivo, com o objetivo de garantir a conformidade de sua atuação com os princípios que lhes são impostos pelo ordenamento jurídico”. Este conceito formal está balizado pelos princípios constitucionais previstos no artigo 37 da CF, a saber: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Este último foi adicionado pela Emenda Constitucional N.º 19, de 04 de junho de 1998.

Segundo discorre Lima (2000), para a efetivação do controle, há vários sistemas de execução orçamentária. São três os principais:

- a) Pelo Poder Legislativo, utilizado na Inglaterra, Suécia, Estados Unidos, Noruega; de **tipo Inglês** ou **Parlamentar**;
- b) Por um órgão com funções **jurisdicionais**, como na França, na Itália e no Brasil;
- c) Por um órgão **político-partidário**, como na extinta União Soviética (URSS).

Na Inglaterra, o controle se dá por meio de um funcionário eleito pela Coroa – o *Comptroller general* (Lei de 1866, emendada em 1921 e 1939), com a garantia do "*during good behavior*", o que equivale a uma cláusula de

estabilidade, só sendo demitido após o pronunciamento favorável de uma das casas do Parlamento, a Câmara dos Lordes ou dos Comuns.

O *Comptroller* mantém contato com o *Public Accounting Comitee*, que é a Comissão de Contas da Câmara dos Comuns, cujo presidente é, tradicionalmente, um membro da oposição, que sempre apresenta após o dia 31 de março, data que marca o fim do exercício financeiro, um relatório sobre a execução orçamentária e os informes necessários à Comissão de Contas. A inspeção de contas não se dá sobre todas as operações, mas é escolhido um setor da administração como alvo de uma análise sobre sua regularidade. Essa peculiaridade faz com que a administração tenha todas as contas em dia. Esse sistema se estendeu aos países escandinavos, como na Suécia, por exemplo; neste país, qualquer pessoa pode ter acesso a documentos para executar a fiscalização orçamentária.

Também se estendeu aos Estados Unidos, onde há um *Comptroller general*, mas nomeado pelo Presidente da República, sujeito à aprovação do Senado e apenas demissível com a autorização das duas casas do Congresso ou *impeachment*. Goza de grande força, podendo impugnar qualquer pagamento, imputando-o à responsabilidade pessoal de qualquer agente pagador, sendo sua decisão de caráter final. Em se tratando de uma Federação, todos os Estados-Membros mantêm auditores, que são eleitos na maioria dos Estados, sendo livres do controle do Governador. Tais auditores controlam todos os pagamentos; em alguns Estados, têm a própria direção da contabilidade, em outros, também devem analisar a regularidade das contas *a posteriori*.

O chamado sistema judiciário surgiu na França, com a Lei de 16 de setembro de 1807, que instituiu a *Court des Comptes*, que coordena a fiscalização da contabilidade executiva. A Corte de Contas é um órgão colegiado, independentemente do Executivo e Legislativo. Neste sistema, também há a exigência de um processo judicial de apreciação de contas. Na França, há distinção entre os ordenadores e os contadores (ou pagadores das despesas). Os primeiros determinam as despesas, e os segundos, executam os pagamentos, estando ambos sujeitos a controle. Sobre os ordenadores, a ação é administrativa e sobre os pagadores, é jurisdicional. A Corte acumula, portanto, funções administrativas e jurisdicionais. Pode julgar as contas e exerce uma jurisdição administrativa, submetida à revisão do Conselho de Estado (equivalente ao Supremo Tribunal Federal). Também fiscaliza as instituições privadas, através do controle das subvenções e outros auxílios. São considerados responsáveis pelos gastos públicos os pagadores e não os ordenadores, exercendo um controle regressivo sobre eles.

O sistema judiciário também é encontrado na Bélgica e na Itália, guardando entre eles algumas distinções. Na Itália, foi adotado um controle muito rígido, que exige um registro *a priori* das contas, sendo garantido seu poder de veto ao que lhe é apresentado, julgar não apenas os pagadores, mas também os ordenadores das despesas. Já na Bélgica, há o registro *a priori* das despesas, mas o Tribunal tem um poder apenas relativo de veto, com a possibilidade de o Ministério recorrer de sua decisão. É um órgão quase que dependente do Legislativo, pois seus membros não são só eleitos, como também demitidos por este. Semelhantemente, no Brasil, também há um Tribunal de Contas.

Por ter sido um sistema socialista e unipartidário, o controle das contas na antiga União Soviética era realizado perante um órgão do Partido, o *Rabkin*. Também, desde 1944, foi constituído um Ministério para este fim.

A Constituição Federal prevê a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União nos artigos 70 a 74, mediante a classificação se o controle parte de um órgão interno ou não da sua estrutura: 1) sistema de controle interno de cada poder; 2) controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com o auxílio do Tribunal de Contas da União. Já o artigo 75 estende a fiscalização, no que couber, aos Tribunais de Contas dos Estados e do Distrito Federal, e aos Tribunais de Contas dos Municípios, quando houver. Ressalta-se que não obstante o imperativo do controle interno, faz-se necessária a apreciação das contas do chefe do Poder Executivo pelo Poder Legislativo, mediante parecer prévio do Tribunal de Contas, bem como o julgamento das contas, por este Tribunal, dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público.

Também, na Constituição Federal, há outros dispositivos que visam assegurar o controle dos recursos públicos, como os seguintes:

O artigo 163 estatui que Lei complementar disporá sobre: finanças públicas; dívida pública externa e interna, incluída a das autarquias, fundações e demais entidades controladas pelo Poder Público; concessão de garantias pelas entidades públicas; emissão e resgate de títulos da dívida pública e

fiscalização financeira da administração pública direta e indireta. Em virtude de esta Lei complementar não ter sido aprovada, continua vigorando a Lei N.º 4.320/64, que, com a promulgação da Constituição de 1988, alçou ao *status* de Lei complementar, até a entrada em vigor da próxima, o que ainda não ocorreu.

O artigo 165 refere-se ao sistema de planejamento integrado no Brasil, consubstanciando-se nos seguintes instrumentos: Plano Plurianual – PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO; Lei Orçamentária Anual – LOA. O constituinte, ao introduzir tais instrumentos de planejamento em formato de lei, buscou não somente o planejamento para com os gastos públicos, mas também vincular ao controle dos mesmos, quanto da execução orçamentária.

Ao estabelecer no artigo 37, XXI, que as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, nos termos da lei, a Carta Magna autorizou a elaboração da atual Lei que disciplina, em caráter de norma geral, as licitações no Brasil (Lei N.º 8.666/93). O intento da norma legal é que a Administração Pública obtenha a proposta mais vantajosa, ou seja, mais econômica para com o dispêndio dos recursos públicos. Em outras palavras, o legislador visou a um maior controle para com os recursos públicos.

Assim como existem três poderes determinados pela Constituição Federal, também são três os tipos de controle, conforme o órgão que exerce o controle: administrativo, legislativo e judicial. Considera-se nesta pesquisa a temática do controle administrativo, oriundo primariamente do poder Executivo, destacando-se que esse controle pode interagir tanto com o controle legislativo, quanto com o judicial.

No que tange ao momento em que se efetua o controle, pode ser: prévio ou *a priori* (quando há uma análise prévia do ato, antes de este produzir efeitos), concomitante ou preventivo (quando se implementa o controle no acompanhamento da execução orçamentária), e posterior ou *a posteriori* (a análise é posterior ao ato, procurando ratificá-lo, retificá-lo, ou anulá-lo).

Há também outro critério de classificação que se baseia em processo ou em resultados. Como os próprios nomes indicam, o controle de processo focaliza a análise dos processos, sem vinculação com os resultados a serem atingidos, enquanto que o controle de resultados visa aos resultados almejados pela organização, tomando-se a forma de um modelo gerencial.

Przeworski (1999) e Fonseca e Sanchez (2001) (apud CARNEIRO JUNIOR, 2002), classificam as formas de controle instituídas pelo Estado contemporâneo em duas esferas:

- Horizontal, quando realizado entre setores da própria burocracia estatal: administrativo (exercido internamente no setor), legislativo (controle político do poder Executivo), de contas (dimensão técnica que subsidia o legislativo), e judiciário (evita abusos no exercício do poder); e
- Vertical, quando realizado pela sociedade em relação ao governo e aos órgãos do Estado.

Para Bresser Pereira (1998), a partir de uma perspectiva institucional, há três mecanismos de controle fundamentais: o Estado, o mercado e a sociedade civil. No Estado está incluso o sistema legal, enquanto o mercado seria o sistema econômico. A sociedade civil estaria estruturada pelos grupos sociais. Ao se empregar um critério funcional, o autor classifica o controle em:

administrativo ou hierárquico (podendo ocorrer dentro das organizações públicas ou privadas); democrático ou social (exercido em termos políticos sobre os indivíduos e as organizações); econômico (ocorre por meio do mercado). O autor considera que o controle hierárquico pode ser gerencial, burocrático ou tradicional, ao passo que o controle democrático pode ocorrer via democracia representativa ou direta, que é o controle social.

De acordo com Edelman e Aparício (1992, apud SILVA, 2001), são cinco os objetivos principais dos sistemas de controle nas organizações em geral, e, em especial, na Administração Pública:

1. Proteger os ativos da organização dos erros e das irregularidades que se possam produzir. Logo, o sistema de controle deveria estabelecer um conjunto de normas que impeça impropriedades ou assegure a rápida detecção dessas situações;
2. Obter informações corretas e seguras que permitam a tomada de decisões acertadas seja no âmbito interno ou externo, cuja finalidade é realimentar as informações para a correção de políticas públicas;
3. Conseguir adesão às políticas gerais da organização, com pessoas e recursos engajados para este fim;
4. O controle deve procurar levar a organização a atingir os fins que justificam a sua existência como instituição, que, no caso da Administração Pública, é o interesse público manifestado via sistema democrático;

5. Promover a eficiência e a eficácia nas operações da organização por meio de uma utilização racional dos recursos disponíveis, isto é, a proteção dos ativos da organização, aliada a um conjunto de informações corretas e seguras, juntamente com a adesão às políticas gerais e o cumprimento de metas e programas levam a uma utilização mais racional e eficiente dos recursos.

Portanto, essa necessidade de correção dos rumos, frente aos interesses da sociedade, é que faz surgir o controle da Administração Pública, a fim de legitimar as propostas dos gestores eleitos pelo sufrágio popular, cuja expectativa é que haja ética, economicidade e efetividade na utilização dos recursos públicos. Estes por serem públicos, e pertencentes a toda nação, devem estar comprometidos com os interesses desta. Logo, é cogente que haja o controle dos recursos públicos.

Como forma de entendimento dos mecanismos de controle público em um processo político e social, será tratada a seguir a temática controle social.

### **2.1.1 CONTROLE SOCIAL**

Assim como o próprio nome sugere, controle social é um controle cuja origem se encontra na sociedade. LaPiere (1954, apud SILVA, 2001) refere-se a controle social como a ação de grupos primários, não necessariamente planejada, que modifica a conduta social por meio de um sistema dinâmico de punições. Este conceito, de 1954, originário da Sociologia, apresenta-se divergente do que se tem empregado na Administração Pública.

Loureiro e Fingerhann (1992, apud SILVA, 2001) afirmam que há controle social quando existe uma participação da sociedade no controle da administração. Isto ocorre quando o Estado descentraliza suas atribuições, provocando uma expansão da participação da sociedade, como é o caso das parcerias público-privadas (PPP's), cuja lei federal disciplinadora fora promulgada em dezembro de 2004 (Lei N.º 11.079, de 30/12/2004). Para o Estado de Pernambuco, seguindo as normas da lei federal, foi promulgada a Lei N.º 12.765, de 27/01/2005.

Silva (2001) cita diferentes autores que têm escrito sobre controle social no âmbito da Administração e infere que o termo controle social refere-se à possibilidade de atuação dos grupos sociais – sociedade civil –, por meio de qualquer uma das vias de participação democrática no controle das ações dos gestores públicos, e também do próprio Estado.

Scherer-Warren (apud DINIZ, 2000, p.30), ao explicar sociedade civil em um contexto evolutivo, afirma que:

A Sociedade Civil parte de um Terceiro Setor, em contraste com o Estado e o mercado, e refere-se genericamente a uma esfera de ação, a entidades não-governamentais (independentes da burocracia estatal) e sem fins lucrativos (independentes dos interesses de mercado). A própria noção de ONG propende a ser compreendida como parte deste setor.

Para Alves (2002), o terceiro setor é entendido como uma dimensão do espaço público, como um elo entre o mercado, o Estado e a comunidade. Portanto, é um espaço de diálogo e demandas divergentes e de influência de racionalidades também diferenciadas.

Em virtude da celeuma em torno do que seja Terceiro Setor ou entidades consideradas Organizações Não-Governamentais (ONG's), o Código

Civil Brasileiro (Lei Federal N.º10.406, 10/01/2002) classifica, no artigo 44, os tipos de pessoas jurídicas de direito privado existentes da seguinte forma:

- a) As Associações;
- b) As Sociedades;
- c) As Fundações;
- d) As Organizações Religiosas;
- e) Os Partidos Políticos.

As Organizações Religiosas e os Partidos Políticos foram incluídos pela Lei Federal N.º10.825, de 22/12/2003, o que permitiu uma coerência, ao diferenciar estas organizações das Associações, a despeito de o conceito de “Associações” ser abrangente, conforme se observa em seu artigo 53: “Constituem-se as associações pela união de pessoas que se organizem para fins não econômicos”. Igualmente amplo é o conceito de Fundações, as quais são criadas por meio de dotação especial de bens em que o instituidor especificará o fim ao qual se destinam e também a maneira como serão administrados.

No artigo 981 da Lei Federal N.º10.406, 10/01/2002, as Sociedades, pessoas jurídicas não representativas do terceiro setor, são constituídas por pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de atividade econômica e partilha entre si dos resultados.

No afã de acompanhar essas transformações que tem tido a sociedade contemporânea, em especial a brasileira, nossas normas jurídicas têm

procurado acompanhar tais mudanças, mesmo apresentando um lapso temporal, como é o caso do já mencionado Código Civil Brasileiro e suas alterações. Outras normas legais, como é o caso da lei que disciplina uma nova forma de contrato, que é a parceria público-privada, objetivam responder às demandas sócio-econômicas que surgem nos dias atuais. Tanto a Lei Federal N.º11.079, de 30/12/2004, como, no exemplo do Estado de Pernambuco, a Lei N.º 12.765, de 27/01/2005, estatuem sobre a matéria. A Lei Federal N.º11.079/04 apresenta o seguinte conceito de parceria público-privada:

Art. 2º Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

§ 1º Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei N.º 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

§ 2º Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.

§ 3º Não constitui parceria público-privada a concessão comum, assim entendida a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei N.º 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando não envolver contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

É imperativo que se refira ao conceito de *accountability*, para que se possa falar em participação social nas políticas públicas e responsabilização dos gestores públicos, isto é, a idéia de controle social da administração pública.

LEVY (1999: 390) define *accountability* como “a obrigação de prestar contas e assumir responsabilidades perante os cidadãos imposta àqueles que detêm o poder de Estado”, adicionando que “a *accountability* se refere não somente à premissa da prestação de contas, mas também à definição dos objetos sobre os quais se prestarão contas”.

Brinkerhoff (2004) ressalta que a *accountability* crescente é um elemento-chave numa ampla variedade de políticas públicas e reforma, distinguindo os três tipos que a *accountability* pode apresentar-se: financeira, de desempenho e política/democrática:

- A *accountability* financeira refere-se ao rastreamento e relatório na alocação e uso dos recursos financeiros, utilizando-se de ferramentas de auditoria, orçamento e contabilidade. A base operacional para a contabilidade financeira começa com sistemas financeiros internos que seguem padrões e regras uniformes de contabilidade;
- A *accountability* de desempenho diz respeito à demonstração e contabilidade para desempenho à luz dos alvos acordados anteriormente. Em nível de sistema de saúde, o foco está nos serviços, produtos e resultados das agências públicas e dos programas de governo;
- A *accountability* política/democrática tem de fazer subsequente com que o governo cumpra as promessas eleitorais (com a confiança pública depositada), agregando e representando os interesses dos cidadãos, e respondendo às necessidades sociais emergentes em curso. Como resultado, uma *accountability* política/democrática aumenta a legitimidade do governo aos olhos dos cidadãos.

O'Donnell (1998) e Silva e Belém (2005) fazem uma distinção sobre os conceitos de *accountability* sob a ótica da verticalidade e da horizontalidade: a *accountability* vertical é entendida como as eleições, desde que acompanhadas de liberdade de expressão, de cobertura de imprensa e liberdade de associação que permita aos cidadãos vocalizarem suas demandas, denunciar

os oficiais públicos e sancioná-los; já a *accountability* horizontal abrange basicamente poderes que tenham um grau de concorrência e equilíbrio, como o sistema de divisão de poderes do presidencialismo e a existência de órgãos independentes com poder, incentivos e capacidade de ação em relação a outros órgãos governamentais, tais como os Tribunais de Contas.

Como afirma Figueiredo (2002), dentro dessa perspectiva de *accountability* horizontal, os Tribunais de Contas possuem os atributos necessários para serem os provedores de informações para os cidadãos, capazes de lastrear às suas decisões na hora da escolha dos governantes e a conseqüente avaliação de sua gestão. Complementando esta idéia é que Ribeiro Filho *et al.* (2005) afirmam não bastar apenas a divulgação, nem a publicação dos dados para que se exerça o princípio constitucional da publicidade, e sim tratar-se da possibilidade de que os dados divulgados sejam compreensíveis (utilizando-se uma linguagem acessível ao cidadão comum) e que tenham um objetivo mais efetivo, que é permitir o controle e, sobretudo, o controle social, a mais eficaz das formas de controle da Administração Pública.

Schedler (1999) argumenta que duas dimensões compõem o conceito de *accountability*: responsividade e reforço. A primeira dimensão relaciona-se com o direito – por parte do principal, a sociedade – de receber informação e explicações, e a correspondente obrigação – pelo agente, o governo – de fornecer todos os detalhes necessários e também no dever de justificar a conduta. A segunda dimensão, o reforço, dá a idéia de sujeitar o poder à constante ameaça de sanções em decorrência de resultados insatisfatórios ou de desvio de conduta.

Callado e Paiva (2004) conceituam *accountability* como “o dever que esse agente tem de prestar contas de seus atos e de assumir responsabilidade sobre estes.” Sendo esta conceituação decorrente do controle deslocado para *a posteriori*, com a responsabilização do agente público. Este conceito de *accountability* orientou, por exemplo, a elaboração da Lei Complementar Federal N.º 101/2000 – a Lei de Responsabilidade Fiscal.

No caso da Uganda, Brinkerhoff (2004) relata que a Uganda é um exemplo de como a *accountability* está à frente e no centro no estágio de melhorias correntes do sistema de saúde e das prescrições políticas. Neste país foi necessário estabelecer uma *accountability* mais forte entre os cidadãos, gestores públicos e prestadores de serviços.

Para Pinho et al. (2005), no caso do Brasil, a *accountability*, que é a necessidade de prestação de contas, insere-se na situação mais ampla do Estado, onde a transparência e a prestação de contas não fazem parte do ideário histórico do Estado no Brasil.

Para Ribeiro Filho *et al.* (2005), a Contabilidade assume, dentro do contexto da sociedade atual, um papel relevante em razão de seus objetivos estarem relacionados a informar os agentes econômicos e sociais internos e externos às organizações da composição e das respectivas variações patrimoniais das mesmas. Em outras palavras, prover informações para decisão e/ou acompanhamento da gestão pública ou privada através de seus relatórios e demonstrações. Dentro dessa perspectiva de atuação da Contabilidade, ganham relativa importância conceitos como *accountability*.

Diante de exemplos decorrentes de transformações sociais, com a sociedade interagindo e participando cada vez mais da gestão da “coisa pública” (origem da palavra república), verifica-se a importância de haver controles sociais nesta Administração Pública de caráter mais gerencial, a fim de obter não só eficiência, mas sobretudo, eficácia e efetividade de gestão, com vistas à equidade social.

## **2.2 EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, EFETIVIDADE E EQÜIDADE**

A entidade pública é composta de subsistemas interdependentes, que interagem entre si, tendo como objetivo maior o cumprimento de sua missão que, a princípio, deve estar voltada para o desenvolvimento progressivo da sociedade. Desta forma, tem a obrigação de prestar serviços, em tese, com preços inferiores àqueles oferecidos pelas entidades com fins lucrativos, satisfazendo as demandas da sociedade receptora do benefício, para justificar social e economicamente a razão de sua existência. Assim, é necessário que seja iniciada a discussão pela eficiência, eficácia e a efetividade, as quais são componentes da missão da entidade pública, cujo fim é promover a equidade aos indivíduos em que lá residem. A seguir são dispostos os respectivos conceitos contextualizados ao ambiente da gestão pública.

- Eficiência

A eficiência pode ser definida como o resultado obtido a partir da relação existente entre o volume de bens ou serviços produzidos (*outputs*) e o volume

de recursos consumidos (*inputs*), visando alcançar o melhor desempenho na operacionalidade das ações de competência de uma organização. Segundo Garcia (1997, p. 10), “eficiência pode ser expressa como a relação existente entre os produtos resultantes da realização de uma ação governamental programada e os custos incorridos diretamente em sua execução”; isto é, a eficiência diz respeito a produtos e seus custos. A eficiência, sendo avaliada em unidade monetária, permite mensurar o desempenho do gestor por recursos monetários despendidos, tornando-se um indicador padronizado, consistente e realista, que pode ser facilmente interpretado pelos usuários.

Ainda sobre a eficiência, é oportuno refletir a respeito de uma terminologia, empregada com muita frequência na administração pública brasileira: a economicidade (artigo 70 da Constituição Federal), conceito que, segundo Ferreira (1975, p. 498), consiste na “qualidade ou caráter do que é econômico”. Ou seja, significa operacionalizar ao mínimo custo possível, administrar corretamente os bens, com boa distribuição do tempo, economia de trabalho e dinheiro. Assim sendo, considerando-se que os recursos públicos são escassos, é possível deduzir que a economicidade é refletida no grau de eficiência do gestor, sendo este um indicador para avaliação de desempenho e aquela uma condição inerente à forma de condução da gestão. Assim, neste estudo, quando se estiver referindo à eficiência, subentenda-se incluída a avaliação da economicidade.

- Eficácia

A eficácia ocorre quando os objetivos preestabelecidos são atingidos. De acordo com Baracho (2000, p.141), “a eficácia deve ser medida pelo grau de

cumprimento dos objetivos fixados nos programas de ação, comparando-se os resultados realmente obtidos com os previstos”. Para tal, a avaliação da eficácia não pode ser realizada sem a existência prévia do planejamento dos programas de governo, onde os objetivos devem estar claramente definidos e quantificados, dado que, para proceder à avaliação, será preciso analisar de que maneira os *outputs* produzidos em forma de bens ou serviços correspondem aos objetivos previstos. O grau de eficácia deve, portanto, proporcionar informação sobre a continuidade, modificação ou suspensão de um programa.

É importante frisar que o grau ou indicador de eficácia contém o grau ou indicador de eficiência da gestão, pois, em sendo os recursos públicos escassos, a eficiência é refletida dentro do contexto dos objetivos a serem cumpridos pelos gestores, conforme pensamento de Machado (2002, p.74), o qual afirma que “uma organização é eficaz quando alcança os produtos e os resultados adequados à sua missão, e é eficiente quando o faz com o menor custo possível”.

- Efetividade

De acordo com Machado (2002, p.74), “a distinção entre efetividade e eficácia é feita separando-se a avaliação do grau de realização das metas de produtos previstos, em um dado programa, da avaliação dos resultados efetivamente alcançados com esse mesmo programa”, isto é, a efetividade está relacionada com objetivos e indicadores de impactos (resultados) na realidade

que se quer transformar. Pelo exposto, é possível fazer as seguintes considerações quanto à gestão dos recursos públicos:

- para ser efetiva, é imprescindível que seja eficaz nos seus objetivos;
- considerando a escassez dos recursos públicos, para ser eficaz, é preciso ser eficiente na utilização desses recursos; e
- para ser eficiente, é necessário que seja econômica (economicidade).

As entidades sem fins lucrativos, dentre elas as entidades públicas, são constituídas sob o pressuposto da continuidade, assim como o são as entidades de fins lucrativos. A plenitude dessa assertiva só é obtida quando os programas de governo estabelecidos no Plano Plurianual são realizados e geram um resultado líquido de benefícios à população, no mínimo, igual àquele que ela teria caso obtivesse os mesmos serviços da iniciativa privada, no valor equivalente ao do custo financeiro desembolsado pelo Estado para tal, com eficiência e eficácia e, principalmente, produzam impactos positivos às demandas sociais da sociedade receptora do benefício.

Sob esta ótica, o cumprimento da missão do gestor público, e, por conseqüência, a efetividade das ações do Estado, estarão asseguradas se resultados positivos forem alcançados. Por conta dessa prerrogativa, pode-se considerar a administração pública detentora das seguintes premissas:

- a administração pública é constituída sob o pressuposto da continuidade dos seus serviços públicos;
- a administração pública deve ser vista como um sistema aberto e dinâmico;

- o programa de governo, por ser o instrumento de organização da atuação governamental no Brasil, deve refletir a eficiência, a eficácia e a efetividade do gestor público;
  - o gestor público, na busca da eficiência, eficácia e efetividade de gestão, deverá escolher a melhor alternativa dentre aquelas possíveis de execução em um programa de governo;
  - os valores devem manter a comparabilidade ao longo do tempo;
  - a responsabilidade de gestão é mensurada por cada ação do programa de governo: cada gestor tem autoridade e responsabilidade para aplicar os recursos colocados à sua disposição;
  - o gestor público é competente e empreendedor para planejar e executar os programas de governo.
- Eqüidade

Entende-se eqüidade como igualdade, retidão, equanimidade, conforme se observa em Ferreira (1975). Partindo deste conceito para o campo de políticas públicas, constata-se que, havendo eqüidade nestas, suscitar-se-ia menos desigualdade entre pessoas.

Para Fleury (1994); Travassos (1997); Vieira (1997) e Duarte (2000) (apud CARNEIRO JUNIOR, 2002), contextualizando-se no acesso aos serviços de saúde, a Constituição Federal de 1988 trata de eqüidade no capítulo de Saúde como sendo igualdade de acesso às ações e serviços para todos os cidadãos que assim necessitarem.

Na concepção de Porto (1995); Gwatkin (2000) e Torres (2001) (apud CARNEIRO JUNIOR, 2002), consideram eqüidade como princípio de justiça social, isto é, privilegiar, mediante políticas sociais, os segmentos populacionais desfavorecidos sócio-economicamente.

Diante dessas interpretações diversas, como igualdade e justiça social, é que Jardanovski e Guimarães (1994, apud CARNEIRO JUNIOR, 2002) afirmam que não existe uma única forma de definir eqüidade em saúde. Esta dependeria da importância que se desse à eqüidade como princípio de justiça social e de outros objetivos do sistema de saúde, que poderiam ser conflitantes com a própria eqüidade.

De acordo com Carneiro Junior (2002), comumente se distingue entre eqüidade em saúde e eqüidade de acesso aos serviços de saúde. O primeiro conceito refere-se à saúde e à doença diferenciadas, que são acarretadas pelas desigualdades sócio-econômicas; ao passo que a eqüidade de acesso aos serviços de saúde diz respeito à oferta de serviços, isto é, às desigualdades de acesso a recursos tecnológicos disponíveis para diferentes grupos sociais, provocando maior ou menor disponibilidade de cuidados à saúde.

Carneiro Junior (2002), ao referenciar diversos autores, afirma que pesquisas recentes têm procurado avaliar a eqüidade no acesso aos serviços de saúde, considerando as seguintes variáveis: perfil de saúde, esperança de vida, distribuição de recursos, gastos, renda da população, utilização e acesso. Ele afirma que estas três últimas são as mais empregadas. Carneiro Junior (2002) também comenta que muitos autores chamam a atenção para o uso

indiscriminado de acesso como sinônimo de disponibilidade e financiamento dos sistemas locais de saúde, e alertando para o fato de que ter serviços disponíveis não significaria garantia de acesso, pois fatores relacionados ao consumo e à oferta influenciam sua utilização, tais como:

- Disponibilidade – distribuição de serviços em relação aos graus de complexidade tecnológica;
- Acessibilidade – características culturais e econômicas da população e da organização gerencial do serviço;
- Aceitabilidade – grau de satisfação do usuário na utilização dos serviços.

Como se observa na atualidade, no que tange ao acesso aos serviços de saúde, no Brasil, e particularmente no Estado de Pernambuco, há uma concentração dos serviços nas capitais, forçando a população interiorana a migrar para receber atendimento nos hospitais públicos (uma vez que a grande maioria da população não tem recursos para custear um plano ou seguro de saúde), provocando assim um gargalo, em que a demanda pelos serviços de saúde é superior à oferta dos mesmos. Isto é um dos fatores das imensas filas que são vistas nos grandes hospitais públicos.

### **2.3 ORIGEM HISTÓRICA E PAPEL DOS TRIBUNAIS DE CONTAS**

Ferreira (1992) considera que desde a Antigüidade havia a preocupação com a necessidade de controle dos gastos públicos, remontando à Grécia no período clássico, onde havia a existência de um Tribunal constituído por 10

oficiais a quem prestavam contas os arcontes, embaixadores e outros funcionários públicos.

Lima (2000) afirma que outros autores alegam ser de origem mais próxima, tendo a fiscalização de contas, como tantos outros institutos de Direito Público surgidos na Inglaterra, através da tradição do *Comptroller and auditor general*, que se expandiu para outros países, como a Bélgica e a Itália, já no Séc. XIX.

No Brasil, a iniciativa da criação dos Tribunais de Contas ocorreu em 7 de novembro de 1890, quando Rui Barbosa redigiu o Decreto N.º 966-A, propondo-lhe as seguintes características: “corpo de magistratura intermediária à administração e à legislatura, autônomo e dotado de garantias para revisar e julgar os atos da administração, denunciando eventuais excessos e omissões praticadas pelos agentes públicos.” De acordo com Figueiredo (2002), embora o Decreto N.º 966-A tivesse sido aprovado, o Tribunal de Contas somente foi institucionalizado com o advento da Constituição de 1891. A Constituição Federal de 1988 tornou a atuação dos Tribunais de Contas mais ampla, pois ficaram estabelecidas as modalidades de fiscalização a serem realizadas pelo Poder Legislativo com auxílio das Cortes de Contas:

“Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da Administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação de subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo e pelo sistema de controle interno de cada Poder”.

No pensamento de Torres (1998, p.170), as "modalidades de fiscalização" se interagem mutuamente, cobrindo todo tipo de atividade financeira do Estado, podendo ser: contábil, financeira, orçamentária,

operacional e patrimonial. A fiscalização contábil é feita mediante análise de registros contábeis, de balanços, da interpretação dos resultados econômico e financeiro. A diferenciação entre fiscalização financeira e orçamentária na percepção de Lima (2000) é tênue. “Ambas incidem sobre o orçamento. A questão é que a financeira controla a arrecadação (receita) e os gastos (despesas), e a orçamentária incide sobre a execução do disposto, analisando o quantum de concretização das previsões da Lei Orçamentária anual.” Já o controle operacional pode ser visualizado sob o enfoque da qualidade e dos custos dos produtos e serviços colocados à disposição da sociedade.

A fiscalização patrimonial, segundo Lima (2000), verifica a legitimidade dos acréscimos e das diminuições ocorridas no patrimônio público, com a adução de que o patrimônio público engloba hoje os bens dominiais e os bens públicos de uso comum do povo, incluindo-se aí o meio ambiente.

Lima (2000), ao discorrer sobre as funções do Tribunal de Contas, comenta que este não exerce a função legislativa formal, pois seus atos carecem de eficácia genérica, própria da lei, e não vinculam os demais Poderes às suas decisões. Do ponto de vista da função jurisdicional material, o Tribunal de Contas exerce algumas funções típicas, pois uma das suas atribuições é o julgamento de contas dos responsáveis com imparcialidade, independência, ampla defesa, dentre outras garantias. Entretanto, formalmente, o Tribunal de Contas não possui função jurisdicional, pois o julgamento das contas dos administradores está sujeito a recursos. Seus atos, portanto, são de natureza formalmente administrativa e, à exceção do julgamento de contas, também materialmente administrativa.

No Brasil, conforme se refere Silva Júnior (2003), os Tribunais de Contas se constituem em órgãos administrativos com funcionamento autônomo, parajudicial, cuja função precípua consiste em exercer "*ex officio*" o controle externo da execução financeiro-orçamentária sobre os três poderes do Estado. Apesar de estarem vinculados ao Poder Legislativo, não estão subordinados a este, gozando de plena independência jurídico-funcional, com campo de competência disciplinado pela Constituição Federal e pelas Constituições Estaduais. Seus integrantes, ditos Ministros, quando integram o Tribunal de Contas da União, ou Conselheiros nas Cortes estaduais, gozam de prerrogativas típicas de Magistrados, para desempenho satisfatório de suas elevadas missões, incólumes a influências dos titulares dos demais poderes do Estado. As Cortes julgam as contas e não as pessoas, não exercendo, portanto, função jurisdicional.

Na prática, sobretudo devido às falhas de instrução processual, o julgamento das contas pode carecer de agilidade, especialmente quando as "brechas" da lei dificultam a possibilidade de responsabilizar o gestor público, podendo provocar um ambiente com um controle ineficiente e ineficaz perante a população.

## **2.4 A NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E A REFORMA DO ESTADO**

A Nova Administração Pública ou "Nova Gestão Pública" (*New Public Management*) é entendida como sendo uma série de doutrinas surgidas a partir da década de 80 que serviram de suporte teórico-ideológico a movimentos de

reforma do Estado em diversos países. Observou-se uma preocupação com questões relativas à promoção de valores como a cidadania e a *accountability*.

O termo “Nova Administração Pública” apareceu inicialmente no início dos anos 90, como resultado da investigação acadêmica em países anglo-saxões, especialmente Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, acerca de novos temas, estilos e padrões inseridos na administração pública desses países a partir da década de 80, conforme preceitua Barzelay (2001) (apud MEDEIROS e MATIAS PEREIRA, 2004).

Conforme discorre Dulci (1997, apud ROQUETE, 2004), ao se analisar o contexto histórico em que se originou o movimento de reforma do Estado, que serviu como pano de fundo para o paradigma conceitual da Nova Administração Pública, verifica-se que o modelo de Estado que vigorara até os anos 70 começou a mostrar sinais de esgotamento a partir de crises sucessivas, tais como: os dois choques do petróleo (1974 e 1979), a crise da dívida externa dos países do Terceiro Mundo e as rivalidades econômico-financeiras entre os países centrais. Então, emergiram os programas de reforma do Estado, introduzidos por governos de diversos países, cuja idéia geral da proposta pode ser resumida em menos Estado e mais mercado. Experiências com características diferentes ocorreram em diversos países, como foi o caso da Inglaterra, no governo Thatcher (1979 – 1991) e da Espanha, com Felipe Gonzalez (1982 – 1996).

Ferlie *et al.*, 1996; Abrucio, 1997; Bresser Pereira, 1998 (apud MEDEIROS e MATIAS PEREIRA, 2004) consideram que, com os movimentos de reforma do Estado, oriundos, principalmente, da percepção dos governos

quanto às limitações do modelo burocrático, deu-se início à implementação de novas formas de gestão, com modelos mais próximos daqueles empregados na iniciativa privada, efetivando-se experiências, especialmente, em países anglo-saxões. O objetivo desses novos modelos seria proporcionar maior agilidade às ações dos governos, tendo, como gênese, uma preocupação central com as crises fiscais que impuseram sérias limitações às ações das administrações públicas.

Roquete (2004), ao referir-se aos autores acima citados, ressalta a ideologia presente na importação de modelos gerenciais da administração privada para a esfera pública – o “gerencialismo” –, principal característica que conformou as teorias da Nova Administração Pública (NAP), que foi capaz de delinear quatro modelos básicos, representando um movimento evolutivo a partir da administração pública tradicional:

- a) NAP – Modelo 1: dirigido à *eficiência*, pois considerava o serviço público tradicional lento, burocrático e ineficiente;
- b) NAP – Modelo 2: voltado a movimentos de *downsizing* e *descentralização*, buscando redução de gastos governamentais e formas mais flexíveis de gestão (redes organizacionais);
- c) NAP – Modelo 3: a *busca da excelência* seria o principal objetivo desse modelo, com especial interesse na gestão da mudança e inovação na esfera pública, além de considerar a cultura organizacional como um importante fator a ser considerado;
- d) NAP – Modelo 4: *Orientação ao Serviço Público*, representando uma fusão de idéias gerenciais oriundas da administração privada para aplicação em

organismos públicos, com preocupações como qualidade dos serviços prestados, oportunidade de participação dos usuários nas decisões de gestão pública e construção do conceito de cidadania.

O gerencialismo no serviço público pode ser explicado a partir de três modelos, não-excludentes, sistematizados a partir de visões da administração pública inglesa, que surgiram do debate sobre a aplicação de teorias originárias da administração privada para aplicação no setor público, conforme Abrucio (1997, apud ROQUETE 2004);

a) o *modelo gerencial puro*, que pretendia sensibilizar os contribuintes para o pagamento de impostos via eficiência e produtividade dos serviços públicos;

b) o *Consumerismo*, que incorpora à perspectiva do usuário – definido como “consumidor” de serviços públicos - a qualidade dos serviços prestados; e

c) a *Orientação ao Serviço Público*, que resgata a noção de esfera pública e o dever social de prestação de contas sobre o funcionamento estatal (*accountability*). Para CLAD (2000, apud CENEVIVA, 2005), a *accountability*, por meio da introdução da lógica de resultados, de acordo com a Nova Gestão Pública, estrutura-se basicamente por meio da avaliação *ex post* das políticas e programas públicos como meio para auferir seu desempenho e estabelecer parâmetros para a prestação de contas da burocracia e dos representantes políticos. Sua grande contribuição, nesse sentido, é a busca do aperfeiçoamento da eficácia, da eficiência e da efetividade das ações governamentais.

De acordo com Matias Pereira (1999), a emergência de novos modelos de gestão e a preocupação com as limitações fiscais do Estado trouxeram à

tona a importância da participação da sociedade na formulação e na avaliação das políticas públicas, situação observada também no Brasil, país que teria em sua base de formação de políticas públicas características institucionais de autoritarismo e elitismo.

#### **2.4.1 A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA DE ESTADO NO BRASIL**

Com o choque do petróleo e o aumento das taxas de juros internacionais, a crise dos anos 80 se instalou no Brasil, marcando o fim do milagre econômico e o início da inflação.

A causa fundamental da crise foi traduzida por Bresser Pereira (1996) como crise do Estado, incapaz de coordenar o sistema econômico, tendo em seu bojo as crises fiscal e administrativa, somadas a uma séria crise política.

Em 1985, o País completava sua transição democrática, consolidando-a mais tarde com a aprovação da Constituição de 1988, que ampliou os direitos sociais. A Nova República instalada, durante os dois primeiros anos, ignorou a crise fiscal e a necessidade de rever radicalmente a forma do Estado intervir na economia. As tentativas frustradas dos planos Cruzado (1986), Bresser (1987) e Verão (1989) agravaram ainda mais a situação econômica do Brasil. No campo da saúde, com a aprovação da Lei 8.080/1990, criou-se o Sistema Único de Saúde, consolidando a chamada Reforma Sanitária, que estendeu o direito de atenção à saúde a toda a população do País.

Com a eleição do Presidente Fernando Henrique Cardoso em 1995, às reformas econômicas, iniciadas no governo do Presidente Itamar Franco,

lançou-se um processo mais amplo de reestruturação do Estado, no qual se inseriram as propostas de reformas no campo administrativo, previdenciário e político.

No entender de Dulci (1997) e Jesus (1998) (apud ROQUETE 2004), o modelo proposto de políticas de menos Estado e mais mercado foi inspirado no neoliberalismo social-democrático espanhol (1982 – 1996), de Felipe Gonzalez. Sendo a questão da Reforma do Estado um tema de alcance universal, no Brasil, a sua relevância se deveu ao peso do Estado na economia nacional e ao fato de ser algo cobrado pela cidadania, que vê frustradas suas demandas e expectativas.

O cerne da questão colocada pela reforma administrativa situava-se na urgente necessidade do Estado de recuperar a capacidade de implementar Políticas Públicas, conforme se observa em diversos pontos da proposta.

Segundo Bresser Pereira (1996), ex-Ministro responsável pelo projeto de reestruturação administrativa, adotou-se o modelo de Administração Pública Gerencial como resposta às crises econômica, política, fiscal e burocrática. Tal modelo seria necessário, na medida em que a administração pública burocrática se tornava cara, lenta, ilegítima e incapaz de atender as demandas crescentes dos cidadãos brasileiros.

A Reforma do Estado, então proposta, envolvia quatro aspectos: a) a delimitação do tamanho do Estado; b) o papel regulador do Estado; c) a recuperação da governança; d) o aumento da governabilidade.

O Plano Diretor da Reforma do Estado continha em seu conjunto de projetos o Programa de Qualidade e Participação na Administração Pública.

Considerado por seus idealizadores como principal instrumento para viabilizar a reforma do Aparelho de Estado no Brasil, a iniciativa propunha introduzir no setor público “mudanças de valores e comportamentos do novo tipo de gestão denominada Administração Pública Gerencial, visando rever os processos internos da administração pública, com vistas à sua maior eficiência e eficácia” (BRASIL, 1995, p. 11).

Fadul e Souza (2005), utilizando-se da estruturação de mapas conceituais, categorizaram os conteúdos relacionados às principais reformas, classificando-as em dois tipos principais: as reformas consideradas paradigmáticas e as não-paradigmáticas.

As reformas paradigmáticas iniciaram-se nos anos 30, durante o período do Estado Novo. Além desta, são consideradas reformas significativas o Decreto-Lei N.º 200/67 do Regime Militar, a reforma empreendida com a Constituição de 1988 e a reforma dos anos 90, iniciada no Governo Collor e consolidada de forma extensiva e aprofundada, do Estado e do Aparelho do Estado, no Governo de Fernando Henrique Cardoso. De uma maneira geral, elas podem ser consideradas paradigmáticas na medida em que todas elas provocaram mudanças e impactos nas estruturas administrativas do setor público brasileiro (gerenciais, organizacionais e no funcionalismo público), contribuindo para que a administração pública brasileira, nestes períodos históricos, passasse por transformações na configuração e na definição de novos modelos de gestão. Esta reforma paradigmática está dividida em dois grandes segmentos: a reforma do Estado e do seu aparelho – a administração pública.

- A reforma do Estado tem como premissa a implementação de políticas voltadas para a retomada do crescimento econômico, a partir das reformas na previdência social, na área fiscal, na tributária, e na área econômica, considerada a principal reforma estrutural;
- a reforma administrativa implica a implementação de um conjunto de políticas voltadas para a retomada do desempenho e da qualidade dos serviços públicos, conforme salienta Torres (2004).

Um segundo grande conjunto de reformas são as chamadas não-paradigmáticas, porque as mudanças por elas implementadas envolvem dimensões menos complexas e menos abrangentes, tanto na área da administração pública, como no campo da articulação política.

As reformas não-paradigmáticas apresentam como um traço em comum a inexistência de sub-categorias que representem uma política articuladora das ações específicas de modernização da administração pública. Nesses termos, este conjunto de reformas não tem a mesma centralidade que as anteriores, não se constituindo em marcos da administração pública brasileira, por exemplo, as reformas passadas ocorridas no segundo governo Vargas (anos 50), no período do governo de Juscelino Kubitschek (1956 a 1960) com o crescimento e industrialização, no governo de João Goulart (1964) e no Governo de Fernando Collor (1990 a 1992).

## **2.4.2 A REFORMA NO SETOR DA SAÚDE EM OUTROS PAÍSES**

Desde a década de 50 tem havido uma reformulação nos paradigmas que norteiam o setor de atenção à saúde. Não obstante, as mudanças em todo o mundo têm ocorrido principalmente da década de 80 para cá.

### **2.4.2.1 SITUAÇÃO DA SAÚDE EM DIVERSOS PAÍSES**

#### **- México**

Segundo Brown *et al.* (2005) expõem, a partir dos dados do Levantamento Mexicano de Satisfação com Serviços de Saúde de 2000, mais que a metade da população mexicana não tem seguro-saúde e é dependente do sistema de saúde patrocinado pelo setor público. O acesso aos serviços de saúde tem sido identificado como uma importante matéria no desenvolvimento de políticas públicas em direção ao combate da pobreza e ao aperfeiçoamento da saúde da população.

O sistema de serviços de saúde no México é caracterizado pela clara diferenciação entre serviços públicos e privados. As entidades de serviços de saúde no sistema público são financiadas por tributação geral, através de fundos alocados pelos governos dos estados e central, e por tributação na renda pessoal do trabalho (pago conjuntamente pelos trabalhadores e patrões) no setor formal. Para estes empregados, instituições como o Instituto Mexicano para Seguridade Social (IMSS), o Instituto de Seguridade Social para Trabalhadores Estatais (ISSTE) e o Petróleo Mexicano (PEMEX) fornecem serviços relacionados à saúde, enquanto o público em geral (aqueles não

cobertos pelos sistemas relacionados ao emprego) acessa os serviços principalmente através da Secretaria de Saúde Nacional (SSA) e dos sistemas de Solidariedade –IMSS –, pagando uma pequena taxa mensal.

Brown *et al.* (2005) construíram um modelo para analisar o processo de tomada de decisão na demanda por serviços de saúde no México, assumindo que os indivíduos primeiro optam por acessar os serviços, e, então, o médico decide se algum cuidado adicional é necessário. Os resultados apontaram que os médicos dirigem este processo, mais que os próprios pacientes, havendo, na primeira visita (contato médico-paciente), diferenças relacionadas à renda, à região geográfica, *status* de emprego, e quem possui seguro-saúde e quem apresenta dificuldades financeiras. Os pesquisadores sugerem que as políticas que têm como objetivo aumento na renda real ou cobertura crescente de seguro-saúde poderiam demonstrar serem efetivas em reduzir diferenças na utilização dos serviços de saúde pelos subgrupos populacionais.

#### **- El Salvador**

Conforme Lewis *et al.* (2004) relatam, os resultados de suas pesquisas em El Salvador sugeriram que os serviços públicos são claramente avaliados, caminhando em direção às necessidades da população. Esta tem acesso a serviços de saúde, bem como condições financeiras razoáveis para tal, embora o acesso a esses serviços de saúde seja dificultado pela baixa infra-estrutura.

Os pesquisadores observaram que a informação e a experiência conduzem à preferência por serviços privados de saúde, seja onde for possível mesmo entre famílias de baixa renda, por causa da eficiência em termos de uso do tempo com paciente e probabilidade de tratamento bem sucedido. As

peças ouvidas na pesquisa afirmaram que o tempo de espera é mais baixo e a incidência de tratamento com sucesso são mais altos quando são utilizados prestadores privados de saúde. Similarmente, as facilidades de mais alto nível de saúde são normalmente preferidas pela população porque estes prestadores privados oferecem “uma parada no *shopping*”: eles podem tratar uma gama de problemas, e, assim, baixando os custos de viagem aos centros de serviços de saúde. Surpreendentemente, foi detectado neste estudo que a procura pelos serviços privados cresce com a diminuição da renda, como uma espécie de efeito cultural em valorizar os serviços privados.

Homedes e Ugalde (2005) relatam que, em 1998, o Instituto de Seguridade Social de El Salvador (ISSS) começou um projeto piloto de privatização ao assinar um contrato de entrega de atendimento primário a duas clínicas privadas em duas áreas geográficas dentro da área metropolitana de San Salvador, sua capital. Todos os beneficiários do ISSS que residiam nas áreas selecionadas eram obrigados a serem atendidos nas clínicas que eram financiadas pelo ISSS com base na capitação. Estas duas clínicas ofereciam diversos tipos de serviços médicos, mas a experiência foi interrompida abruptamente após dois anos.

#### **- Nova Zelândia**

A Nova Zelândia tem uma base de informação relativamente forte, que é útil para estudar as disparidades da saúde, incluindo várias décadas de dados de censos étnicos, índice de privação socioeconômica, e uma base de dados nacional de altas hospitalares que inclui um identificador único com endereços relacionados.

Foi observado por Hefford *et al.* (2005) que as pessoas que moram nas áreas mais privadas socioeconomicamente, na Nova Zelândia, apresentam uma probabilidade duas vezes maior de serem hospitalizadas por uma causa evitável do que aquelas pessoas que residem em áreas socioeconômicas menos privadas. Estas pessoas mais pobres coincidentemente pertencem a uma minoria étnica importante, a dos Maori neozelandeses (população indígena), que constituiu 15% do total da população no censo de 2001. Para reduzir as disparidades existentes, foram propostas algumas medidas:

**Tabela 1 – Elemento da Política versus Mecanismo Potencial para Reduzir Disparidades**

<b>Elemento da Política</b>	<b>Mecanismo Potencial para Reduzir Disparidades</b>
Co-pagamentos mais baixos	Barreiras de custo reduzidas para cuidados necessários.
Serviços para aperfeiçoar financiamento de projeto de acesso	Recursos para implementar serviços novos/adicionais tendo como objetivo grupos de alta necessidade.
Necessidades baseadas em financiamento da promoção da saúde	Projetos de financiamento apontam para, por exemplo, habitação, mudança de estilo de vida, redução de risco, e iniciativas de saúde comunitárias.
Capitação	Foco geral na saúde da população, uso crescente e escopo de enfermeiros e de outros profissionais de saúde.
Financiamentos para cuidar de pacientes complexos em termos médicos	O financiamento é direcionado àqueles oriundos de grupos de alta necessidade, que são mais prováveis de ter complicações médicas.
Obrigação das organizações de saúde primárias (OSP) para trabalhar e desenvolver planos para grupos com status mais pobre de saúde	Implementação de serviços específicos tendo como objetivo grupos carentes, como os índios Maori.
Envolvimento da comunidade e dos Maori na governança das OSPs	Envolvimento de grupos minoritários em tomadas de decisão pode aumentar a adequação e a atração do cuidado para grupos em desvantagem.
Indicadores de desempenho (elementos de política ainda não completamente desenvolvidos)	Recompensar aqueles que estão oferecendo serviços efetivos para indivíduos de altas necessidades.

Fonte: Tabela 5 de Hefford *et al.* (2005)

## **- África Sub-Saarana**

Segundo Streefland (2005), desde o início dos anos 80, a provisão dos serviços de saúde pelo governo da África sub-Saarana é caracterizada pela escassez crescente de recursos que em muitos locais tem conduzido a um processo de contração. Ao mesmo tempo, os doadores internacionais têm dirigido o discurso nos serviços de saúde, enfatizando a importância de um bom padrão de qualidade dos mesmos. Os altos níveis de incidência de sérias doenças infecciosas, notavelmente a AIDS, a malária e a tuberculose sobrecarregam os serviços básicos de saúde. Os trabalhadores dos centros de saúde e dos pequenos hospitais estão trabalhando sob condições difíceis, tais como: carência de tudo enquanto enfrentam problemas de saúde extraordinários; trabalhar em edifícios deteriorados, enquanto a retórica de cursos de treinamento que eles atendem enfatiza a manutenção de altos padrões de qualidade. Um dos países da África que possuem esses tipos de problemas é a Uganda.

A escassez nos serviços de saúde pública na África sub-saarana foi particularmente identificada com as políticas restritivas do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional nos anos 80 e 90. Ao final do século vinte, duas mudanças importantes tomaram lugar na saúde internacional, com repercussões para o Estado como guardião da saúde pública. Uma reorientação ocorreu no discurso da saúde pública com respeito ao papel do setor privado, por exemplo, as companhias farmacêuticas; e a cooperação de organizações de saúde pública internacional (por exemplo, a Organização Mundial de Saúde) e nacional (por exemplo, o Ministério da Saúde) com aquelas do setor privado. Todas as parcerias público-privadas foram

destinadas ao controle de doenças infecciosas. Streefland (2005) afirma que só com fortes serviços de saúde básica pode melhorar grandes questões como a melhoria da saúde infantil, ou a entrega, a longo prazo, de anti-retrovirais para a população adulta afetada pela AIDS ser acompanhada. Somente, então, o serviço de saúde pública pode enfrentar satisfatoriamente a pressão dos problemas de saúde com que se depara.

#### **2.4.2.2 REFORMA DA SAÚDE EM DIVERSOS PAÍSES**

Homedes e Ugalde (2005) discorrem sobre as reformas da saúde em alguns países, que serão comentadas em linhas gerais aqui, e, em alguns exemplos mais detalhadamente abaixo, por país.

O princípio latente das reformas neoliberais da saúde é a crença de que o setor privado é mais eficiente que o setor público. Com base nesta crença, as reformas neoliberais da saúde defendem uma redução do papel do governo.

Na visão do Banco Mundial de um Estado neoliberal, a função de governo na saúde pública é de regulação, ao passo que o setor privado deve prover os serviços de saúde e cuidados médicos.

Um dos objetivos das reformas foi liberar os fundos do governo central (a União, no caso do Brasil, por exemplo) para pagar a enorme dívida pública, e mudar o peso financeiro dos serviços públicos dos governos centrais para as províncias (ou estados-membros e municípios, no exemplo do Brasil). Ou seja, transferir responsabilidades fiscais para as províncias, a fim de deixar liberar os fundos do governo central para pagar a dívida pública nacional.

No entanto, a oposição do poder de transferência dos burocratas do governo central para o povo não foi fácil. Segundo Homedes e Ugalde (2005), um dos impactos gerados por essa política de descentralização fora a influência no processo de democratização, mesmo em países sob regimes ditatoriais e autoritários.

Identificar os principais beneficiários das reformas neoliberais ajuda a entender as razões pelas quais o Banco Mundial continua persistindo em promover políticas mal-sucedidas. Homedes e Ugalde (2005) incluem como beneficiários as corporações transnacionais, as firmas de consultoria e o próprio quadro do Banco Mundial.

#### **- Chile**

A reforma do Chile, que se iniciou em 1981 com a descentralização, manteve uma grande rede de serviços públicos, e não definiu um pacote básico de serviços, como o Banco Mundial sugerira. No Chile, a atenção primária à saúde, como primeiro nível, foi transferida aos municípios, e o atendimento hospitalar às Áreas de Saúde, que são divisões administrativas que incluem mais de um município. O governo também abriu oportunidades para o setor privado através das Instituições de Saúde Previdenciária (ISPs), que são companhias privadas de seguro-saúde. Os chilenos podem não optar pelo sistema público, canalizando sua contribuição obrigatória de saúde (7% do salário) para a ISP de sua escolha. Normalmente esta é a opção dos mais ricos, visto que podem entrar para um plano bem abrangente, com os 7% do salário. Aqueles que não têm condições de ingressar em um dos planos das ISPs ficam dependentes do setor público, ou pagam taxas pré-estabelecidas

pelo órgão responsável do governo: ao médico privado, e um co-pagamento quando precisarem de atendimento hospitalar.

Há pouca evidência de que as reformas têm reduzido as desigualdades e as ineficiências que existiam no Serviço Nacional de Saúde do Chile, conforme Homedes e Ugalde (2005) comentam. Por outro lado, o novo modelo tem fragmentado o atendimento de saúde entre classes sociais, com um pequeno percentual da população consumindo uma quantidade considerável dos recursos da saúde. Além disso, os co-pagamentos representam um elevado peso econômico para aqueles com rendas mais baixas, podendo até mesmo adiar o atendimento de que se necessita para os menos favorecidos economicamente.

#### **- Colômbia**

A reforma no setor da saúde da Colômbia, que se iniciou em 1991, foi acompanhada por um grande crescimento nas despesas de saúde e social, como se observa nos gastos sociais, como percentagem do total do gasto público, que aumentaram de 37,3% a 42,1% entre 1993 e 1996, conforme relatam Rosa e Alberto (2004). Já em relação às despesas com saúde, estas cresceram de 2,7% do Produto Interno Bruto (PIB), em 1990, para 6,4% e 7,4%, em 1995 e 2000, respectivamente. No tocante aos Regimes Contributivo, Subsidiado e Especial, os gastos totais com saúde, como percentagem do PIB, foram 2,4%, 0,7% e 0,4%, respectivamente. Os autores também informam que os gastos públicos com saúde cresceram mais rápido que os gastos no setor privado com saúde durante os primeiros anos da reforma (pelo menos até o ano de 1999, cujos dados estão completos).

A reforma do sistema de saúde pública da Colômbia está baseada em dois pilares da Constituição de 1991: o direito inalienável de todos os cidadãos à saúde (artigo 48); e a organização descentralizada dos serviços de saúde pelos níveis de cuidado (serviço de atendimento à população – básico, médio ou complexo) e com a participação da comunidade (artigo 49).

Em 1993, a Colômbia foi um dos primeiros países em desenvolvimento a adotar o modelo de “pluralismo estruturado e desempenho gerencial” à reforma de seu sistema de saúde. E esta reforma tem sido vista como um paradigma ou modelo a ser seguido, como sugerem Rosa e Alberto (2004). Para Homedes e Ugalde (2005), o caso da Colômbia é importante, pois sua primeira Lei de Reforma da Saúde, em 1990, começou uma descentralização abrangente em direção ao nível municipal, e, em 1993, o governo passou para uma nova Lei de Reforma da Saúde, que seguiu atentamente as recomendações dadas pelo Relatório de Desenvolvimento do Banco Mundial.

No entanto, embora a despesa total e o gasto público na saúde tenham crescido, a Colômbia está ainda longe de alcançar a cobertura universal e a provisão equitativa prevista pela Lei 100 de 1993, da Seguridade Social, apresentando problemas na sustentabilidade e legitimidade do seu modelo de sistema de saúde.

#### **- Nepal**

A política nacional de saúde do Nepal foi aprovada em 1991, após a mudança do regime político para uma democracia multipartidária. Esta primeira década de regime democrático foi caracterizada pela enunciação clara de prioridades na saúde que foram bem sustentadas pelos planos subseqüentes

de desenvolvimento na área da saúde, segundo afirmam Adhikari e Maskay (2004).

A média dos gastos públicos na saúde de 1989 a 2000, no Nepal, é de 1,08% do PIB, conforme dados colhidos por Adhikari e Maskay (2004). Valor esse abaixo do mínimo recomendado pelo Banco Mundial, que é de 2%. Não obstante, há outros países vizinhos ao Nepal que apresentaram taxas médias inferiores nos gastos públicos, na saúde, para o citado período, tais como: Bangladesh (1,6%); Índia (0,6%); Paquistão (0,9%); Siri Lanka (1%).

Adhikari e Maskay (2004) asseveram, com base em seus estudos, que a enunciação clara de prioridades, com uma reiteração de suporte, é necessária, mas não é uma condição suficiente para a melhoria dos resultados na saúde.

#### **- Israel**

Israel reformou seu sistema de saúde em 1995 com a decretação da Lei de Seguro Nacional de Saúde, que regula a operação dos planos de saúde. Gross (2004) usou indicadores baseados em dados administrativos (como informação financeira sobre funcionamento econômico e eficiência, e informação sobre transferência entre planos de saúde), bem como indicadores baseados em relatórios de consumidores.

Gross (2004) desenvolveu uma ferramenta de avaliação baseada no consumidor para mensurar estes indicadores após a implantação da reforma em Israel. Haja vista a reforma de saúde de Israel ser endereçada exclusivamente aos serviços médicos primários (baseados na comunidade) e secundários, e não no setor hospitalar, os indicadores desenvolvidos referem-se principalmente a monitorar as mudanças na qualidade dos serviços de

saúde ambulatoriais. Gross (2004) salienta que o monitoramento contínuo dos indicadores de resultados ao longo do tempo é necessário a fim de garantir que os provedores da saúde não desviem do caminho projetado para estes pelos gestores da política. Ademais, o monitoramento periódico de indicadores-chave podem fornecer uma base factual para modificar os princípios da reforma ou sua implementação.

### **2.4.3 A REFORMA NO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL**

A partir do final dos anos 70, por meio do movimento sanitário, formado por médicos, autoridades locais e especialistas do setor da saúde de posição esquerdista, e considerado um importante movimento na comunidade da política de saúde, deu-se início à reforma do setor da saúde. Politicamente, o contexto era favorável, pois havia um elevado gasto na compra dos serviços privados de saúde, o qual provocara desvios de recursos de infra-estrutura, que era o foco central do governo daquela época.

Cajueiro (2004) retrata o contexto à época, relatando que os sanitários criticavam a burocracia do INAMPS, pois, na concepção dos mesmos, esta havia sido capturada pelos interesses privados. A sua preocupação se voltava à questão da centralização das decisões da política de atenção à saúde que favorecia aos interesses do setor privado lucrativo de saúde, que impunha uma atenção à saúde de custo muito elevado. Com base nisso, os sanitários defendiam a implementação de um sistema de saúde voltado à universalização da cobertura do sistema público de atenção à saúde, à expansão dos programas de prevenção e de atenção primária de saúde, à gradativa

estatização da provisão da atenção à saúde, ao fortalecimento de alguma forma de controle dos provedores privados contratados e à descentralização. Esta última justificava-se pelo conseqüente aumento da eficiência da política de atenção à saúde e como estratégia política para enfraquecer a influência de provedores privados lucrativos nas arenas de decisão do setor saúde.

Costa *et al.* (2001) afirmam que estas reformas dos anos 70 e 80 foram conhecidas como “a primeira onda”, enquanto o que tem ocorrido desde a década de 90, que fora inspirada na flexibilização da administração pública, ficou conhecida como “a segunda onda”. Nesta, as reformas têm desenhado novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a provisão de serviços por meio de contratos, e pelo quasi-mercado. Este se refere à substituição do monopólio de provisão estatal pela provisão competitiva e independente, incluindo aí a presença de organizações não lucrativas.

Carneiro Júnior (2002) ressalta a importância do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde, e da Organização Pan-Americana de Saúde, nas reformas do setor de saúde, tendo estes atores uma participação muito ativa, ora financiando, ora fomentando as políticas sociais. Esses órgãos, via de regra, defendem a restrição do Estado no setor de saúde, agindo apenas como regulador e provedor de serviços básicos à população, ficando ao mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados e de alta complexidade. Todavia, no Brasil, a característica do sistema de saúde tem sido a presença marcante do Estado na prestação direta ou por intermédio da rede privada conveniada, dependente do financiamento estatal.

### **2.4.3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Segundo Almeida (2004), o SUS é considerado um dos mais perfeitos sistemas do mundo, tendo nascido do movimento sanitário dos anos 80. Em 1988, com a nova Constituição Brasileira, o modelo de assistência médica até então existente, que garantia privilégios para quem contribuía para a Previdência Social e tratava como indigentes os trabalhadores informais e desempregados, fora modificado, com a determinação constitucional de universalização de acesso às ações e serviços de saúde.

O Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990), a qual detalhou o funcionamento do SUS, estabelecendo uma rede pública regionalizada e hierarquizada, de acordo com os princípios constitucionais de universalização, integralidade da atenção, descentralização, participação social e igualdade no direito de acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade.

De acordo com o artigo N.º 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Desde a implementação do SUS, a União tem editado Normas Operacionais cujo objetivo é orientar os gestores do sistema, respondendo os aspectos técnicos do sistema. Esta racionalidade técnica se alinha com um movimento mais geral de reforma do Estado, desde 1995, cuja concepção tecnocrata tem sido a tônica da defesa da saída da crise do capitalismo e da reconstrução de um novo Estado por meio da administração pública.

O Plano Diretor para a Reforma do Estado propôs para o setor de saúde uma divisão em dois subsistemas: o de “entrada e controle”, constituído pelos serviços de atenção básica; e o de “referência ambulatorial e hospitalar”, composto por unidades de saúde com complexidade tecnológica, que são os setores secundário e terciário. Essa divisão segue os preceitos do Banco Mundial em relação à reforma de Estado, especialmente à questão da competitividade, descentralização, privatização e *accountability*.

## **2.5 OS STAKEHOLDERS RELACIONADOS À ÁREA DE SAÚDE**

O termo *stakeholder* apareceu primeiro na literatura gerencial em um memorando interno do Instituto de Pesquisa de Stanford, em 1963, conforme afirma Freeman (1984, apud GOMES, 2004). A palavra *stakeholder* significa um grupo ou indivíduo que pode afetar ou ser afetado pelas decisões de uma organização, ou seja, é qualquer parte interessada por determinada entidade ou mesmo uma área de interesse.

Para Horev e Babad (2005), um *stakeholder* é definido como qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou ser afetado pelo processo de gestão de política. Na área de saúde, os autores destacam os seguintes *stakeholders*:

- o público (usuário), que é o consumidor dos serviços de atenção à saúde. Um substituto do público, representando os interesses deste, são os políticos e partidos políticos;
- provedores de serviços de saúde, tais como: planos e seguros de saúde, hospitais, médicos, e outros grupos de trabalhadores em saúde;
- governo, representado por agências reguladoras e de supervisão;
- o Ministro da saúde, que é o responsável pelo orçamento, planejamento e responsabilidade financeira;
- diversos grupos de interesse comercial, como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos;
- elites políticas e acadêmicos no campo de política e serviços de saúde.

Zinkhan e Balazs (2004) consideram que o sistema de saúde possui muitos objetivos, e que um objetivo-chave é a melhoria da qualidade de vida, enquanto um outro objetivo relatado é a satisfação de um *stakeholder* (por exemplo, um usuário) como resultado ou interação particular de saúde (por exemplo, se um paciente ficou satisfeito com o atendimento e com a qualidade do serviço prestado).

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentado o procedimento adotado no trabalho, que abrange: a estratégia da pesquisa, a delimitação da pesquisa, os critérios adotados na determinação da amostra, os procedimentos utilizados na elaboração e aplicação do instrumento de pesquisa, bem como os procedimentos estatísticos utilizados na análise dos dados.

A investigação foi desenvolvida com base no método indutivo. Segundo Fachin (2002), o método indutivo parte do particular para o geral, como é o caso da presente pesquisa.

A proposta metodológica, quanto aos objetivos, foi a pesquisa exploratória. O estudo foi exploratório, pois teve o sentido de buscar conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro, e de construir questões importantes para a condução da própria pesquisa.

Em relação aos procedimentos, a pesquisa científica refere-se à maneira pela qual se conduz o estudo e, portanto, como se obtêm os dados. No presente estudo, optou-se pela pesquisa bibliográfica e documental, por meio da consulta à legislação, artigos e teses, para subsidiar o levantamento de dados que foi realizado na pesquisa de campo. Nesta, empregou-se um *survey* (levantamento), por meio de entrevistas semi-estruturadas, com dezoito questões fechadas e uma aberta, direcionadas aos *stakeholders* elencados no item 3.1.

De acordo com Young (1996), o levantamento é o método de pesquisa mais empregado por pesquisadores de contabilidade gerencial, com a preocupação central de ter a confiabilidade dos dados obtidos. Sted *et al.*

(2005) verificaram que, de 1982 a 2001, em sete periódicos especializados em pesquisa na área de contabilidade gerencial, 30% de todas as publicações empregaram o levantamento. Sendo que uma fraqueza central é a falha na parte de muitos estudos em manterem-se fiéis aos princípios fundamentais da construção e administração do levantamento. Caso não incorram nesta falha os levantamentos podem ser uma fonte de dados de alta qualidade em grande escala.

Sted *et al.* (2005) consideram que a pesquisa com levantamento pode ser usada para os propósitos de descrever e explicar, ressaltando que a questão-chave do levantamento centraliza-se mais em como é posicionado (ao invés do próprio método em si). Para Sted *et al.* (2005), o levantamento exerce um papel central em modelar opiniões coletadas.

Segundo Diamond's (2000, apud Sted *et al.*, 2005), como estrutura de um levantamento, tem-se:

- 1) propósito e desenho do levantamento – determina o uso dos dados e direciona as decisões com respeito ao desenho do levantamento;
- 2) definição de população e amostra – determina se as inferências válidas podem ser auferidas das características da amostra, e sobre quais inferências podem ser colhidas;
- 3) questões do levantamento e de outros métodos de pesquisa – se o levantamento fornece evidência com respeito às teorias que estão sendo testadas, incluindo aí, por exemplo, os procedimentos na coleta dos dados, desvios oriundos da ausência de respostas para os quesitos;

4) precisão da entrada de dados – envolve determinar os procedimentos para a entrada dos dados, controles para a completeza, confiabilidade e precisão, além de regras para solucionar inconsistências ; e

5) evidenciação e relatório – foca em descrever quais os procedimentos de pesquisa foram usados e como os dados foram coletados e apresentados.

No apêndice deste estudo, encontra-se tal questionário de pesquisa. As questões fechadas, de caráter opinativo, estão dispostas em escala *Likert* com cinco níveis de resposta (*concordo totalmente, mais concordo do que discordo, mais discordo do que concordo, discordo totalmente e não tenho opinião formada*).

No que tange à abordagem do problema, foi utilizada uma pesquisa quantitativo-qualitativa. A pesquisa qualitativa se deve ao fato de que será necessário conhecer a natureza dos fenômenos pesquisados para investigar as relações existentes, a fim de se chegar à conclusão da resposta ao problema proposto. No caso em tela, a análise qualitativa é aplicada à questão aberta, a fim de reforçar a análise quantitativa dos dados. Nesta abordagem qualitativa, utilizar-se-á a análise de conteúdo, conforme definição de Bardin (1977, p. 42):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ao aplicar a análise de conteúdo em uma abordagem qualitativa, Bardin (1977, p.115) considera que esta permite sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou várias variáveis do locutor (ou da situação de

comunicação). Na presente pesquisa, a resposta aberta possuiu a função de explicar as respostas fechadas.

A abordagem quantitativa foi empregada na interpretação dos dados oriundos das questões fechadas, sendo utilizado o teste não-paramétrico Prova de Kruskal-Wallis para  $k$  amostras independentes, com o auxílio do programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS –*, adotando um nível de significância de 5%. Essa abordagem quantitativa, por ser mais objetiva e exata, é útil na formulação e verificação de hipóteses. No presente estudo foram testadas dezoito hipóteses, correspondentes às questões fechadas, onde se verifica se os cinco grupos, para efeito de análise, possuem as mesmas percepções acerca do assunto tratado.

A prova de Kruskal-Wallis comprova se  $k$  amostras independentes podem ter sido extraídas da mesma população, ou provêm de populações diferentes. Na presente investigação, as amostras são no total de cinco ( $k = 5$ ). Conforme explica Siegel (1979), a hipótese nula ( $H_0$ ) é a de que  $k$  amostras provenham da mesma população ou de populações idênticas com relação a médias. Se as  $k$  amostras provêm da mesma população ou de populações idênticas, isto é, se  $H_0$  é verdadeira, então  $H$  (a estatística usada na prova de Kruskal-Wallis, definida pela fórmula abaixo) tem distribuição qui-quadrado ( $X^2$ ) com grau de liberdade  $gl = k - 1$ :

$$H = [12/(N(N+1))] \cdot \sum_{j=1}^k [R_j^2/n_j] - 3(N+1)$$

Onde  $k$  = número de amostras

$n_j$  = número de casos na amostra  $j$

$N = \sum n_j$ , número de casos em todas as amostras combinadas

$R_j$  = soma de postos na amostra (coluna)  $j$

$\sum_{j=1}^k$  = indica somatório sobre todas as  $k$  amostras (colunas),

Caso a probabilidade associada ao valor observado de  $H$  não exceda o nível de significância  $\alpha$  previamente fixado, deve-se rejeitar  $H_0$  em favor de  $H_1$ .

Operacionalmente, no cálculo da prova de Kruskal-Wallis cada uma das  $N$  observações é substituída por um posto, ou seja, todos os escores de todas as  $k$  amostras combinadas são dispostos em uma única série de postos. Ao menor escore atribui-se o posto 1, até ao maior escore, a que se atribui o posto  $N$ , depois, determina-se a soma dos postos em cada amostra. A prova de Kruskal-Wallis determina se essas somas são tão díspares que não seja provável que elas se refiram a amostras extraídas da mesma população, isto é, se as  $k$  amostras provêm da mesma população ou de populações idênticas,  $H_0$  é verdadeira, e  $H$  tem distribuição qui-quadrado com  $gl = k - 1$ .

Na atual pesquisa, foi adotado um nível de significância de 5%, logo, após os cálculos serem efetuados pelo SPSS, os casos em que o *p-value* for maior que o nível de significância, a hipótese nula ( $H_0$ ) foi aceita, implicando que os grupos não diferem entre si, em outras palavras, as percepções não são divergentes.

Cabe ressaltar que os resultados apresentados pelos gráficos apresentam-se em valores percentuais, haja vista os quantitativos de respondentes de cada grupo serem diferentes entre si.

A fim de que se possa ter uma percepção mais clara no tocante aos resultados apresentados adiante, considerou-se o seguinte, para fins de gradação do nível de concordância ou discordância, com base na comparação do *p-value* para com o nível de significância, que na atual pesquisa fora de 5% (0,05):

- se o *p-value* for menor que 0,05, então há divergência entre, pelo menos, um dos grupos de *stakeholders*, ou seja, existe diferença entre as percepções dos grupos. Logo, a hipótese nula ( $H_0$ ) não é aceita;
- se o *p-value* for maior que 0,05, então não há divergência entre os grupos de *stakeholders*, isto é, não existe diferença entre as percepções dos grupos. Portanto, a hipótese nula ( $H_0$ ) é aceita.

Quanto a este último caso, em que não há diferença entre as percepções dos grupos, foi adotada a seguinte classificação para fins de agrupamento dos dados, considerando-se o critério de decisão definido pelo teste de Kruskal-Wallis:

- se o *p-value* for maior que 0,05, e menor que 0,50, então há uma fraca concordância entre os grupos de *stakeholders*;
- se o *p-value* for maior que 0,50, então há uma forte concordância entre os grupos de *stakeholders*.

### 3.1 AMOSTRAGEM

A amostra é composta pelos *stakeholders* enunciados abaixo, tendo sido escolhido o Estado de Pernambuco devido ao fato de a pesquisadora residir neste Estado. São cinco os grupos de amostra:

- todos os Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (total de sete);
- diretores dos maiores hospitais públicos estaduais que possuem maior autonomia financeira (total de seis) – Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Otávio de Freitas, Hospital da Restauração, Hospital Regional do Agreste;
- representantes do Conselho Estadual de Saúde, constituído pelos seus três segmentos, a saber: dos Usuários, dos Trabalhadores de Saúde e dos Gestores/Prestadores. Neste grupo, conforme discriminado a seguir, serão considerados os três subgrupos (Segmento dos Usuários, Segmento dos Trabalhadores de Saúde, Segmento dos Gestores/Prestadores), de modo independente, a fim de verificar se há divergências de percepções.

⇒ Segmento dos Usuários

- Associação de Defesa do Usuário de Seguros e Planos de Saúde – ADUSEPS;
- Central Única dos Trabalhadores de PE – CUT/PE;

- Associação dos Fissurados Lábio-Palatais de PE – AFILAPPE;
- Centro Nordestino de Medicina Popular;
- Fórum de Mulheres de Pernambuco – FMPE;
- Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes de PE;
- Grupo de Trabalhos em Prevenção Positivo/Articulação AIDS em PE– GTP/PE;
- Movimento dos Trabalhadores Cristãos;
- Pastoral da Criança da CNBB/PE;
- Pastoral da Saúde – Arquidiocese de Olinda e Recife;
- Associação dos Alunos da UNATI-PE/ASSAUPE;
- Etnia Truká;
- Rede de Conselheiros Usuários do Estado de Pernambuco/Zona do Agreste;
- Rede Feminista de Saúde;
- Instituto de Saúde Holística Madre Paulina;
- Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco – FETAPE.

⇒ Segmento dos Trabalhadores de Saúde

- Conselho Regional de Medicina de PE;
- Conselho Regional de Enfermagem de PE – COREN/PE;
- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
1ª Região – CREFITO/PE;
- Conselho Regional de Fonoaudiologia 4ª Região –  
CRFª/PE;
- Conselho Regional de Psicologia 2ª Região – CRP/PE;
- Conselho Regional de Nutricionistas – 6ª Região – CRN-6;
- Conselho Regional de Serviço Social 4ª Região –  
CRESS/PE;
- Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de PE –  
SINFARPE;
- Sindicato dos Médicos de PE – SIMEPE;
- Sindicato dos Psicólogos de PE – PSICOSIND/PE;
- Sindicato dos Servidores Fundação Hemope –  
SINDSHEMOPE;
- Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade  
Social do Estado de PE – SINDSAÚDE/PE.

⇒ Segmento dos Gestores/Prestadores

- Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco – COSEMS-PE;
- Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco;
- Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Pernambuco;
- Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania do Estado de Pernambuco;
- Universidade de Pernambuco;
- Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas de Pernambuco;
- Associação Nordestina de Hospitais – ANH.

Ressalta-se que, quanto aos segmentos relativos ao Conselho Estadual de Saúde (CES), procurou-se coletar 100% das entidades representativas. No entanto, a lista pela qual a pesquisadora baseou-se, fornecida pelo CES, não estava totalmente atualizada, pois existiram entidades que haviam sido substituídas, quando a autora da pesquisa entrara em contato com as mesmas.

Salienta-se que foram coletados os dados de 100% das entidades com assento no CES que costumam freqüentar as assembléias do Conselho Estadual de Saúde, seja na forma titular ou suplente, já que a pesquisadora freqüentou diversas assembléias do CES como uma cidadã que gostaria de conhecer na prática como é o mecanismo do controle social por meio do CES, na área de saúde.

Além de tais representantes, a autora deste trabalho também entrou em contato com outras entidades constantes da lista fornecida, as quais, apesar de não freqüentarem assiduamente as assembléias do CES, constavam em tal lista, que é oriunda de Resolução Normativa do próprio CES que é atualizada com uma freqüência não inferior a um ano.

Observa-se que há algumas entidades com mais de uma representação no Conselho Estadual de Saúde. Logo, procurou-se entrar em contato com todos eles. Todavia, ressalta-se que alguns preferiram não responder, quando já havia feito o contato com outro representante, tendo este respondido.

Destaca-se que houve alguns representantes de entidades que se negaram a responder ao questionário de pesquisa, bem como dois representantes que responderam indicando uma única alternativa como resposta, sem a devida atenção, sugerindo pouco interesse, de forma que foram descartados tais questionários. A fim de preservar a identidade daqueles que não quiseram colaborar com a pesquisa, foi posta neste trabalho apenas a relação das entidades respondentes, e não a lista completa das entidades com assento no CES. Pois, para evitar ambigüidade, caso fosse procedida esta última opção, far-se-ia necessário o elenco daqueles que: não quiseram responder; responderam inconsistentemente; ou não conseguiram ser contatados, seja por morar distante, tendo dificuldade de acessar a telefones, seja por não quererem responder aos recados deixados. Em virtude de esses casos terem sido poucos, a pesquisadora considerou a amostra selecionada como o próprio universo amostral, ou seja, a população do levantamento é a população dos *stakeholders* relacionados. Sted *et al.* (2005) definem a população-alvo da pesquisa como a coleção de todos os respondentes que o

pesquisador gostaria de estudar (no caso da pesquisa em tela, todos os integrantes dos grupos de *stakeholders*); ao passo que a população do levantamento é a coleção dos respondentes disponíveis ao pesquisador e que estão realmente na amostra (no exemplo do atual estudo, seria a população dos *stakeholders* relacionados pela pesquisadora).

A atual pesquisa configura-se como uma amostra não-probabilística, ou intencional, em que, segundo afirmam Sted *et al.* (2005), alguns membros da população do levantamento são mais prováveis de serem selecionados em amostra do que outros. Isto se deve a diversos motivos, sendo que, no caso da pesquisa em tela, a principal razão fora o fato de que alguns membros da população selecionada não aceitarem responder à pesquisa.

Enfatiza-se, contudo, que dezesseis dos respondentes não quiseram responder à questão aberta, enquanto quatro faltaram responder a uma ou duas questões fechadas. Ao perguntar o motivo, os respondentes, de uma forma geral, alegaram que somente gostariam de responder àquilo que entregaram, sem dar maiores explicações.

Então, o total de respondentes (cinquenta e dois), por grupos de *stakeholders*, ficou assim distribuído:

- Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco – sete;
- Diretores dos maiores hospitais públicos estaduais que possuem maior autonomia financeira – seis;
- Representantes do Conselho Estadual de Saúde (segmento dos Usuários) – vinte;

- Representantes do Conselho Estadual de Saúde (segmento dos Trabalhadores de Saúde) – doze;
- Representantes do Conselho Estadual de Saúde (segmento dos Usuários) – sete.

### **3.2 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

A partir da identificação dos aspectos envolvidos com a questão da saúde pública, atuação do Tribunal de Contas no que tange à matéria, elaborou-se um questionário que serviu de suporte à obtenção das informações necessárias à execução desta pesquisa.

Na elaboração do questionário, utilizou-se uma estratégia para solicitar aos atores da investigação que falassem sobre a sua visão acerca da temática em questão. A importância de um levantamento dessa natureza, segundo assevera Cozby (2003, p. 143), “ganha relevância quando a sociedade passa a exigir dados sobre uma série de assuntos, não se satisfazendo apenas com registros informais”.

O levantamento teve a finalidade de revelar à sociedade a visão dos referidos *stakeholders* acerca do assunto em comento. Ademais, embora não seja objetivo da pesquisa, um levantamento deste tipo pode ser importante para ajudar legisladores ou esferas governamentais a tomarem decisões em termos de políticas públicas.

As pesquisas que empregam questionários, com o objetivo de solicitar às pessoas informações sobre si mesmas, suas atitudes e crenças, dados

demográficos e outros aspectos, devem ser rigorosamente elaboradas, utilizando-se técnicas estabelecidas na ciência do comportamento. Nesta pesquisa, foram utilizadas as técnicas orientadas por Cozby (2003); Gil (1999); Lakatos e Marconi (2003); Selttiz (1965) (apud DINIZ, 2004), que podem ser assim resumidas:

- simplicidade: foi utilizada, no questionário, uma linguagem de fácil entendimento, respeitando o nível intelectual de todos os respondentes, tendo em vista que, na população em estudo, existem pessoas com escolaridade variada;
- clareza: na elaboração do questionário, procurou-se evitar questões que denotassem ambigüidade, fazendo-se perguntas precisas e de fácil compreensão;
- formulação positiva: no questionário, evitou-se apresentar questões na forma negativa, de modo a evitar confusão nas respostas;
- perguntas diretas: todas as perguntas foram elaboradas de forma concreta e específica;
- impessoalidade: na formulação das perguntas, utilizou-se uma redação impessoal, de modo a evitar constrangimento e extrair respostas mais francas;
- resposta única: as perguntas foram elaboradas, de modo a possibilitar apenas uma resposta;
- anonimato: foi garantido aos participantes o completo anonimato, evitando, no instrumento de pesquisa, informações que identifiquem respostas dos participantes;

- opinião: o objetivo das perguntas foi captar a tendência predominante de opiniões.

#### **4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS**

Neste capítulo, são apresentadas as principais informações extraídas da pesquisa feita junto aos *stakeholders* selecionados para responder ao questionário.

A questão aberta encontra-se comentada no item 4.19 e teve como objetivo apreender as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* no que tange ao papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos quanto à prestação de serviços de saúde.

As questões fechadas de números 1, 5, 9, 11 e 17 referem-se ao papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, como órgão de controle externo competente para fiscalizar as entidades e órgãos públicos. Enquanto que as demais perguntas têm por finalidade apoiar estas questões-chave ao capturar as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* no tocante à efetividade na atuação dos serviços públicos de saúde destinados à população, em especial dos hospitais públicos estaduais.

Em virtude de o Tribunal de Contas do Estado ser o órgão de controle externo competente para fiscalizar hospitais públicos estaduais, é fundamental que se tenha a compreensão dos diversos grupos de *stakeholders* em relação à maneira pela qual o TCE deva promover a efetividade dos hospitais públicos enquanto prestadores de serviços de saúde à população.

Como um resumo relativo aos graus de concordância ou divergência entre as percepções dos grupos de *stakeholders*, que será detalhado nos próximos tópicos, tem-se a seguinte tabela:

**Tabela 2 – Síntese dos Graus de Concordância entre as Percepções dos Grupos de Stakeholders no Caso das Questões Fechadas**

<b>Questões</b>	<b>Graus de Concordância entre as Percepções dos Grupos de Stakeholders</b>
Questão 1	Alto grau de concordância
Questão 2	Alto grau de concordância
Questão 3	Baixo grau de concordância
Questão 4	Baixo grau de concordância
Questão 5	Baixo grau de concordância
Questão 6	Alto grau de concordância
Questão 7	Baixo grau de concordância
Questão 8	Baixo grau de concordância
Questão 9	Baixo grau de concordância
Questão 10	Divergência entre os grupos
Questão 11	Baixo grau de concordância
Questão 12	Alto grau de concordância
Questão 13	Divergência entre os grupos
Questão 14	Baixo grau de concordância
Questão 15	Alto grau de concordância
Questão 16	Divergência entre os grupos
Questão 17	Alto grau de concordância
Questão 18	Baixo grau de concordância

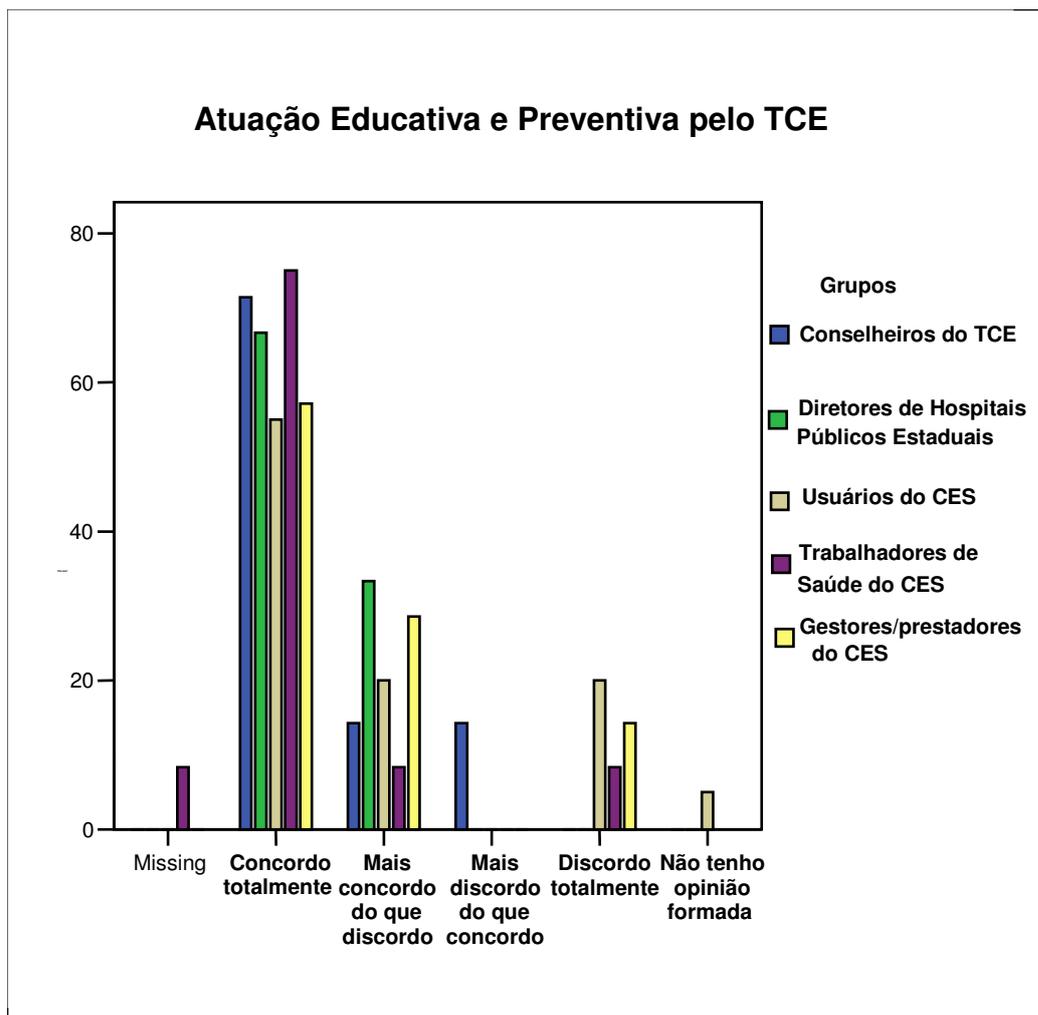
#### **4.1 FORMA DE ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS – PREVENTIVA E EDUCATIVA**

A primeira questão diz respeito à forma de atuação do Tribunal de Contas: se deveria ser do tipo educativo e preventivo perante os hospitais públicos. O objetivo da pergunta é identificar a percepção dos diversos *stakeholders* com relação à forma de atuação do Tribunal de Contas do

Estado: se deveria ser do tipo educativo e preventivo perante os hospitais públicos, de um modo mais pedagógico em relação à gestão hospitalar.

Observa-se que houve uma forte concordância nas respostas, no sentido de os grupos opinarem que o Tribunal de Contas deveria atuar mais educativa e preventivamente perante os hospitais públicos. Isso pode ser constatado ao observar que:

- a resposta “*concordo totalmente*” foi a que mais concentrou respostas em todos os grupos, seguida da “*mais concordo do que discordo*”;
- o *p-value* de 0,577 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%), configurando uma forte concordância, como se observa nos critérios estabelecidos no procedimento metodológico. Logo, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno desta questão.



**Gráfico 1 – Forma de atuação do Tribunal de Contas – preventiva e educativa**

## **4.2 CONFIANÇA DOS USUÁRIOS DO SUS NOS POSTOS DE SAÚDE MUNICIPAIS**

A segunda questão refere-se à confiança nos serviços prestados pelos postos de saúde municipais. Seu objetivo é apreender a visão dos *stakeholders* no que tange à confiança dos usuários do SUS nos serviços prestados pelos postos de saúde municipais, pois, quanto maior esta confiança, maior será a freqüência nesses postos e menor a demanda nos hospitais estaduais para tratar de enfermidades de baixa complexidade ou pequenos procedimentos

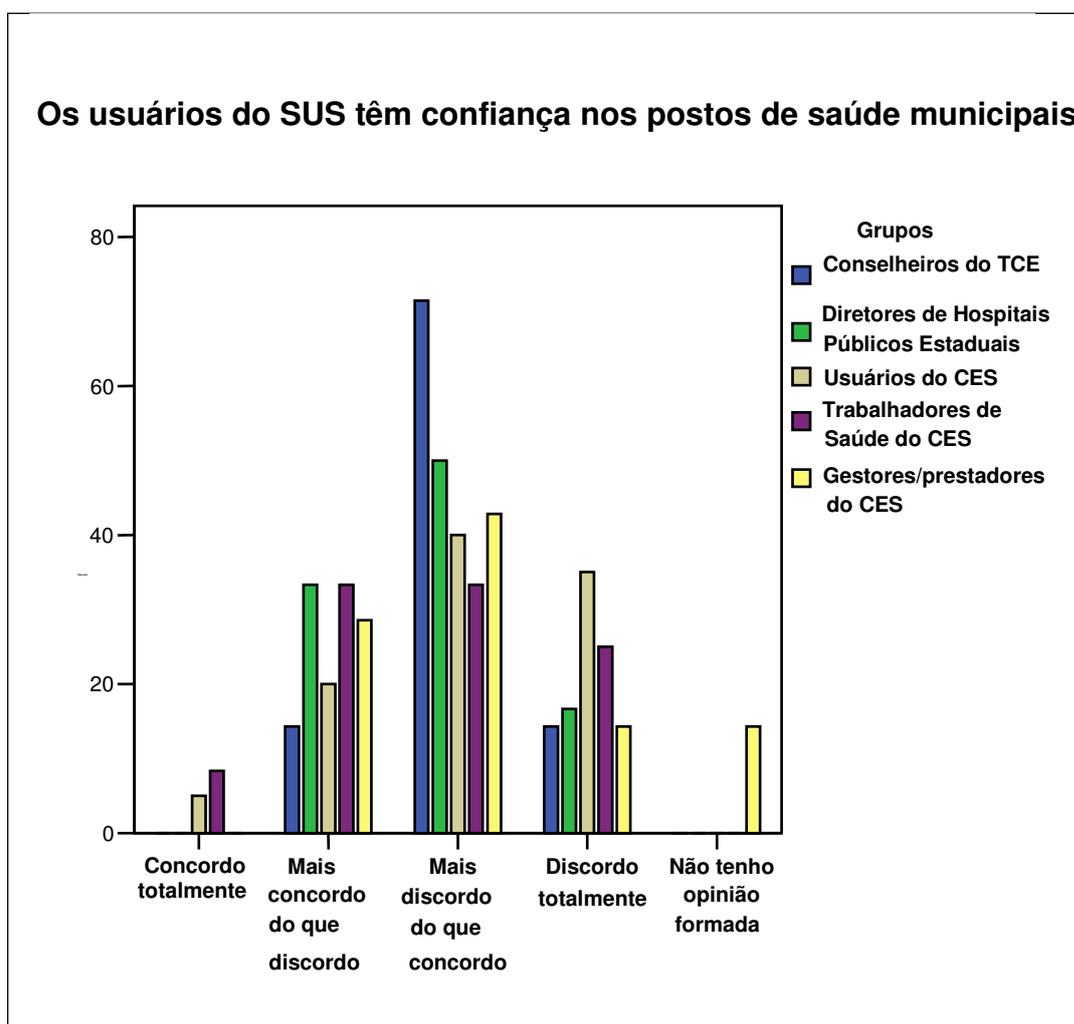
médicos. Estes, em tese, seriam de responsabilidade da rede pública municipal de saúde prioritariamente, segundo a legislação relativa ao SUS. Quanto maior a demanda nos hospitais públicos estaduais, maior será a dificuldade para se ter acesso aos hospitais públicos, com um atendimento apropriado, devido às altas proporções entre usuários do SUS/médicos e usuários do SUS/leito.

No que se refere à relação entre esta pergunta e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação ocorre através da auditoria operacional não só nos hospitais, mas também em níveis municipais, tanto em postos de saúde, quanto à observância das políticas públicas de saúde municipais. Pois deveriam ser observadas as diretrizes e as orientações do Sistema Único de Saúde a fim de proporcionar à população um serviço eficiente e efetivo de saúde com atribuições claras das esferas municipais e estadual, evitando que aqueles que recorrem à prestação de serviço público não se dirijam a locais não recomendados segundo as normas do SUS.

Verifica-se que houve uma grande concordância nas respostas, no sentido, contudo, de os grupos de *stakeholders* opinarem que os usuários do SUS não confiam nos serviços prestados pelos postos de saúde municipais, o que pode ser averiguado observando-se que:

- a resposta “*mais discordo do que concordo*” foi a que mais concentrou respostas em todos os grupos, ao passo que as respostas “*mais concordo do que discordo*” e “*discordo totalmente*” aparecem praticamente empatadas, dando ao gráfico um aspecto de curva normal, cujo centro seria a resposta “*mais discordo do que concordo*”;

- o *p-value* de 0,876 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%), evidenciando um alto grau de concordância nas percepções dos grupos. Assim, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que assegura não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno desta questão.



**Gráfico 2 – Confiança dos usuários do SUS nos postos de saúde municipais**

### 4.3 QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA REDE PÚBLICA

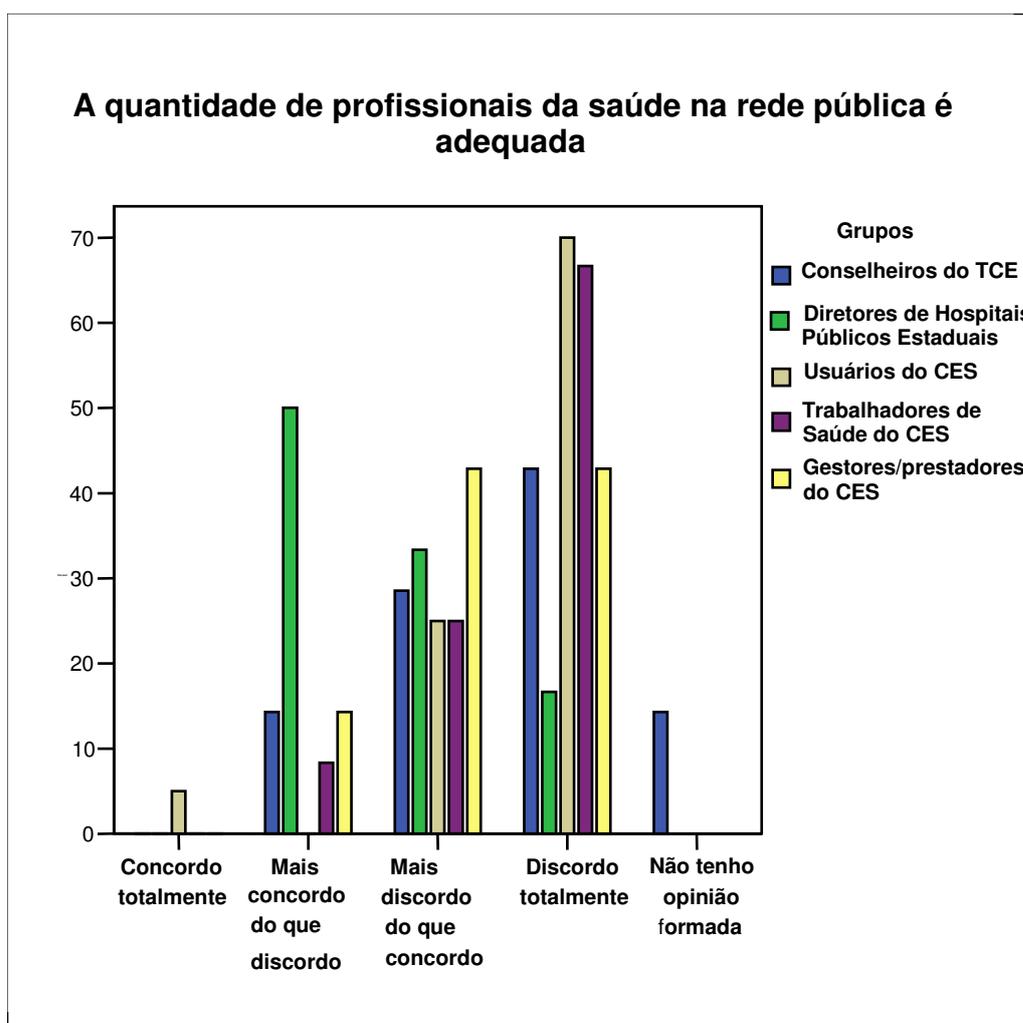
A terceira pergunta é relativa à quantidade de profissionais da saúde na rede pública. O objetivo da questão é captar a visão dos cinco grupos no que diz respeito à quantidade adequada de profissionais da saúde na rede pública. Caso a quantidade não seja apropriada, maior será a demanda nos hospitais estaduais, e pior será a facilidade para se ter acesso aos hospitais, com um atendimento conveniente, devido às altas proporções entre usuários do SUS/médicos e usuários do SUS/leito, provocando um atendimento demorado aos usuários ou falta de vagas disponíveis.

No que diz respeito à relação entre esta questão e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, o elo acontece por meio da auditoria operacional na área de saúde pública. Esta forma de atuação do Tribunal de Contas versa sobre a análise da gestão, verificando-se aspectos de recursos humanos, cujos relatórios elaborados servem de subsídios aos gestores de hospitais públicos.

Nota-se que houve uma fraca concordância nas respostas, com os *stakeholders* opinando majoritariamente na direção da discordância, ou seja, que a quantidade de profissionais da saúde na rede pública não é adequada, o que pode ser constatado a seguir:

- a resposta “*discordo totalmente*” foi a que mais se sobressaiu, seguida pelas “*mais discordo do que concordo*” e “*mais concordo do que discordo*”. Esta última apresentou-se destacada pelo grupo dos diretores de hospitais públicos, sendo a opção preferida por este grupo de *stakeholder*, o que pode sugerir um corporativismo da categoria;

- o *p-value* de 0,106 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%). Portanto, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que assevera não haver diferenças expressivas entre as percepções dos grupos em torno desta pergunta. Todavia, salienta-se que o *p-value* de 0,106 configura um baixo grau de concordância, conforme os critérios colocados no procedimento metodológico. Caso o nível de significância fosse de 10%, o valor da estatística *p-value*, de 0,106, estaria no limiar entre a concordância e discordância.



**Gráfico 3 – Quantidade de profissionais da saúde na rede pública**

#### **4.4 ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**

A quarta questão relaciona-se com o acesso aos serviços públicos de saúde nos hospitais públicos estaduais. O objetivo da pergunta é capturar a percepção dos cinco grupos no que se refere ao acesso aos serviços públicos de saúde nos hospitais públicos estaduais, o que tem implicações quanto à demora para se conseguir atendimento aos usuários ou para a disponibilidade de vagas nos leitos hospitalares.

Quanto à relação entre este quesito e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a união ocorre mediante a auditoria operacional não só nos hospitais, mas também em nível municipal, tanto nos postos de saúde, quanto nos programas de governo na área de saúde. Visto que deveriam ser observadas as normas do SUS para que a população receba um serviço eficiente e efetivo de saúde com atribuições claras das esferas municipais e estadual, evitando que as pessoas se dirijam a locais não recomendados. Como exemplo disto seria um usuário do SUS à procura de atendimento nos hospitais estaduais para tratar de enfermidade de baixa complexidade ou pequenos procedimentos médicos, podendo ter-se dirigido a um posto municipal.

Observa-se que houve uma fraca concordância nas respostas, com os *stakeholders* opinando majoritariamente na direção da discordância, ou seja, que o acesso aos serviços públicos de saúde nos hospitais públicos estaduais não é adequado, como pode ser constatado a seguir:

- a resposta “*discordo totalmente*” foi a que mais se destacou, seguida de perto da “*mais discordo do que concordo*”. A “*mais concordo do que discordo*” só foi citada pelos grupos dos diretores de hospitais públicos estaduais e dos gestores/prestadores do Conselho Estadual de Saúde;
- o *p-value* de 0,068 foi um pouco maior do que o nível de significância de 0,05 (5%), levando-se a aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças expressivas entre as concepções dos grupos em torno desta questão. No entanto, em virtude do baixo grau de concordância, já que o *p-value* fora de 0,068 nesta questão, caso o nível de significância fosse aumentado para 10%, já estaria configurada a discordância entre pelo menos um dos grupos.

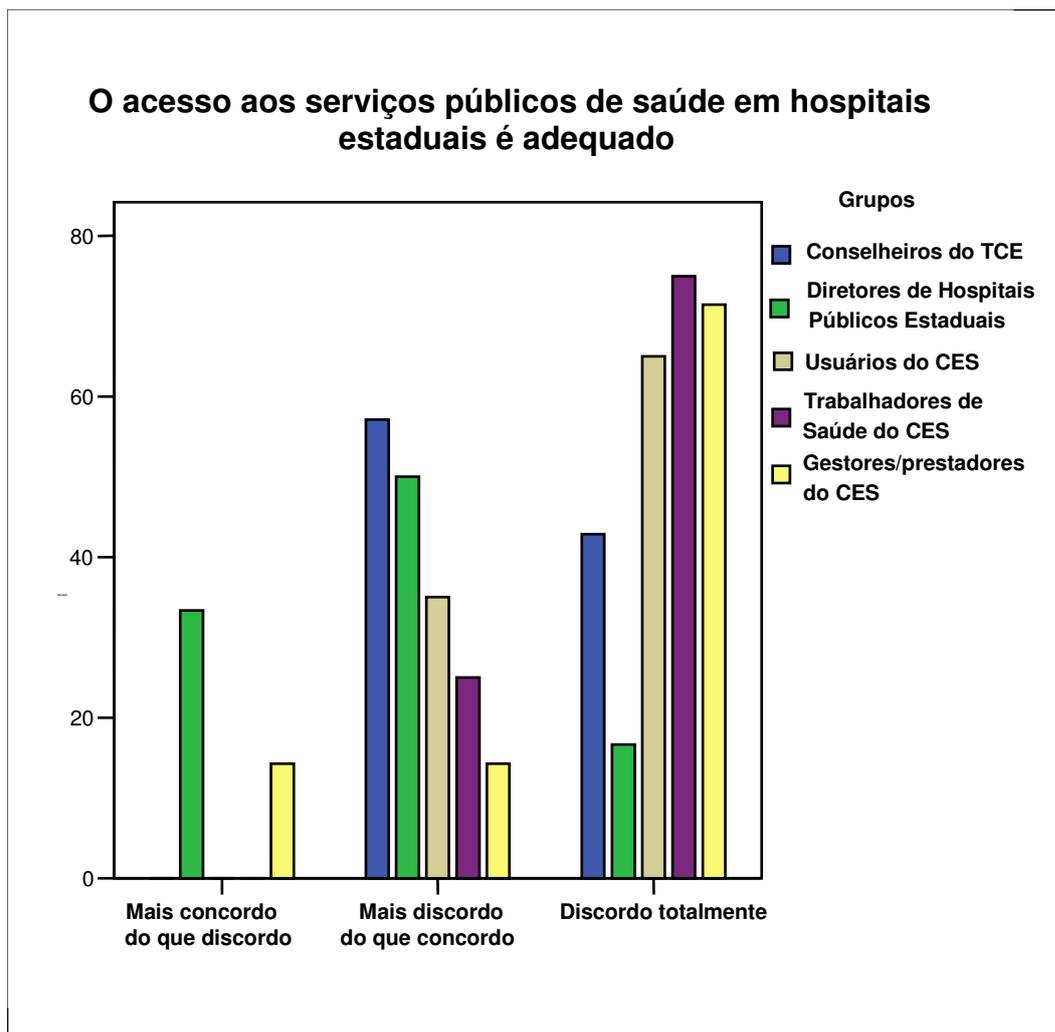


Gráfico 4 – O acesso aos serviços públicos de saúde nos hospitais públicos estaduais

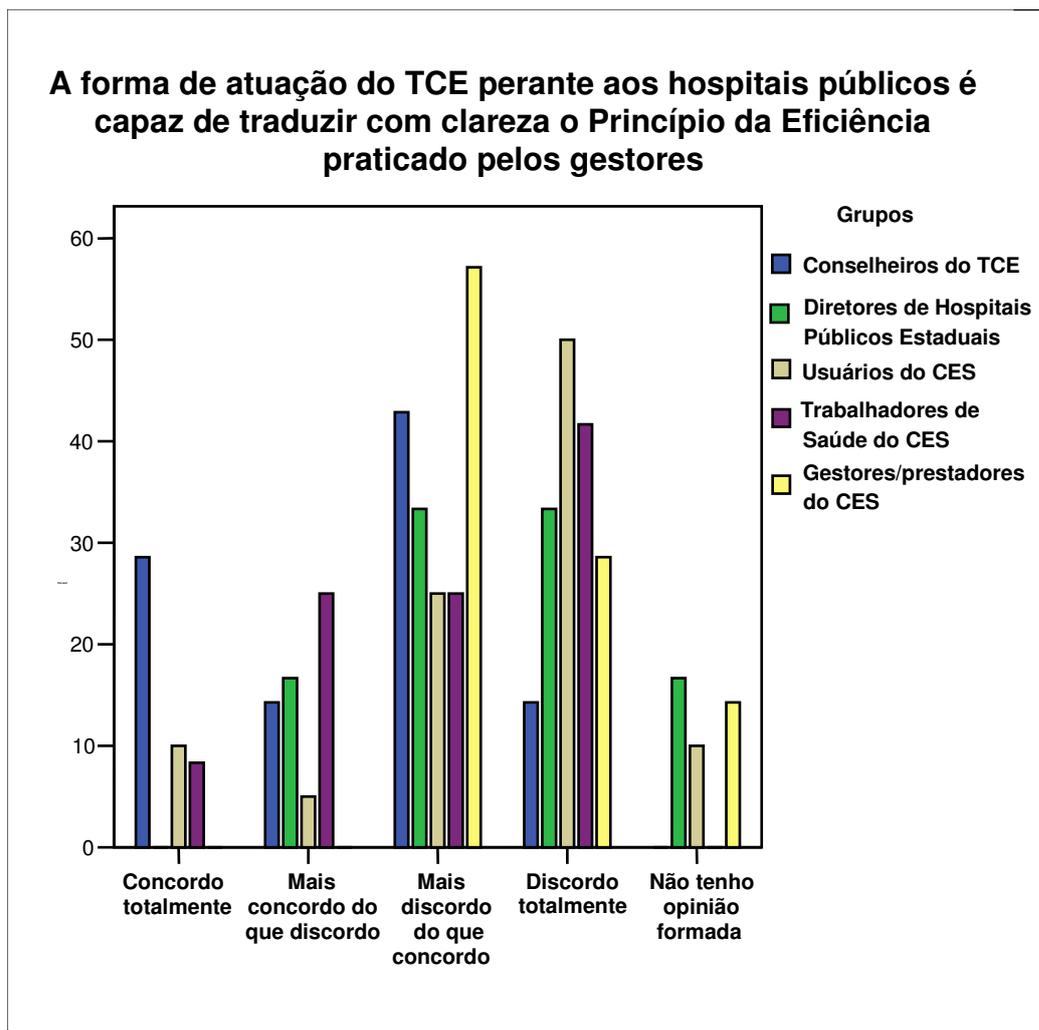
#### 4.5 A FORMA DE ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS PERANTE OS HOSPITAIS PÚBLICOS EM RELAÇÃO AO PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA PRATICADO PELOS GESTORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS

A quinta questão diz respeito à forma de atuação do Tribunal de Contas perante os hospitais públicos, no que tange à capacidade de traduzir e comunicar com clareza o *Princípio Constitucional da Eficiência*, praticado pelos gestores dos hospitais públicos, objetivando a apreensão da percepção dos cinco grupos de *stakeholders* quanto a tal pergunta. Isto é, se o *Princípio da*

*Eficiência* praticado (ou por venturas falhas do mesmo) pelos gestores hospitalares é retratado no controle externo exercido pelo TCE, através de suas auditorias.

Nota-se que houve uma concordância fraca nas respostas, com os *stakeholders* opinando principalmente na direção da discordância, ou seja, que a forma de atuação do Tribunal de Contas perante os hospitais públicos, não está conseguindo traduzir e comunicar com clareza o *Princípio Constitucional da Eficiência*, praticado pelos gestores dos hospitais públicos, como pode ser constatado abaixo:

- as respostas “*mais discordo do que concordo*” e “*discordo totalmente*” foram as que mais se destacaram, embora as demais tenham apresentado significância, incluindo a “*não tenho opinião formada*”;
- o *p-value* de 0,205 foi um pouco maior do que o nível de significância de 0,05 (5%), o que evidencia uma fraca concordância, levando-se a aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que garante não existir diferenças expressivas entre as visões dos grupos em torno desta questão.



**Gráfico 5 – A forma de atuação do Tribunal de Contas perante os hospitais públicos em relação ao Princípio da Eficiência praticado pelos gestores de hospitais públicos**

#### **4.6 A PROCURA DE ATENDIMENTO RELATIVO A PEQUENOS PROCEDIMENTOS PELOS USUÁRIOS DO SUS EM POSTOS MUNICIPAIS**

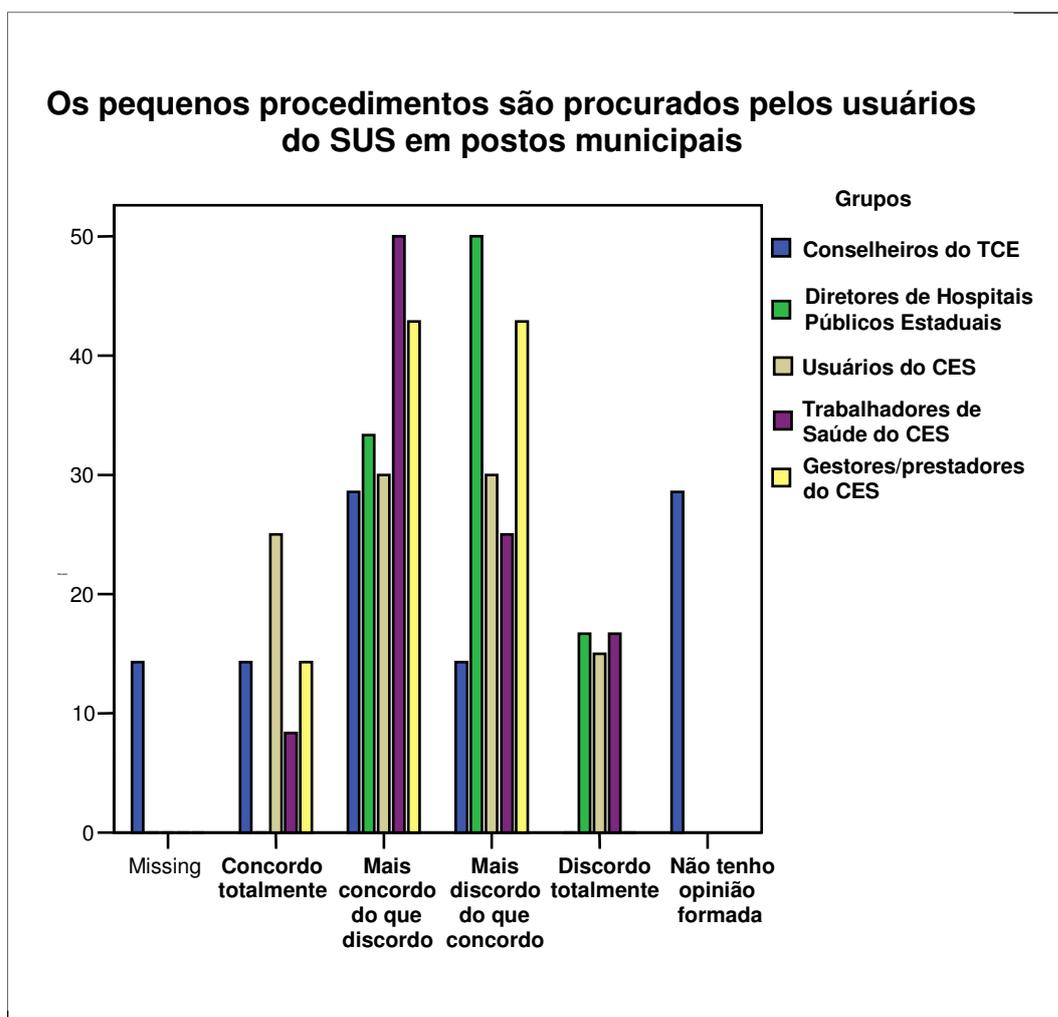
O sexto quesito diz respeito à procura pelo atendimento relativo a pequenos procedimentos pelos usuários do SUS em postos municipais. O objetivo do quesito é identificar a percepção dos *stakeholders* no tocante à demanda dos usuários do SUS por atendimento em postos municipais, relativo a procedimentos de baixa complexidade. Isto é importante a fim de observar os

impactos em termos de demanda em hospitais públicos estaduais. Quanto maior a procura de procedimentos de baixa complexidade na rede municipal, menor o será em hospitais estaduais, em tese.

No que tange à relação entre esta questão e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade destes hospitais públicos, a ligação se dá por meio da auditoria operacional não somente nos hospitais, mas também em níveis municipais, tanto nos postos de saúde, quanto nos programas de governo na área de saúde. Pois deveriam ser observadas as normas do SUS a fim de que a população receba um serviço eficiente e efetivo de saúde com atribuições claras das esferas municipais e estadual, evitando que as pessoas se dirijam a locais não recomendados. Em outras palavras, os usuários do SUS que estivessem à procura de atendimento para tratar de enfermidade de baixa complexidade ou pequenos procedimentos médicos dirigir-se-iam a postos municipais de saúde, ao invés de buscar os hospitais estaduais.

Observa-se que houve uma forte concordância nas respostas. No entanto, as respostas foram razoavelmente distribuídas tanto no sentido de *“mais concordo do que discordo”*, quanto *“mais discordo do que concordo”*, além de ter havido um número de respostas *“concordo totalmente”* e *“discordo totalmente”*, da mesma ordem. No cômputo geral, os grupos de *stakeholders* responderam preponderantemente, *“mais concordo do que discordo”*, significando que os pequenos procedimentos, via de regra, são procurados pelos usuários do SUS em postos municipais. Apenas o grupo dos diretores dos hospitais públicos estaduais *“mais discordou do que concordou”* como a resposta principal.

Estatisticamente, o *p-value* (0,771) expressou essa forte concordância, estando muito acima do nível de significância de 0,05 (5%). Logo, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno deste quesito.



**Gráfico 6 – A procura de atendimento relativo a pequenos procedimentos pelos usuários do SUS em postos municipais**

#### 4.7 CATEGORIAS CONCEITUAIS - EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, EFETIVIDADE E RESULTADOS

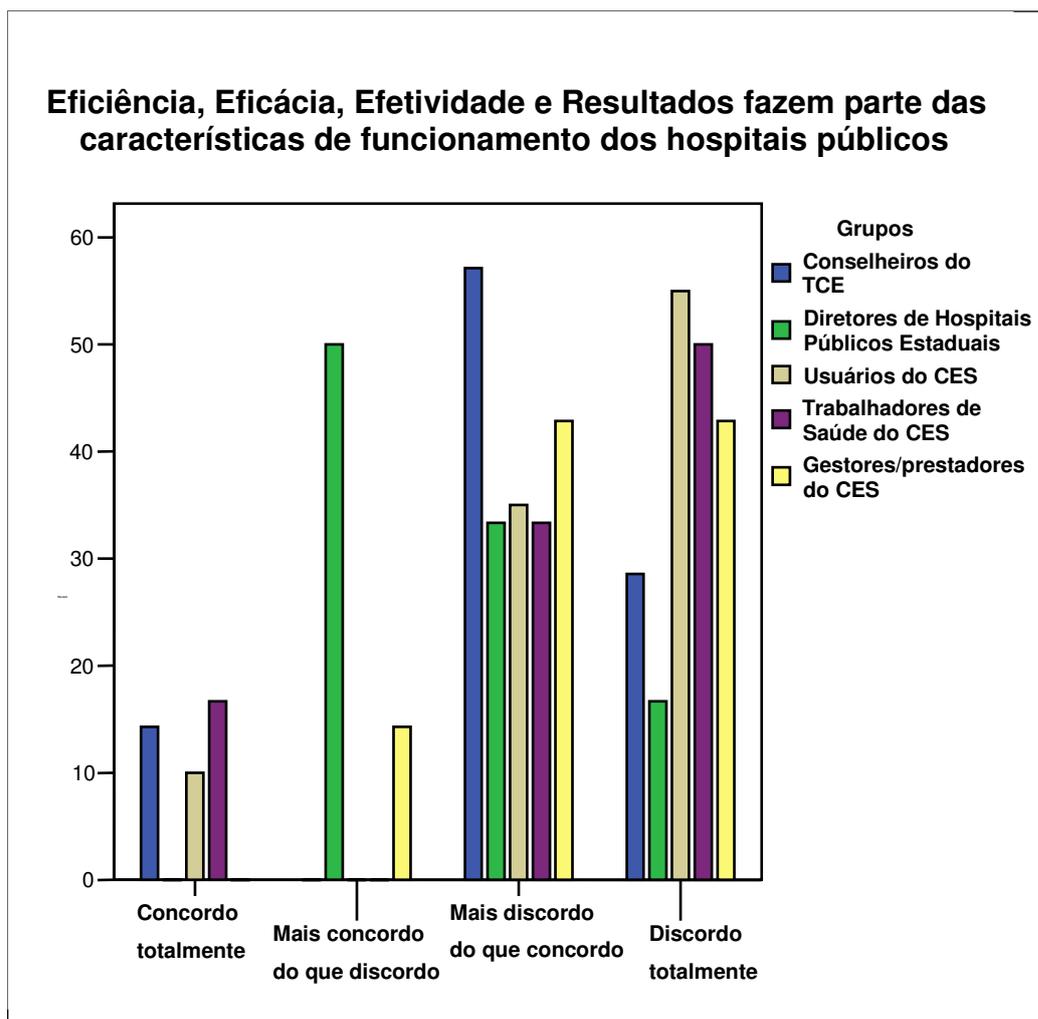
A sétima questão refere-se às categorias conceituais: eficiência, eficácia, efetividade e resultados. O objetivo da pergunta é apreender a visão dos *stakeholders* no que se refere às características de funcionamento dos hospitais públicos, no sentido da participação de tais categorias conceituais.

Com respeito à relação entre esta pergunta e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação acontece através da auditoria operacional nestes hospitais públicos. Esta forma de atuação do Tribunal de Contas analisaria a gestão, verificando-se aspectos de recursos materiais, financeiros e humanos, cujos produtos de auditoria seriam relatórios que serviriam de base aos gestores de hospitais públicos aperfeiçoarem-se em busca de um desempenho mais eficiente, eficaz e efetivo para a população beneficiada.

Verifica-se que houve uma concordância nas respostas, contudo, no sentido de os grupos de *stakeholders* opinarem que as categorias conceituais – eficiência, eficácia, efetividade e resultados – não fazem parte das características de funcionamento dos hospitais públicos, o que pode ser averiguado observando-se que:

- as respostas “*mais discordo do que concordo*” e “*discordo totalmente*” foram as mais concentradoras de respostas, de um modo genérico em todos os grupos, com exceção do grupo de diretores de hospitais públicos, os quais “*mais concordaram que discordaram*”;

- o *p-value* de 0,383 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%), evidenciando uma fraca concordância, segundo os critérios de graus de concordância postos no procedimento metodológico. Assim, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que assegura não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno desta questão.



**Gráfico 7 – Eficiência, Eficácia, Efetividade e Resultados – categorias conceituais que fazem parte das características de funcionamento dos hospitais públicos**

#### **4.8 A INFLUÊNCIA DA CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS, EM RECIFE, NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A oitava pergunta relaciona-se com a concentração de serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais, em Recife, e a questão objetiva captar a visão dos cinco grupos no que diz respeito à influência dessa concentração na universalização do acesso aos serviços de saúde. Em outras palavras, se o fato de haver uma concentração, especialmente no município de Recife, prejudicaria a universalização do acesso aos serviços de saúde.

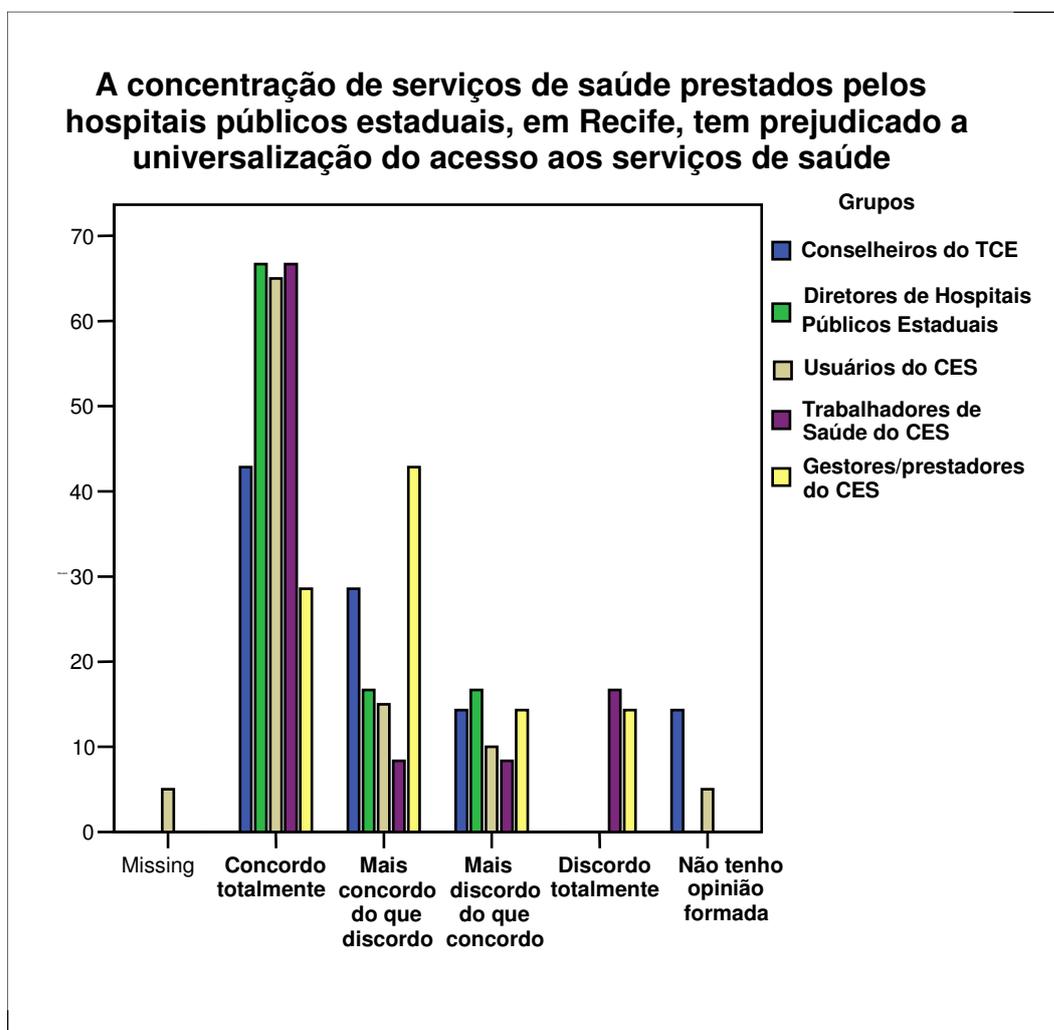
No que diz respeito à relação entre esta questão e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação ocorre através da auditoria operacional não apenas nos hospitais públicos, bem como nas políticas públicas de saúde, confrontando-se a distribuição dos hospitais por área geográfica e/ou concentração de especialidades médicas com a distribuição física e por tipo de enfermidades que assolem a população do Estado de Pernambuco.

Nota-se que houve uma fraca concordância nas respostas, com os *stakeholders* opinando majoritariamente na direção da concordância, isto é, que a concentração de serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais, em Recife, tem prejudicado a universalização do acesso aos serviços de saúde, o que pode ser averiguado a seguir:

- a resposta “*concordo totalmente*” foi a que mais se sobressaiu em quase todos os grupos de *stakeholders*, seguida pela “*mais concordo do que*

*discordo*”, que foi a mais destacada no grupo dos gestores/prestadores do Conselho Estadual de Saúde;

- o *p-value* de 0,472 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%). Portanto, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que assevera não haver diferenças expressivas entre as percepções dos grupos em torno desta pergunta. Contudo, salienta-se que o *p-value* de 0,472 configura um baixo grau de concordância, conforme os critérios estabelecidos no procedimento metodológico.



**Gráfico 8 – A concentração de serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais, em Recife, tem prejudicado a universalização do acesso aos serviços de saúde**

#### 4.9 FORMA DE ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS – COERCITIVA

A nona pergunta diz respeito à forma de atuação do Tribunal de Contas: se deveria ser do tipo coercitivo perante os hospitais públicos. O objetivo da pergunta é capturar a visão dos grupos de *stakeholders* com relação à forma de atuação do Tribunal de Contas do Estado, no sentido de aplicar coercitivamente as legislações concernentes ao seu papel de atuação, o qual se encontra descrito na própria Carta Magna, como está discriminado no referencial teórico.

Observa-se que houve uma fraca concordância nas respostas, no sentido de os grupos opinarem que o Tribunal de Contas deveria atuar mais em direção da discordância do enunciado da questão, isto é, que o Tribunal de Contas não deveria ser tão coercitivo, em termos legais, perante os hospitais públicos. Isso pode ser constatado ao observar que:

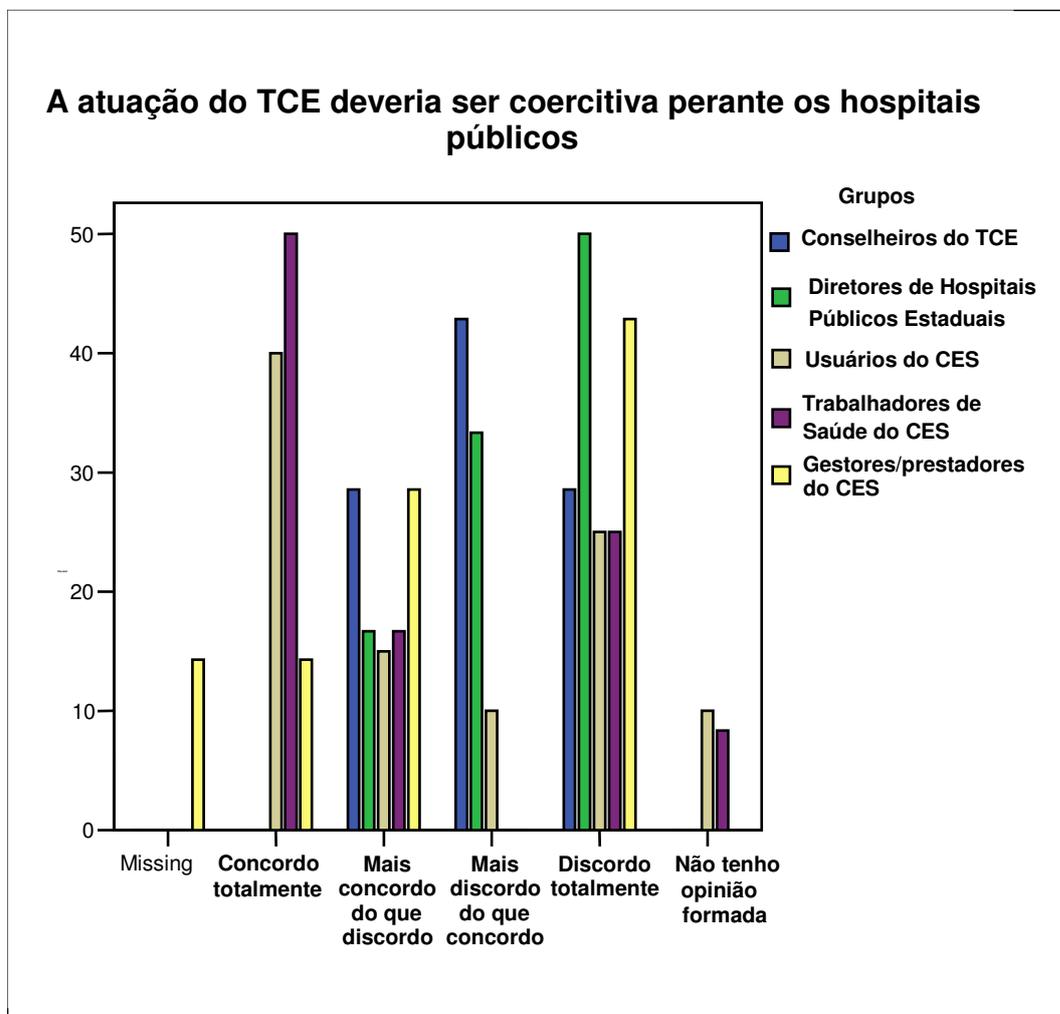
- a resposta “*discordo totalmente*” foi a que mais concentrou respostas nos grupos dos diretores de hospitais públicos estaduais e dos gestores/prestadores do Conselho Estadual de Saúde, significando que o Tribunal de Contas não deveria ser coercivo, diante dos hospitais públicos;
- a resposta “*mais discordo do que concordo*” foi a que mais concentrou as opiniões do grupo dos conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, além de ter tido uma alta representatividade no grupo dos diretores de hospitais públicos estaduais, denotando que o Tribunal de Contas não deveria ser tão coativo, ante os hospitais públicos;

- já a resposta “*concordo totalmente*” fora a preferida majoritariamente pelos grupos do Conselho Estadual de Saúde dos trabalhadores de saúde e dos usuários, expressando que o Tribunal de Contas deveria ser coercitivo, perante os hospitais públicos;
- o *p-value* de 0,464, maior que o nível de significância de 0,05 (5%), configura uma concordância, embora seja considerada fraca, como se nota nos critérios postos no procedimento metodológico. Desta forma, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno desta pergunta.

Destaque-se que os conselheiros do TCE bem como os gestores/prestadores do CES, tendem a preferir uma atuação menos coercitiva e, portanto, mais educativa para o TCE, ao passo que os representantes dos trabalhadores de saúde e dos usuários, preferem uma atuação mais coercitiva. Esta dissonância, não capturada no conjunto, reflete perspectivas diferentes em relação ao trabalho do TCE e, também, a baixa efetividade percebida pelos representantes dos trabalhadores de saúde e dos usuários, com relação ao funcionamento do sistema de saúde.

Por mais contraditórias que as respostas possam aparentar, estas refletiram, de fato, as opiniões dos respondentes, pois, além das respostas coletadas, a pesquisadora, após receber cada questionário, procurava ouvir os comentários (desabafos) que os respondentes expusessem espontaneamente. E justamente, com respeito à forma de atuação do TCE, é que eles mais se manifestavam: ora defendendo um modo mais coercitivo, obrigatório e legalista (predominantemente para os grupos de trabalhadores de saúde e dos usuários

do CES); ora defendendo um modo menos coercitivo e legalista (sobretudo para os grupos dos diretores de hospitais públicos e dos gestores/prestadores do CES).



**Gráfico 9 – Forma de atuação do Tribunal de Contas – coercitiva**

#### **4.10 O ATENDIMENTO OFERECIDO AOS USUÁRIOS DO SUS - TEMPESTIVO E HUMANIZADO**

O décimo quesito diz respeito ao atendimento oferecido aos usuários do SUS, no que tange às características de ser tempestivo e humanizado, tendo

por finalidade a apreensão da percepção dos cinco grupos de *stakeholders* quanto a tal quesito, ou seja:

- se, na visão dos *stakeholders*, o atendimento oferecido aos usuários do SUS é oportuno, não demorado;
- se os *stakeholders* consideram o atendimento humanizado, com os usuários sendo tratados de modo digno em termos de acesso aos recursos materiais, bem como quanto aos profissionais da área de saúde, em termos de tratar os usuários de modo profissional e respeitoso.

No que se refere à relação entre esta pergunta e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação ocorre por meio da auditoria operacional nestes hospitais públicos, verificando-se aspectos de gestão, sejam os recursos humanos (oferecidos pelos profissionais da área-fim de saúde ou de apoio), sejam os materiais postos à disposição da população, a fim de que esta não sofra por falta de medicamentos e materiais utilizados em procedimentos médicos.

Nota-se que houve uma divergência entre, pelo menos, um dos grupos de *stakeholders*, pois o *p-value* de 0,024 foi abaixo do nível de significância de 0,05 (5%), o que evidencia uma divergência entre os grupos, levando-se a rejeitar a hipótese nula  $H_0$ , isto é, existem diferenças expressivas entre as visões dos grupos em torno desta questão.

Percebe-se graficamente que o grupo dos diretores de hospitais públicos estaduais evidenciou uma percepção mais diferenciada em relação

aos demais grupos, sendo o único a responder a opção “*mais concordo do que discordo*”.

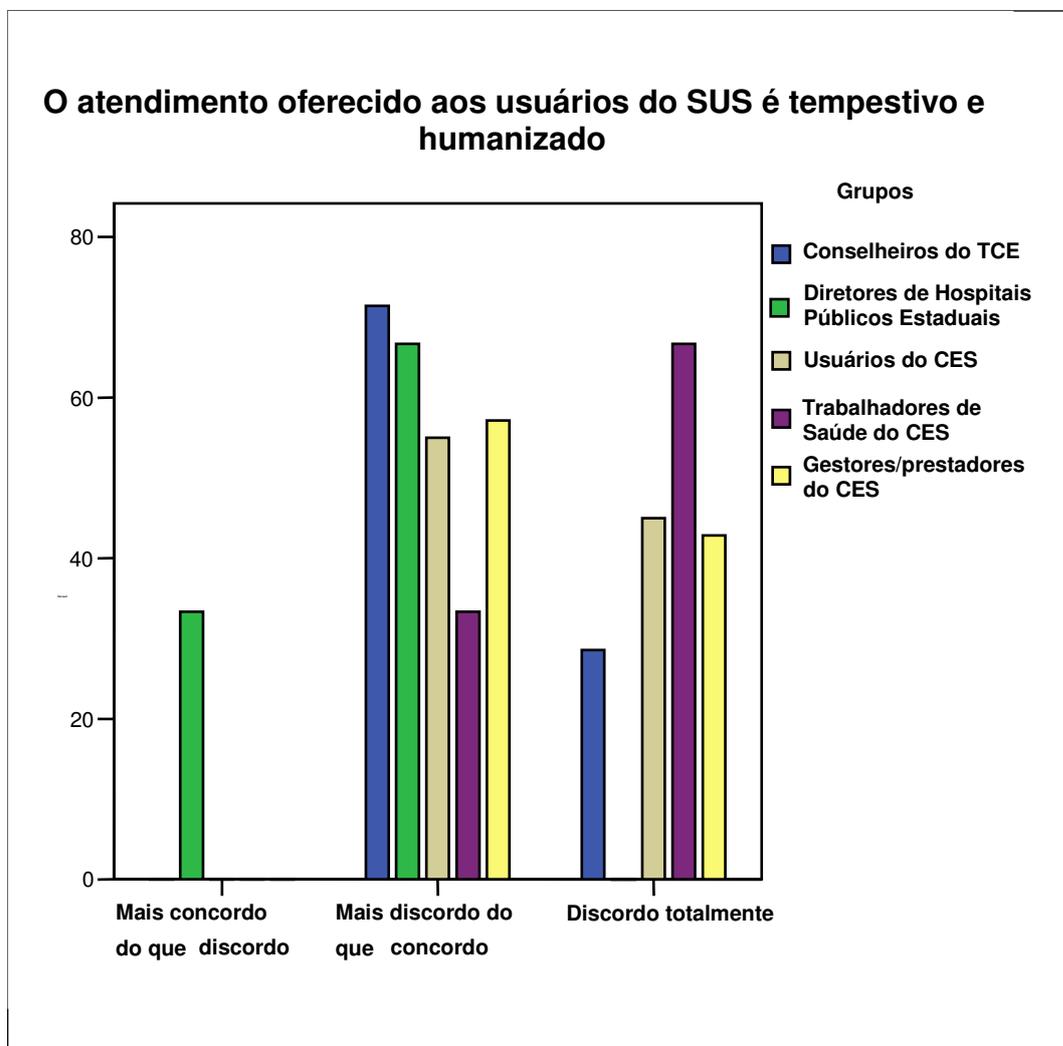


Gráfico 10 – O atendimento oferecido aos usuários do SUS é tempestivo e humanizado

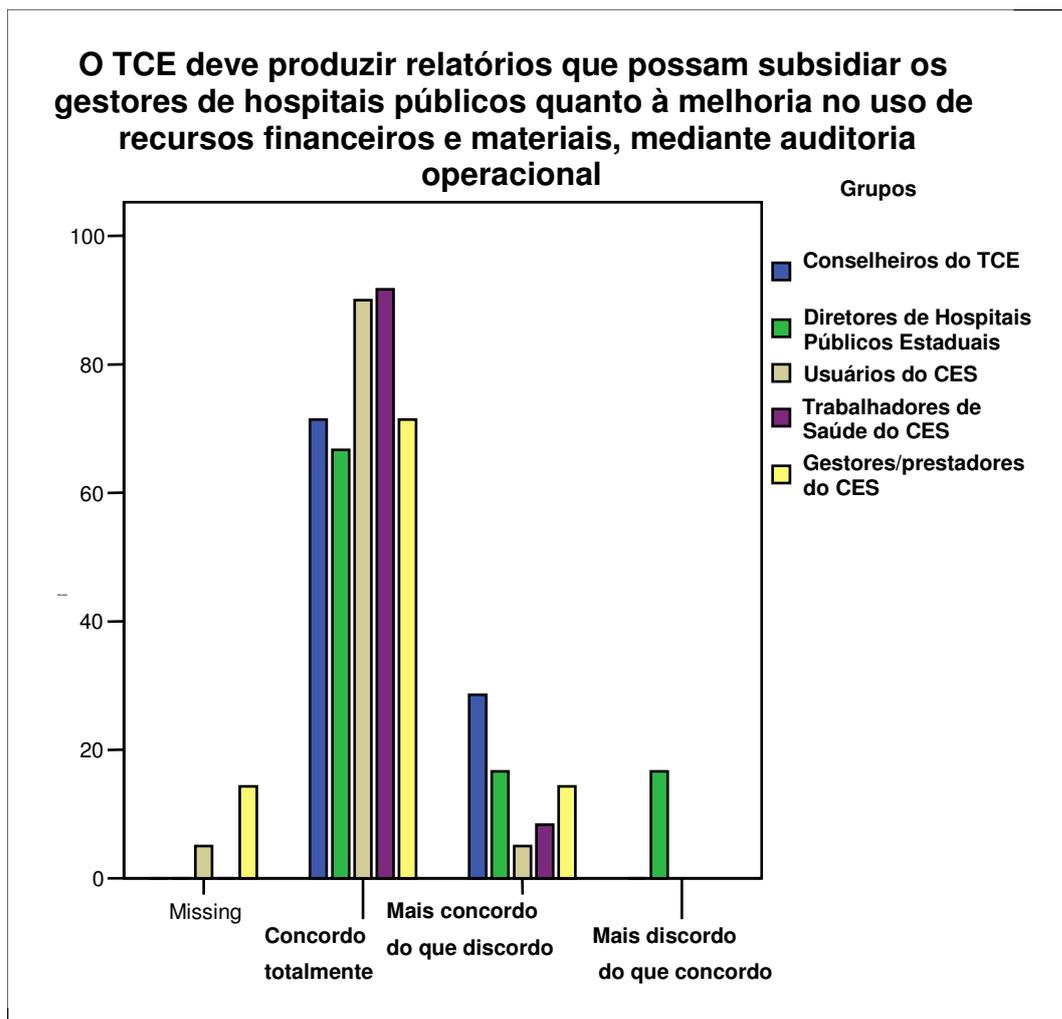
#### 4.11 RELATÓRIOS DO TRIBUNAL DE CONTAS PARA SUBSIDIAR OS GESTORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS QUANTO À MELHORIA NO USO DE RECURSOS FINANCEIROS E MATERIAIS

A décima primeira pergunta diz respeito ao dever do Tribunal de Contas de produzir relatórios que possam subsidiar os gestores de hospitais públicos

quanto à melhoria no uso de recursos financeiros e materiais, mediante auditoria operacional. O objetivo desta pergunta é identificar a percepção dos *stakeholders* no que tange ao dever do Tribunal de Contas de elaborar relatórios que subsidiem os gestores de hospitais públicos quanto a aspectos de gestão, especialmente no que se refira ao uso dos recursos financeiros e materiais. Esta atuação do Tribunal de Contas se dá por meio de auditoria operacional (prevista no artigo 70 da Constituição Federal), que é a auditoria que versa sobre a análise da gestão, verificando o cumprimento dos programas de governo, como também seus projetos e atividades.

Observa-se que houve uma concordância nas respostas, com as respostas dos grupos preponderantemente na opção “*concordo totalmente*”. Em outras palavras, para os diversos grupos de *stakeholders*, o Tribunal de Contas deve elaborar relatórios que subsidiem os gestores de hospitais públicos quanto a aspectos de gestão, especialmente no que se refira ao uso dos recursos financeiros e materiais.

Estatisticamente, o *p-value* (0,306) expressou essa concordância em um nível considerado fraco, como se nota nos critérios expostos no procedimento metodológico. Não obstante o grau de concordância não seja muito elevado, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existirem diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno deste quesito, pois o valor do *p-value* ultrapassou o do nível de significância.



**Gráfico 11 – Relatórios do Tribunal de Contas para subsidiar os gestores de hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos financeiros e materiais, mediante auditoria operacional**

#### **4.12 DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA REDE PÚBLICA**

A décima segunda questão refere-se à distribuição da quantidade de profissionais da saúde na rede pública. O objetivo da pergunta é capturar a percepção dos *stakeholders* no que se refere à distribuição da quantidade de

profissionais da saúde na rede pública do Estado de Pernambuco, isto é, se a quantidade de profissionais é bem distribuída ou não.

No que tange à relação entre esta pergunta e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação ocorre através da auditoria operacional não somente nos hospitais públicos, como nas políticas públicas de saúde. Pois, confrontando-se a distribuição dos hospitais por área geográfica e/ou concentração de especialidades médicas com a distribuição física e por tipo de enfermidades que assolem a população do Estado de Pernambuco, chegar-se-ia a um retrato da realidade a fim de possibilitar ao gestor público tomar decisões em nível de política governamental para tentar sanar ou minimizar o problema da distribuição inadequada de profissionais da saúde.

Verifica-se que houve uma grande concordância nas respostas, no sentido de os grupos de *stakeholders* opinarem que a quantidade de profissionais da saúde na rede pública não é bem distribuída, o que pode ser examinado a seguir:

- a resposta “*discordo totalmente*” foi a mais concentradora de respostas para quase todos os grupos, com exceção do grupo dos conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, os quais “*mais discordaram do que concordaram*”, embora seja uma resposta também na direção da discordância do enunciado da questão;
- o *p-value* de 0,536 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%), evidenciando uma forte concordância, segundo os critérios de graus de concordância postos no procedimento metodológico. Logo, deve-se

aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que assegura não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno desta questão.

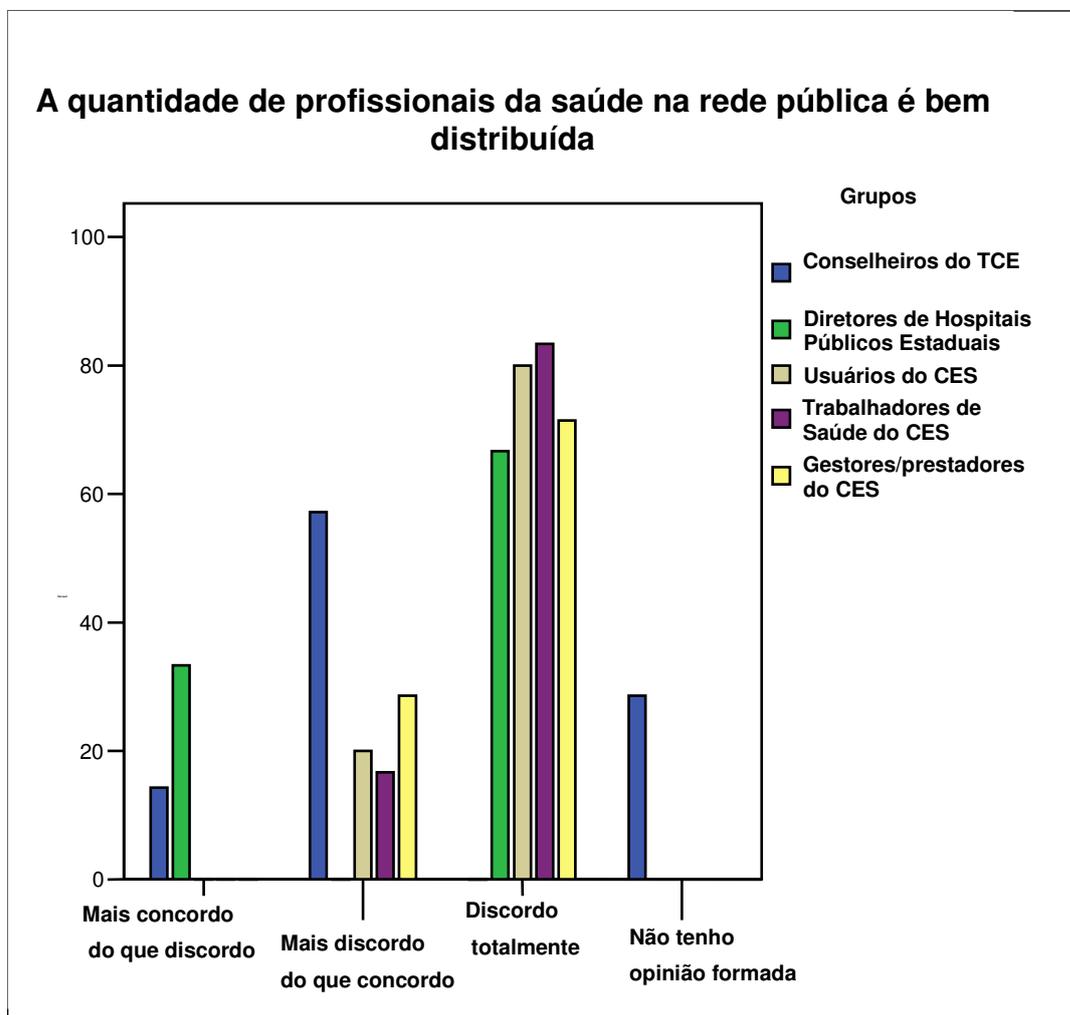


Gráfico 12 – A quantidade de profissionais da saúde na rede pública é bem distribuída

#### 4.13 REFLEXO NO CONTROLE INTERNO DAS AÇÕES DOS GESTORES

A décima terceira pergunta refere-se ao reflexo no sistema de controle interno dos hospitais públicos dos esforços dos gestores em criar as condições para uma avaliação adequada dos resultados, eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial. Ou seja, a pergunta almeja apreender a visão dos cinco grupos de *stakeholders* acerca do reflexo no controle interno

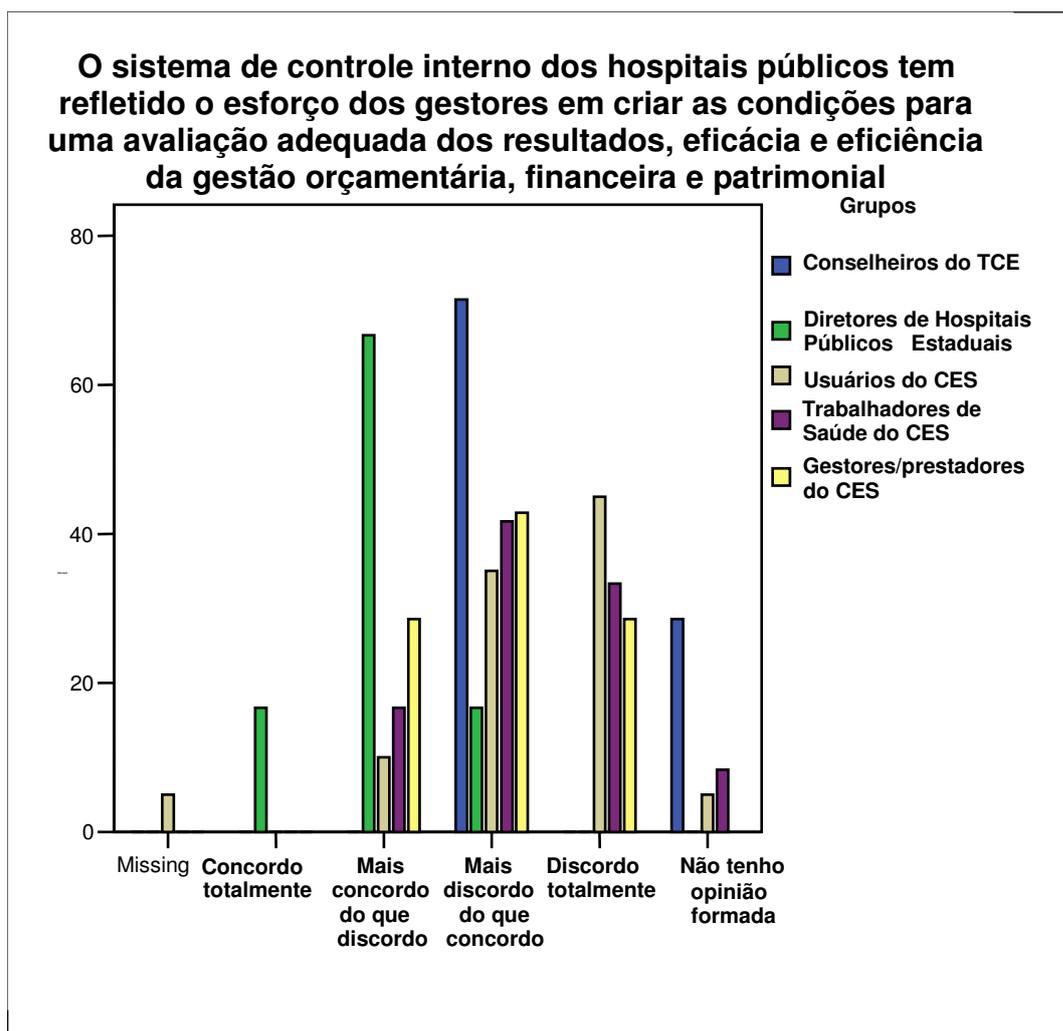
dos hospitais públicos provocado pelos esforços dos gestores em criar condições para avaliação das respectivas gestões.

Quanto à relação entre esta questão e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação se dá mediante a auditoria operacional nestes hospitais públicos, analisando-se a gestão e verificando-se aspectos de recursos materiais, financeiros e humanos. Os produtos de auditoria seriam relatórios que serviriam de base aos gestores de hospitais públicos a fim de que se aperfeiçoem na avaliação da eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial, trazendo benefícios efetivos à população.

Nota-se que houve uma discordância entre os grupos de *stakeholders*, pois o *p-value* de 0,014 ficou abaixo do nível de significância de 0,05 (5%), o que evidencia uma divergência entre os grupos, levando-se a rejeitar a hipótese nula  $H_0$ , isto é, existem diferenças expressivas entre as visões dos grupos em torno desta questão, como pode ser constatado abaixo:

- a resposta “*mais concordo do que discordo*” foi a preferida pelos diretores de hospitais públicos estaduais;
- a “*mais discordo do que concordo*” foi a alternativa selecionada pela maior parte dos grupos dos conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, dos trabalhadores de saúde com assento no Conselho Estadual de Saúde e do segmento dos gestores/prestadores com assento no CES;
- a opção “*discordo totalmente*” foi a mais destacada pelo grupo dos usuários do Conselho Estadual de Saúde.

Como se pode perceber, em linhas gerais, embora tenha havido divergência entre os grupos, estes, com exceção dos diretores de hospitais públicos estaduais, opinaram no sentido de que os esforços dos gestores em criar condições para avaliação das respectivas gestões não têm sido refletidos no controle interno dos hospitais públicos.



**Gráfico 13 – O sistema de controle interno dos hospitais públicos tem refletido o esforço dos gestores em criar as condições para uma avaliação adequada dos resultados, eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial**

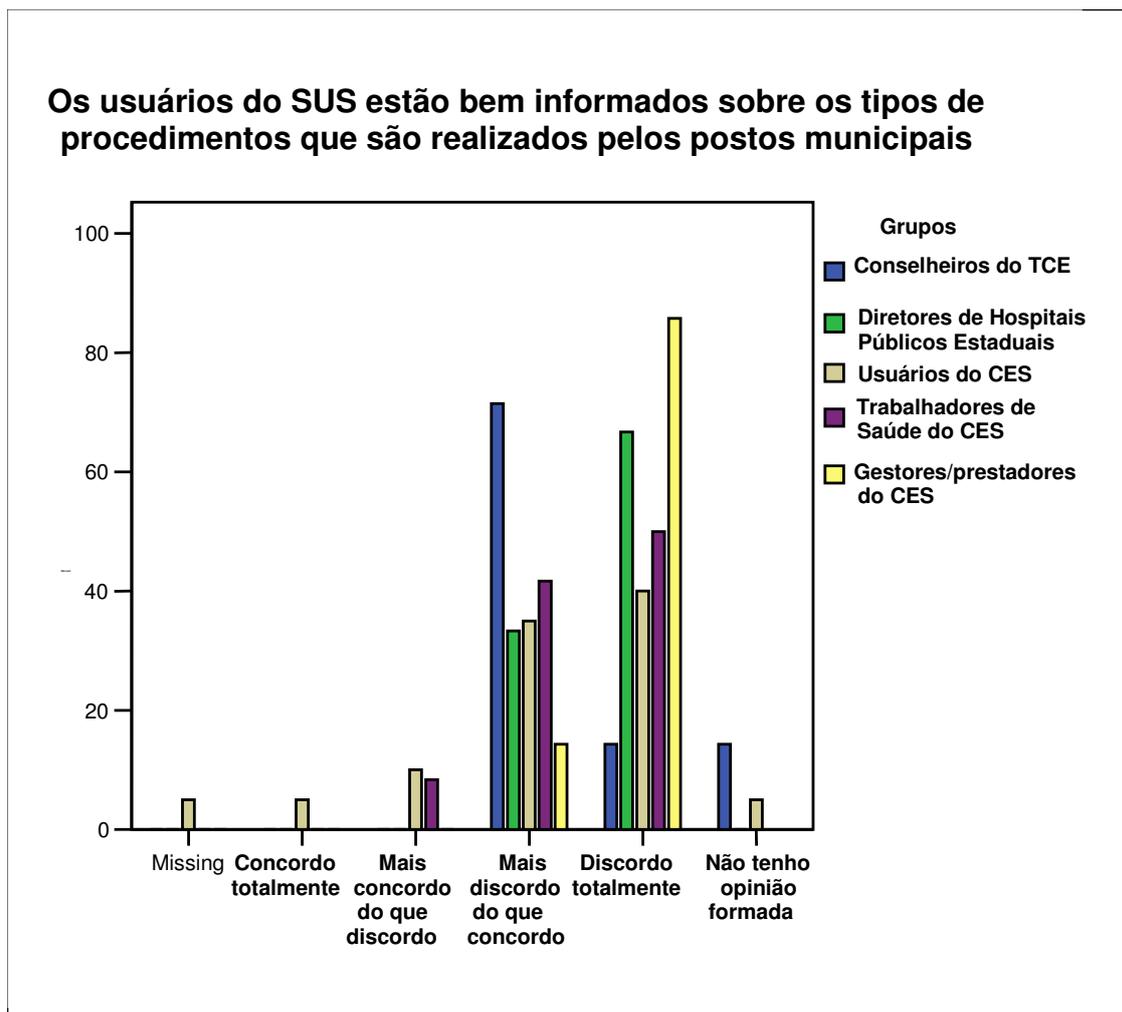
#### **4.14 INFORMAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS QUANTO AOS TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS POSTOS MUNICIPAIS**

O décimo quarto quesito é relativo à informação dos usuários do SUS quanto aos tipos de procedimentos realizados pelos postos de saúde municipais. O objetivo do quesito é capturar a visão dos *stakeholders* no que diz respeito ao conhecimento por parte dos usuários do SUS dos serviços prestados pelos postos de saúde municipais. Pois, quanto maior a informação, maior será a frequência nesses postos municipais, e menor será a demanda nos hospitais estaduais para tratar de enfermidades de baixa complexidade ou pequenos procedimentos, os quais seriam de responsabilidade da rede pública municipal de saúde prioritariamente, segundo a legislação relativa ao SUS. Em outras palavras, a informação dos usuários do SUS, quanto à divulgação dos procedimentos efetuados pelos postos de saúde municipais, acarretará um desafogo no atendimento dos hospitais públicos estaduais, que, por sua vez, proporcionarão uma melhoria no nível de atendimento à população que precise recorrer aos hospitais estaduais, especialmente nos casos de complexidade mais elevada.

O papel do Tribunal de Contas na promoção da efetividade destes hospitais públicos dar-se-ia por meio da auditoria operacional não somente nos hospitais, mas também em níveis municipais, tanto nos postos de saúde, quanto nos programas de governo na área de saúde. Já que deveriam ser observadas as normas do SUS para que a população receba um serviço eficiente e efetivo de saúde com informações claras sobre as competências municipais e estadual, dirigindo-se, assim, aos locais apropriados.

Observa-se que houve uma concordância nas respostas, na direção da discordância, com as respostas dos grupos preponderantemente na opção “*discordo totalmente*”, exceção feita ao grupo dos conselheiros do TCE, que responderam majoritariamente “*mais discordo do que concordo*”. Ou seja, para os grupos de *stakeholders*, os usuários do SUS não estão bem informados sobre os tipos de procedimentos que são realizados pelos postos municipais.

Estatisticamente, o *p-value* (0,454) expressou essa concordância em um nível considerado fraco, como se nota nos critérios expostos no procedimento metodológico. Apesar de o grau de concordância não ser forte, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno deste quesito, pois o valor do *p-value* ultrapassou o do nível de significância de 5%.



**Gráfico 14 – Os usuários do SUS estão bem informados sobre os tipos de procedimentos que são realizados pelos postos municipais**

#### **4.15 PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DA EFETIVIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS PELA IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE CONTROLE DE CUSTOS**

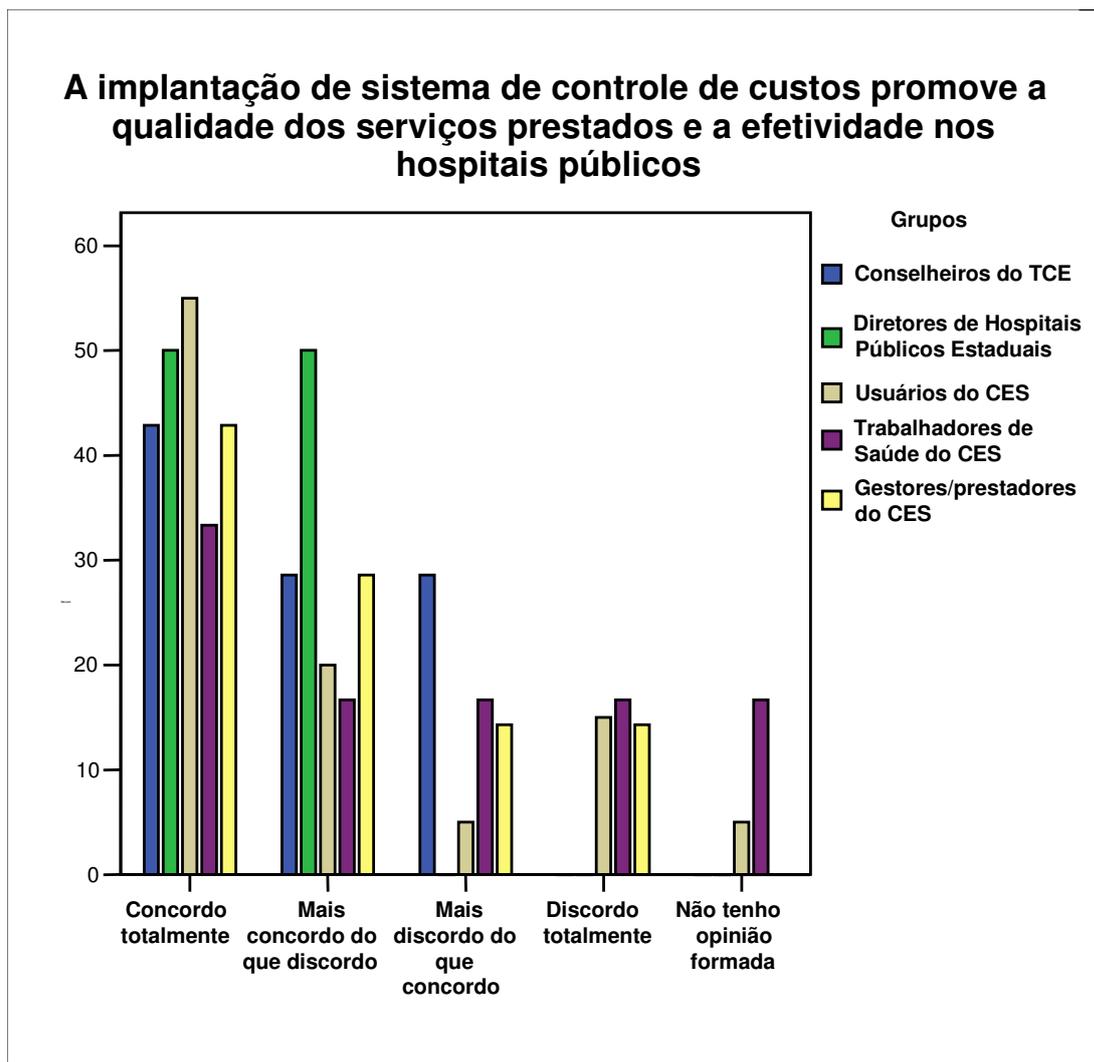
A décima quinta questão diz respeito à promoção da qualidade dos serviços prestados nos hospitais públicos, bem como a efetividade destes, provocadas pela implantação de sistema de controle de custos. O objetivo da pergunta é apreender a percepção dos grupos de *stakeholders* com relação

aos efeitos de se implantar um sistema de controle de custos em hospitais públicos, ou seja, se a implantação de sistema de controle de custos promove a qualidade dos serviços prestados nos hospitais públicos, como também a efetividade dos mesmos.

No que diz respeito à relação entre este quesito e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, o elo se dá através da auditoria operacional nestes hospitais públicos, analisando-se a gestão e verificando-se aspectos de recursos materiais, financeiros e humanos. Os produtos de auditoria seriam relatórios que serviriam de referência aos gestores de hospitais públicos se aperfeiçoem na avaliação da eficácia e eficiência da gestão, possibilitando trazer benefícios efetivos à população.

Verifica-se que houve uma forte concordância nas respostas, no sentido de os grupos opinarem que a implantação de sistema de controle de custos promove a qualidade dos serviços prestados, além da efetividade dos hospitais públicos. Isso pode ser averiguado como segue:

- a resposta “*concordo totalmente*” foi a que mais concentrou respostas em todos os grupos, seguida da “*mais concordo do que discordo*”, com a ressalva de que no grupo dos diretores de hospitais públicos estaduais houve um empate entre estas duas respostas;
- o *p-value* de 0,55 foi maior que o nível de significância de 0,05 (5%), configurando uma forte concordância, como se observa nos critérios estabelecidos no procedimento metodológico. Portanto, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que declara não haver diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno desta questão.



**Gráfico 15 – A implantação de sistema de controle de custos promove a qualidade dos serviços prestados, bem como a efetividade dos hospitais públicos**

#### **4.16 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS QUANTO À MELHORIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**

O objetivo da décima sexta pergunta é captar a visão dos *stakeholders* com relação à percepção do usuário do SUS quanto à melhoria nos serviços prestados pelos hospitais públicos estaduais. De outra forma, a questão visa

capturar se os esforços do gestor público da área de saúde (em especial da política de saúde pública do governo estadual orientando os gestores de hospitais públicos estaduais) em proporcionar melhoria nos serviços prestados pelos hospitais públicos estaduais à população têm sido percebidos pelos usuários do SUS. Em outras palavras, se o serviço de saúde prestado nos hospitais está evoluindo de modo eficiente e eficaz, objetivando resultados mais efetivos à população.

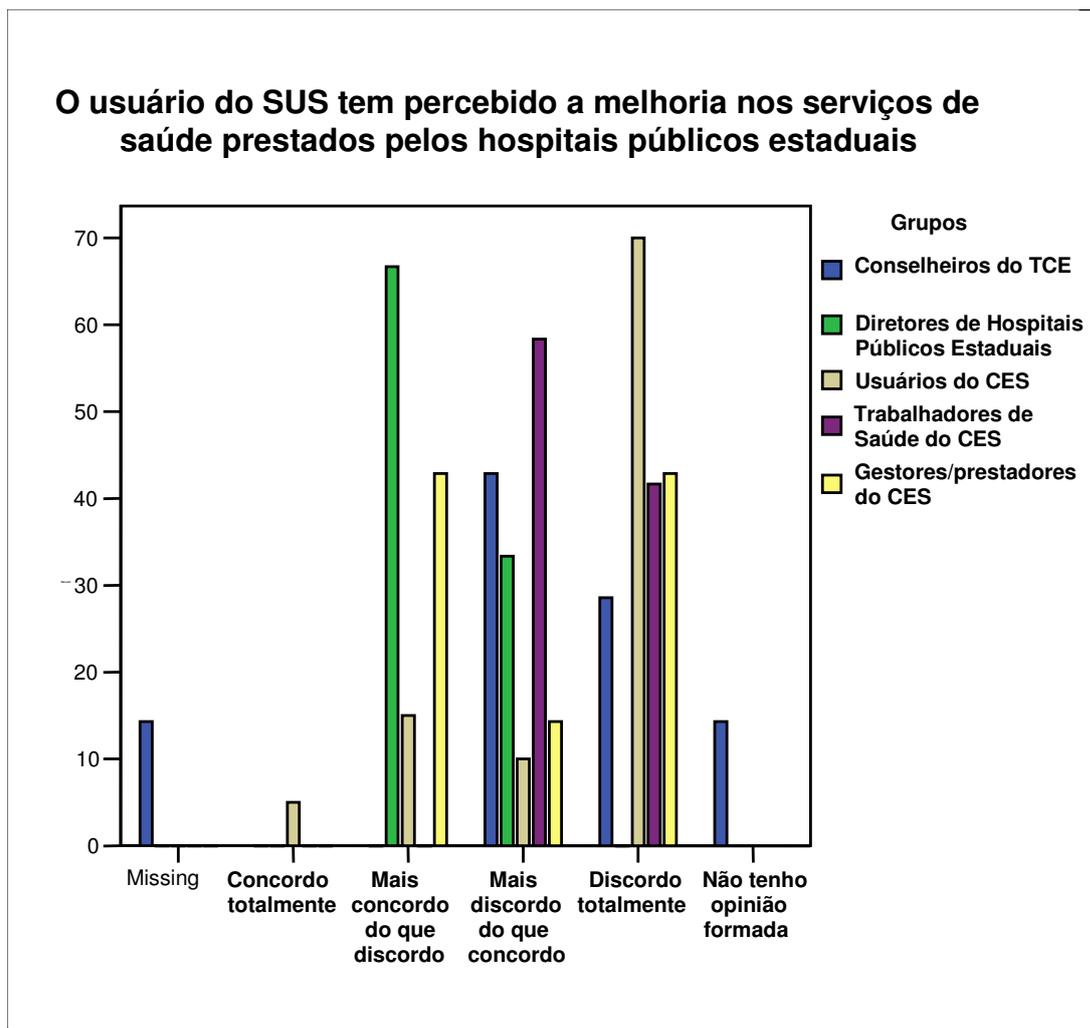
No que tange à relação entre esta pergunta e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a relação se dá através da auditoria operacional nestes hospitais públicos, verificando-se a gestão e seus aspectos de recursos materiais, financeiros e humanos, e utilizando-se de indicadores de desempenho, incluídos aí indicadores para tentar mensurar níveis de satisfação dos usuários atendidos pelo SUS. Os relatórios de auditoria serviriam de referência aos gestores de hospitais públicos para que se aperfeiçoem na avaliação da eficácia e eficiência da gestão e, desta forma, trazer benefícios efetivos à população.

Podem-se verificar graficamente as seguintes opiniões expressadas pelos diversos grupos de *stakeholders*:

- o grupo dos diretores de hospitais públicos estaduais foi o único a enfatizar a opção “*mais concordo do que discordo*”;
- o grupo dos representantes dos gestores/prestadores do Conselho Estadual de Saúde ficou majoritariamente dividido entre as opções “*mais concordo do que discordo*” e “*discordo totalmente*”;

- os grupos dos conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos representantes dos trabalhadores do Conselho Estadual de Saúde opinaram preferencialmente pela opção “*mais discordo do que concordo*”;
- o grupo dos representantes dos usuários do Conselho Estadual de Saúde destacou a opção “*discordo totalmente*”.

Nota-se que houve divergência entre os grupos de *stakeholders*, pois o *p-value* de 0,035 ficou abaixo do nível de significância de 0,05 (5%), o que evidencia divergência entre os grupos, levando-se a rejeitar a hipótese nula  $H_0$ , ou seja, há diferenças expressivas entre as visões dos grupos em torno desta questão.



**Gráfico 16 – O usuário do SUS tem percebido a melhoria nos serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais**

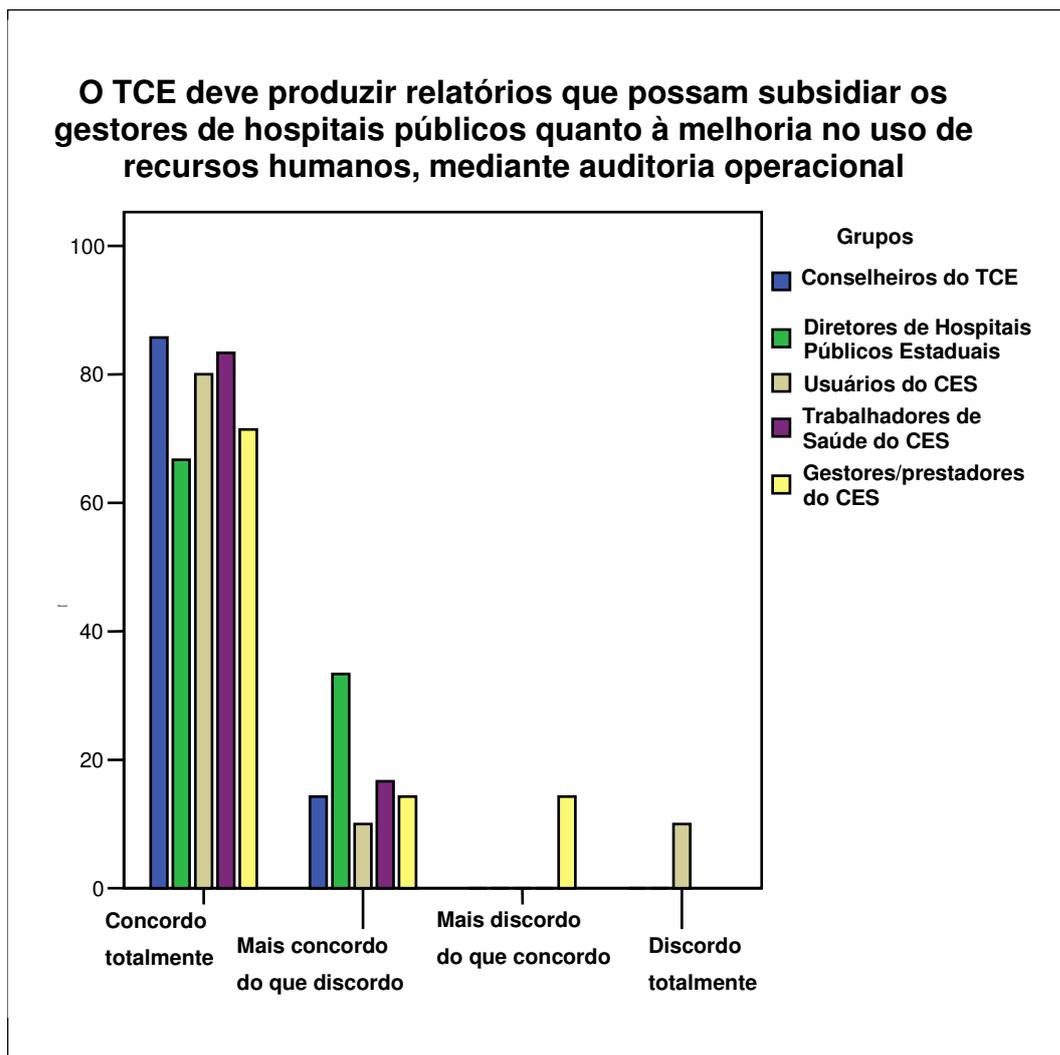
#### **4.17 RELATÓRIOS DO TRIBUNAL DE CONTAS PARA SUBSIDIAR OS GESTORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS QUANTO À MELHORIA NO USO DE RECURSOS HUMANOS**

A décima sétima questão trata do dever do Tribunal de Contas de produzir relatórios que possam subsidiar os gestores de hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos financeiros e materiais, mediante auditoria operacional. O objetivo desta questão é apreender o ponto de vista

dos *stakeholders* no que se refere ao dever do Tribunal de Contas de elaborar relatórios que subsidiem os gestores de hospitais públicos quanto a aspectos de gestão relativa aos recursos humanos. Esta forma de atuação do Tribunal de Contas, que versa sobre a análise da gestão, verificando o cumprimento dos programas de governo, bem como seus projetos e atividades, é a auditoria operacional, prevista no artigo 70 da Constituição Federal.

Observa-se que houve uma forte concordância nas respostas, com a opção “*concordo totalmente*” sobressaindo-se em todos os grupos de *stakeholders*. Em outras palavras, para os diferentes grupos de *stakeholders*, o Tribunal de Contas deve elaborar relatórios que subsidiem os gestores de hospitais públicos quanto a aspectos de gestão, especialmente no que se refira ao uso dos recursos humanos.

Estatisticamente, o *p-value* (0,896) expressou essa forte concordância, estando muito acima do nível de significância de 0,05 (5%). Assim, deve-se aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças significativas entre as percepções dos grupos em torno deste quesito.



**Gráfico 17 – Relatórios do Tribunal de Contas para subsidiar os gestores de hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos humanos, mediante auditoria operacional**

#### **4.18 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS ESTADUAIS DE SAÚDE APÓS A OBTENÇÃO DO ACESSO**

O décimo oitavo quesito relaciona-se com a prestação de serviços públicos de saúde após se conseguir atendimento a esses mesmos serviços. O objetivo do quesito é capturar a percepção dos cinco grupos de *stakeholders*

no que se refere à adequação da prestação de serviços públicos estaduais de saúde, depois de ter havido o acesso a esses serviços.

Pretendeu-se captar as percepções dos grupos, não de uma forma geral, quanto à prestação de serviços públicos estaduais de saúde, e sim para os usuários do SUS que transpuseram a barreira da dificuldade de acesso aos serviços públicos estaduais de saúde, haja vista as inúmeras reclamações relativas às imensas filas, às dificuldades na marcação de consultas em serviços ambulatoriais e nas próprias emergências, incluindo aí a carência de leitos devidos nos hospitais públicos estaduais. Deste modo, é mister que se tenha uma compreensão quanto ao nível de serviço público de saúde oferecido para os usuários do SUS que conseguiram ter acesso a esses serviços.

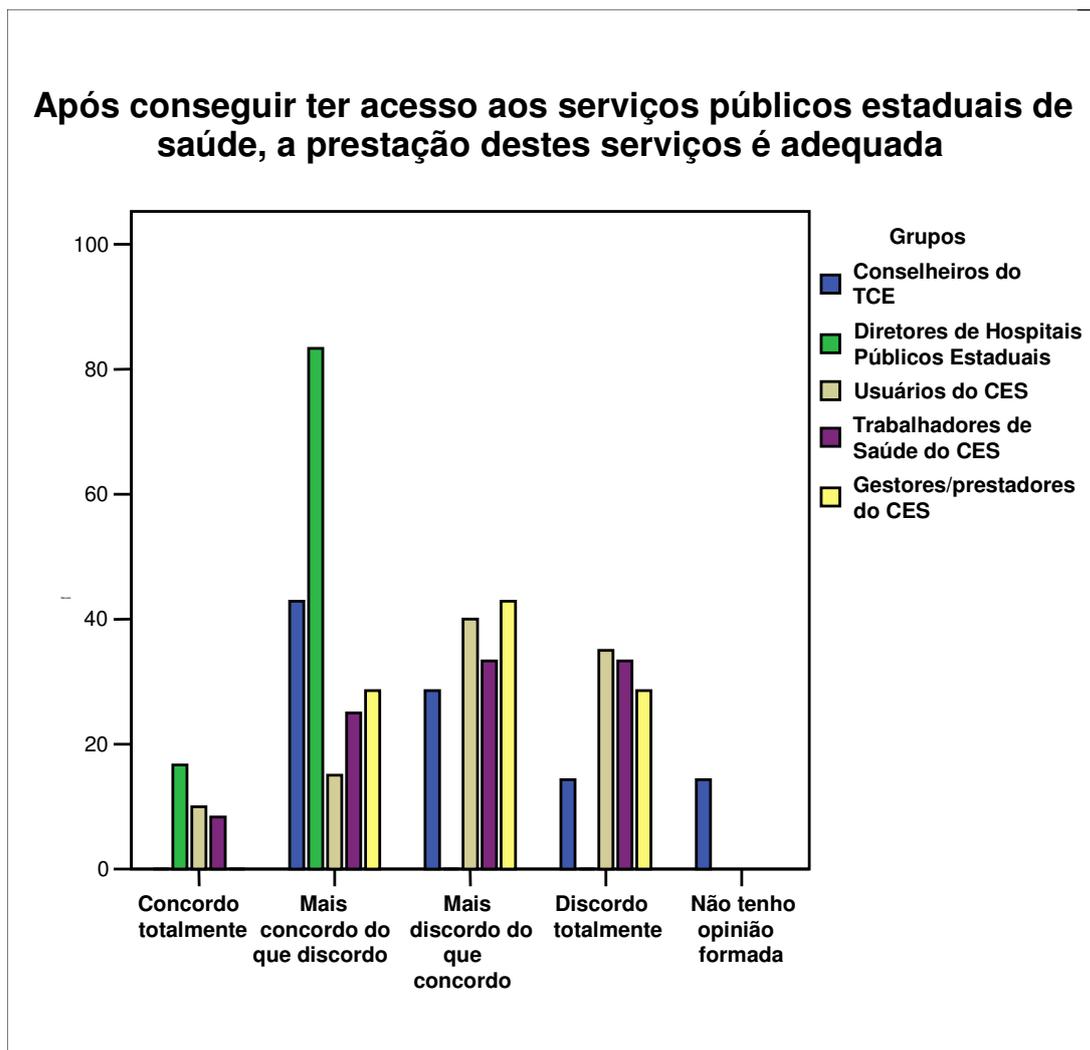
Quanto à relação entre este quesito e o papel do Tribunal de Contas em atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos, a ligação ocorre mediante a auditoria operacional nestes hospitais públicos, analisando-se a gestão, e utilizando-se de indicadores de desempenho, incluídos aí indicadores para tentar mensurar níveis de satisfação dos usuários atendidos pelo SUS. Os relatórios de auditoria serviriam de base aos gestores de hospitais públicos para que se aprimorem nas avaliações de seus desempenhos e, assim, beneficiar efetivamente à população.

Observa-se que houve uma fraca concordância nas respostas, como se pode verificar graficamente nas seguintes opiniões expressadas pelos diversos grupos de *stakeholders*:

- os grupos dos diretores de hospitais públicos estaduais e dos conselheiros do Tribunal de Contas do Estado enfatizaram a opção “*mais concordo do que discordo*”;
- os grupos dos representantes dos gestores/prestadores e dos usuários do Conselho Estadual de Saúde ficaram majoritariamente com a opção “*mais discordo do que concordo*”;
- o grupo dos representantes dos trabalhadores de saúde do Conselho Estadual de Saúde ficou majoritariamente dividido entre as opções “*mais discordo do que concordo*” e “*discordo totalmente*”.

Estatisticamente o *p-value* de 0,09 foi um pouco maior do que o nível de significância de 0,05 (5%), levando-se a aceitar a hipótese nula  $H_0$ , que afirma não existir diferenças significativas entre as visões dos grupos em torno desta questão. No entanto, devido ao baixo grau de concordância, já que o *p-value* fora de 0,09 neste quesito, se o nível de significância fosse aumentado para 10%, já estaria configurada a discordância entre os grupos.

Como se pode perceber, em linhas gerais, houve uma dicotomia entre a concordância e a discordância, com os grupos divididos no que tange à prestação dos serviços públicos estaduais de saúde ser adequada após a consecução de atendimento (ter acesso) a esses serviços.



**Gráfico 18 – Após conseguir atendimento (ter acesso) aos serviços públicos estaduais de saúde, a prestação destes serviços é adequada**

#### **4.19 O PAPEL DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO NA PROMOÇÃO DA EFETIVIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS QUANTO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Esta questão aberta buscou captar as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* no que tange ao papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos quanto à prestação de serviços de saúde.

Analisando-se as respostas abertas dos integrantes dos grupos de *stakeholders* separadamente, com a finalidade de obter, a partir de descrição do conteúdo das mesmas, categorias de análise (isto é, variáveis qualitativas oriundas da inferência das respostas abertas), então, serão dispostas abaixo as categorias relativas a cada grupo de *stakeholders*, com a exemplificação devida proveniente das respostas dos diversos *stakeholders*.

#### **- Grupo dos Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**

Observando-se as respostas dos sete Conselheiros, deduzem-se as seguintes categorias de análise:

- 1) Atuação do Tribunal de Contas em construção para a efetividade, incluindo aí o controle social

Como exemplo, têm-se as seguintes respostas:

...o Tribunal de Contas terá que ter uma atuação mais efetiva e mais direta, até para que esses hospitais possam dar um retorno à população, e o que nós sentimos hoje não é o ideal, principalmente esses hospitais mantidos pelo SUS, tanto na área federal, estadual, como municipal. E, para que a população tenha uma melhor assistência, lógico e evidente, que vai ser necessário um trabalho mais efetivo do Tribunal, nessa parte de saúde, e que nós direcionamos também como uma parte importante do Tribunal de Contas, com a preocupação com o cidadão de uma forma geral. (*sic*). (Conselheiro A) (*grifos nossos*)

Acho que o grande papel, aí, é, talvez, o Tribunal de Contas do Estado, que vem fazendo um papel de aproximação com a sociedade, no sentido de despertar as pessoas para o controle social, estimular também as pessoas a exercerem um papel de pressão, de cobrança, de reivindicação. ... Parcerias entre TCU e TCE para Auditorias Operacionais são o grande investimento a ser perseguido mais controle social. (*sic*) (Conselheiro B) (*grifos nossos*)

## 2) Atuação efetiva da auditoria enfocando aspectos operacionais e de legalidade

Como exemplo, têm-se as seguintes respostas:

Entendo que o papel do Tribunal de Contas do Estado, na promoção da efetividade dos hospitais públicos, deve ser dirigida sob dois aspectos: o aspecto da aplicação de recursos, da boa aplicação de recursos públicos do ponto de vista legal, e, sobretudo, do ponto de vista operacional. Se esses recursos que estão sendo gastos está atingindo o objetivo de atender bem, cada vez maior, cada vez mais um número maior de pessoas. Então, eu acho que o Tribunal tem um papel grande, e, inclusive, é um ramo da auditoria que o Tribunal está começando agora, a auditoria operacional. ... Então, eu acho que isto seria uma maneira também muito importante de o Tribunal atuar junto aos hospitais da rede pública do Estado. (sic) (Conselheiro C) (*grifos nossos*)

Seria, regra geral, o de fiscalizar a correta aplicação desses recursos, e, então, vendo se o gestor que administra os hospitais públicos, postos de saúde, estão aplicando os recursos corretamente, se estão cumprindo a Lei de Licitações, a Lei de Responsabilidade Fiscal, a lei financeira que existe. Esse é um lado importante do papel do Tribunal de Contas, mas tem um outro lado aí, que agora está ganhando força, que é a chamada auditoria operacional, o controle operacional, que é: não só uma preocupação se cumpriu a lei, se cumpriu a Constituição, se cumpriu a LRF, a Lei de Licitações, mas se aqueles recursos estão tendo resultados efetivos, num papel transformador da qualidade do serviço público de saúde. Então, o Tribunal durante muito tempo não agiu nessa seara, era mais o controle coercitivo, da punição, e agora vem desenvolvendo programas pilotos, no sentido de checar a qualidade do serviço prestado. E, aí, é um avanço grande. Porque muitas vezes você cumpre a legislação, cumpre a lei, mas a população não recebeu o benefício. O grande papel do Estado é esse: é de recrutar a receita da coletividade e devolver na forma, numa prestação de serviço público efetivo, que realmente mude a vida das pessoas. (sic) (Conselheiro D) (*grifos nossos*)

## 3) Atuação efetiva, com técnicos especializados

Como exemplo, têm-se as seguintes respostas:

Na verdade, o Tribunal, hoje, dentro de uma nova visão de Tribunais de Contas, do próprio controle externo, o resultado, custo-benefício de resultados, é uma questão observada pelos Tribunais. E, cada vez mais, uma preocupação básica do Tribunal é saber se efetivamente o recurso gasto foi bem gasto, e se ele veio atender às necessidades e aos reclamos da população de forma efetiva e com qualidade de serviço. Para tanto, o Tribunal de Contas, no último ano que passou, realizou um concurso público, onde criou e inovou, como sempre, um cargo de auditor das contas médicas, que é o único Tribunal do Brasil que hoje possui esses quadros, que são cinco auditores de contas médicas, especificamente para cuidar das questões relativas ao

controle externo da saúde. É uma área hoje até bastante conflituosa em termos de seus atendimentos, e é necessário que o gasto público seja maximizado, cada vez mais, para atender de forma a universalizar, como também a melhorar a qualidade do serviço. Então, o Tribunal não se preocupa hoje apenas com o gasto. Ele se preocupa como este gasto está sendo realizado e como a população-alvo está sendo, está recebendo esse direito, porque isso não é um benefício, isto constitucionalmente é um direito: a saúde do cidadão. Então, o Tribunal de Contas de Pernambuco se aprimora no sentido de já obter um novo quadro para que possa dar a dimensão, dentro do controle externo, que a área de saúde e precisamente também os hospitais necessitam para melhor desenvolver um trabalho de gestão pública e de atendimento de qualidade. (sic) (Conselheiro E) (grifos nossos)

Eu creio que o Tribunal de Contas tem um papel fundamental na questão da saúde pública do Estado e dos municípios, uma vez que é um direito assegurado constitucionalmente. E, exatamente, com esse objetivo, foi que, num recente concurso público realizado pelo Tribunal de Contas, e sentindo a nossa deficiência para prestar a colaboração ao serviço público, nós criamos os cargos de médicos e para-médicos e profissionais assemelhados à Medicina, para que nos possibilitasse de um instrumental humano capaz de realizar esse objetivo no Tribunal de Contas. (sic) (Conselheiro F) (grifos nossos)

### **- Grupo dos Diretores dos seis maiores hospitais públicos estaduais que possuem maior autonomia financeira**

Observando-se as respostas dos Diretores respondentes, deduzem-se as seguintes categorias de análise:

#### **1) Atuação preventiva e educativa, mediante auditoria operacional**

A atuação do TCE na promoção da efetividade dos hospitais públicos, teria caráter educativo, preventivo e com auditorias operacionais, com caráter punitivo nos casos necessários. (sic) (Diretor X) (grifos nossos)

Considero que o investimento *percapita* no Brasil é muito abaixo do necessário para suprir as demandas do Setor de Saúde, uma atuação mais efetiva do Tribunal de Contas, em princípio educativo e preventivo e, posteriormente coercitivo, viria com certeza otimizar os recursos e conseqüentemente melhorar a efetividade do Sistema, refletindo em um salto de qualidade nos indicadores do SUS. Muito embora somente a luta permanente de toda sociedade por um maior volume de recursos para a saúde, poderá minimizar a grande diferença do Brasil, para outras nações com melhor qualidade na atenção a saúde da sua população. (sic) (Diretor Y) (grifos nossos)

Educativo, preventivo e subsidiar o gestor. (sic) (Diretor Z) (*grifos nossos*)

Sempre voltar-se para os atos médicos e em segundo plano para os atos administrativos. (sic) (Diretor W) (*grifos nossos*)

## 2) Atuação coercitiva e punitiva

A atuação do TCE na promoção da efetividade dos hospitais públicos, teria caráter educativo, preventivo e com auditorias operacionais, com caráter punitivo nos casos necessários. (sic) (Diretor X) (*grifos nossos*)

Considero que o investimento *percapita* no Brasil é muito abaixo do necessário para suprir as demandas do Setor de Saúde, uma atuação mais efetiva do Tribunal de Contas, em princípio educativo e preventivo e, posteriormente coercitivo, viria com certeza otimizar os recursos e conseqüentemente melhorar a efetividade do Sistema, refletindo em um salto de qualidade nos indicadores do SUS. Muito embora somente a luta permanente de toda sociedade por um maior volume de recursos para a saúde, poderá minimizar a grande diferença do Brasil, para outras nações com melhor qualidade na atenção a saúde da sua população. (sic) (Diretor Y) (*grifos nossos*)

## **- Grupo dos representantes do Conselho Estadual de Saúde – segmento dos Usuários**

Observando-se as respostas dos representantes do Conselho Estadual de Saúde – segmento dos Usuários – respondentes, deduzem-se as seguintes categorias de análise, ressaltando-se que são exemplificativas, não exaurindo-se todas as respostas, em virtude do grande número de respondentes.

### 1) Atuação mediante controle rigoroso na fiscalização, inclusive com caráter coercitivo/punitivo

O papel do TCE deveria ser:

- 1) Controle rigoroso com os gastos com Saúde Pública, quanto aos preços,
- 2) compra de material,
- 3) finalidade dos equipamentos comprados,
- 4) reforma estrutural dos prédios

Quanto a finalidade do material empregado nas construções – “Eu nunca vi um hospital particular, tipo Santa Joana, Memorial, cair uma parede. Quanto custa???

Ex: Maternidade Bandeira Filho, foi reformada recente, inaugurada, e já novamente em Reforma Estrutural. B.F. Afogados.

Controle em relação à Estrutura X contratação de pessoal X serviços.

Ex: Tem sempre “dinheiro” p/ parede – tijolos, quase nunca p/ o pessoal

UTI – constrói-se sem funcionar.

TCE – Deveria ser + pró ativo no controle preventivo.

“O dinheiro público é muito frouxo, sem controle. (sic) (Conselheiro X do CES)

Com fiscalização constante do gerenciamento financeiro, bem como da gestão de pessoal (muitas vezes relativizada, com má distribuição deste corpo) e ações educativas voltadas para a capacitação dos gestores públicos e dos usuários do SUS, concretizando assim o controle social. (sic) (Conselheiro Y do CES) (*grifos nossos*)

O papel do Tribunal de Contas do Estado seria fiscalizar se os recursos está sendo bem aplicado e exigir prestação de contas dessa verba. (sic) (Conselheiro Z do CES) (*grifos nossos*)

Orientar, fiscalizar e pressionar em busca de melhoria nos serviços de saúde pública que, no momento, hoje, está a desejar, deixando vidas com seqüelas bastante avançadas, bem como, mortes antecipadas de pacientes por negligências médicas e a falta de atendimentos adequados (por atendimento inadequado) dos hospitais. (Conselheiro Q do CES) (*grifos nossos*)

O Tribunal de Contas deveria fazer valer a punição em caso de desvio de verba pública. (Conselheiro W do CES) (*grifos nossos*)

O Tribunal de Contas do Estado tem um papel importante e fundamental na realização das Políticas Públicas de Saúde, deve aplicar as Leis quando necessárias mas pode também tem o seu papel educativo. Conselho Estadual de Saúde deve trabalhar ladoado com o Tribunal de Contas do estado. O Conselho Estadual de Saúde terá que recorrer ao Tribunal de Contas quando os recursos públicos não estão sendo aplicados devidamente. O Conselho Estadual tem o seu papel fundamental por ser uma estância de Controle Social. (sic) (Conselheiro T do CES) (*grifos nossos*)

Acho que se o Tribunal de Contas cumprisse bem seu papel de fiscalizador dos orçamentos públicos, especialmente dos recursos do SUS, oriundos das verbas federais, estaduais e municipais, já seria uma grande contribuição para a garantia das políticas públicas em saúde no Estado de Pernambuco. (Conselheiro U do CES) (*grifos nossos*)

TCE deve ser rigoroso na auditoria na aplicação dos recursos públicos. (sic) (Conselheiro V do CES) (*grifos nossos*)

## 2) Atuação preventiva e educativa

...

TCE – Deveria ser + pró ativo no controle preventivo.

“O dinheiro público é muito frouxo, sem controle.” (*sic*) (Conselheiro X do CES) (*grifos nossos*)

Com fiscalização constante do gerenciamento financeiro, bem como da gestão de pessoal (muitas vezes relativizada, com má distribuição deste corpo) e ações educativas voltadas para a capacitação dos gestores públicos e dos usuários do SUS, concretizando assim o controle social. (*sic*) (Conselheiro Y do CES) (*grifos nossos*)

O principal papel é orientação e estudo de viabilidade financeira. (Conselheiro R do CES) (*grifos nossos*)

Orientar, fiscalizar e pressionar em busca de melhoria nos serviços de saúde pública que, no momento, hoje, está a desejar, deixando vidas com seqüelas bastante avançadas, bem como, mortes antecipadas de pacientes por negligências médicas e a falta de atendimentos adequados (por atendimento inadequado) dos hospitais. (Conselheiro Q do CES) (*grifos nossos*)

O Tribunal de Contas do Estado tem um papel importante e fundamental na realização das Políticas Públicas de Saúde, deve aplicar as Leis quando necessárias mas pode também tem o seu papel educativo. Conselho Estadual de Saúde deve trabalhar ladoado com o Tribunal de Contas do estado. O Conselho Estadual de Saúde terá que recorrer ao Tribunal de Contas quando os recursos públicos não estão sendo aplicados devidamente. O Conselho Estadual tem o seu papel fundamental por ser uma estância de Controle Social. (*sic*) (Conselheiro T do CES) (*grifos nossos*)

*A priori* desenvolver uma atividade de caráter política-pedagógica, a fim de *a posteriori* garantir um processo democrático ao controle social do SUS. (*sic*) (Conselheiro S do CES) (*grifos nossos*)

No meu entendimento o TC/PE deveria ter as funções educativas, preventivas e de acompanhamento e controle dos serviços garantindo a plena efetividade e a transformação desejada. (*sic*) (Conselheiro P do CES) (*grifos nossos*)

## 3) Atuação possibilitando o controle social – com parceria com este controle

Com fiscalização constante do gerenciamento financeiro, bem como da gestão de pessoal (muitas vezes relativizada, com má distribuição deste corpo) e ações educativas voltadas para a capacitação dos gestores públicos e dos usuários do SUS, concretizando assim o controle social. (*sic*) (Conselheiro Y do CES) (*grifos nossos*)

O Tribunal de Contas é um parceiro importante na formação informação para efetivar o contrato social. (sic) (Conselheiro M do CES) (grifos nossos)

O Tribunal de Contas do Estado tem um papel importante e fundamental na realização das Políticas Públicas de Saúde, deve aplicar as Leis quando necessárias mas pode também tem o seu papel educativo. Conselho Estadual de Saúde deve trabalhar ladoado com o Tribunal de Contas do estado. O Conselho Estadual de Saúde terá que recorrer ao Tribunal de Contas quando os recursos públicos não estão sendo aplicados devidamente. O Conselho Estadual tem o seu papel fundamental por ser uma instância de Controle Social. (sic) (Conselheiro T do CES) (grifos nossos)

*A priori* desenvolver uma atividade de caráter política-pedagógica, a fim de *a posteriori* garantir um processo democrático ao controle social do SUS. (sic) (Conselheiro S do CES) (grifos nossos)

O papel do TC/PE, é importante, para que facilite o entendimento sob o controle social, em Pernambuco, na área de saúde. (sic) (Conselheiro N do CES) (grifos nossos)

Ao Tribunal de Contas deve-se alusão ao seu papel institucional e aos procedimentos de foro interno ao seu funcionamento. Contudo ressalto a necessidade de investimentos quanto aos aspectos de controle externos e publicização das ações do referido órgão/instância. É fundamental e urgente o aprimoramento das relações inter-institucionais do T.C. com a instância de controle social do SUS, a saber dos Conselhos de Saúde. (sic) (Conselheiro O do CES) (grifos nossos)

## **- Grupo dos representantes do Conselho Estadual de Saúde – segmento dos Trabalhadores de Saúde**

1) Atuação mediante controle rigoroso na fiscalização, inclusive com caráter coercitivo/punitivo

O papel do Tribunal de Contas do Estado deveria fazer o seu trabalho, de forma a cumprir o que já está disposto nas suas atribuições, e além disso fazer cobrança aos Gestores dos Hospitais Públicos, quando forem encontradas irregularidades, ou seja tem que fazer auditorias constantes. (sic) (Conselheiro L do CES) (grifos nossos)

Um maior controle nos gastos, a fim de melhorar e melhor distribuir suas ações e serviços aos usuários. (sic) (Conselheiro K do CES) (grifos nossos)

Mais fiscalização no trato com o dinheiro público freqüente nos setores das unidades de saúde DP. (Departamento de Pessoal Financeiro. *(sic)* (Conselheiro J do CES) *(grifos nossos)*)

## 2) Atuação possibilitando o controle social/com parceria com este controle

Acredito que TC deveria atuar de maneira mais aberta à sociedade desde a divulgação dos seus objetivos e discussão dos mesmos com a sociedade organizada envolvida como nos resultados periódicos destes ou destas variáveis. *(sic)* (Conselheiro I do CES) *(grifos nossos)*

Acredito que TCE deve estar interligado com a política descentralizada de prestação de contas, onde a população possa ter acesso, bem como monitorar o processo. (Conselheiro H do CES) *(grifos nossos)*

## - Grupo dos representantes do Conselho Estadual de Saúde – segmento dos Gestores/Prestadores

### 1) Atuação preventiva e educativa

Traduzir e comunicar com clareza o Princípio Constitucional da Eficiência praticados pelos gestores dos H. Públicos, assim como produzir relatórios que possam ajudar os gestores de H. Públicos a melhorar a qualidade dos recursos públicos, humanos através de auditoria de operação. *(sic)* (Conselheiro E do CES) *(grifos nossos)*

O TC essencialmente deveria desenvolver ações preventivas de acompanhamento dos serviços. (Conselheiro F do CES) *(grifos nossos)*

Receber sistematicamente o relatório físico financeiro – avaliar com base nas metas/indicadores – promover discussões dos resultados de forma proativa, tendo em vista ajustes/correções pertinentes a realidade que se deseja na prestação dos serviços públicos. *(sic)* (Conselheiro G do CES) *(grifos nossos)*

Como conclusão das variáveis qualitativas, de um modo geral, percebe-se que o papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos, quanto à prestação de serviços de saúde, na visão dos diferentes grupos de *stakeholders*, deveria ser: um controle rigoroso com atuação coercitiva e punitiva; como também uma atuação educativa e

preventiva; além de uma atuação que possibilite o controle social, com uma parceria do próprio Tribunal de Contas com as entidades representativas da sociedade, representando o controle social, a fim de prosseguir em direção à efetividade na fiscalização dos recursos públicos.

Na tabela abaixo, há o resultado genérico relativo às percepções dos diversos grupos de *stakeholders* quanto às questões fechadas, a fim de confrontar com as respostas da questão aberta:

**Tabela 3 – Percepções dos Grupos de Stakeholders nas Questões Fechadas**

<b>Questão</b>	<b>Concordância entre os Grupos de Stakeholders</b>	<b>Percepções dos Grupos de Stakeholders nas Questões Fechadas</b>
Questão 1	Concordam entre si	Tribunal de Contas deveria atuar mais educativa e preventivamente perante os hospitais públicos
Questão 2	Concordam entre si	Os usuários do SUS não confiam nos serviços prestados pelos postos de saúde municipais
Questão 3	Concordam entre si	A quantidade de profissionais da saúde na rede pública não é adequada
Questão 4	Concordam entre si	A acesso aos serviços públicos de saúde nos hospitais públicos estaduais não é adequado
Questão 5	Concordam entre si	A forma de atuação do Tribunal de Contas perante os hospitais públicos, não está conseguindo traduzir e comunicar com clareza o <i>Princípio Constitucional da Eficiência</i> , praticado pelos gestores dos hospitais públicos
Questão 6	Concordam entre si	Os pequenos procedimentos, via de regra, são procurados pelos usuários do SUS em postos municipais
Questão 7	Concordam entre si	As categorias conceituais – eficiência, eficácia, efetividade e resultados – não fazem parte das características de funcionamento dos hospitais públicos
Questão 8	Concordam entre si	A concentração de serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais, em Recife, tem prejudicado a universalização do acesso aos serviços de saúde
Questão 9	Concordam entre si	O Tribunal de Contas não deveria ser tão coercitivo, em termos legais, perante os hospitais públicos
Questão 10	Divergem entre si	Apesar da divergência, os grupos opinaram no sentido de o atendimento oferecido aos usuários do SUS não ser tempestivo e humanizado
Questão 11	Concordam entre si	O Tribunal de Contas deve elaborar relatórios, mediante auditoria operacional, que subsidiem os gestores de hospitais públicos quanto a aspectos de gestão, especialmente no que se refira ao uso dos recursos financeiros e materiais
Questão 12	Concordam entre si	A quantidade de profissionais da saúde na rede pública não é bem distribuída

Questão 13	Divergem entre si	Embora tenha havido divergência, os grupos opinaram no sentido de que os esforços dos gestores em criar condições para avaliação das respectivas gestões não têm sido refletidos no controle interno dos hospitais públicos
Questão 14	Concordam entre si	Os usuários do SUS não estão bem informados sobre os tipos de procedimentos que são realizados pelos postos municipais
Questão 15	Concordam entre si	A implantação de sistema de controle de custos promove a qualidade dos serviços prestados, além da efetividade dos hospitais públicos
Questão 16	Divergem entre si	Embora tenha ocorrido divergência, a maioria dos grupos opinaram no sentido de que os usuários do SUS não têm percebido a melhoria nos serviços prestados pelos hospitais públicos estaduais
Questão 17	Concordam entre si	O Tribunal de Contas deve elaborar relatórios, mediante auditoria operacional, que subsidiem os gestores de hospitais públicos quanto a aspectos de gestão, especialmente no que se refira ao uso dos recursos humanos
Questão 18	Concordam entre si	Houve uma dicotomia entre a concordância e a discordância, com os grupos divididos no que tange à prestação dos serviços públicos estaduais de saúde ser adequada após a consecução de atendimento (ter acesso) a esses serviços

As questões fechadas de números 1, 5, 9, 11 e 17 referem-se ao papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, como órgão de controle externo competente para fiscalizar as entidades e órgãos públicos. Enquanto que os outros quesitos tiveram por intento apoiar essas questões-chave ao apreender as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* no que tange à efetividade na atuação dos serviços públicos de saúde destinados à população, especialmente dos hospitais públicos estaduais.

Ao avaliar as respostas à questão aberta com aquelas relativas às questões fechadas, verifica-se que houve uma confluência nas idéias, especificamente em relação às questões-chave (1, 5, 9, 11 e 17), concernentes ao papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, como órgão de controle externo competente para fiscalizar os hospitais públicos.

As outras questões fechadas serviram de apoio às questões-chave e à questão aberta no sentido de evidenciar como o Tribunal de Contas deveria atuar na promoção da efetividade dos hospitais públicos estaduais.

Logo, como conclusão das variáveis qualitativas, após o confronto com as outras questões fechadas, compreende-se em linhas gerais que o papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos, quanto à prestação de serviços de saúde, no ponto de vista dos diversos grupos de *stakeholders*, deveria ser um controle rigoroso com uma atuação coercitiva e punitiva, sem esquecer de uma atuação educativa e preventiva ante a gestão dos próprios hospitais públicos.

Essas formas de atuação do Tribunal de Contas, combinando-se com uma atuação que possibilite o controle social, com uma parceria do próprio Tribunal de Contas com as entidades representativas da sociedade, que desempenham o controle social, alcançariam à efetividade na fiscalização dos recursos públicos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte, serão sintetizados os principais resultados da pesquisa relacionando com os objetivos delineados, fazendo-se, no próximo capítulo, algumas sugestões para futuras pesquisas.

O presente trabalho foi conduzido com o propósito de obter evidências empíricas sobre a percepção dos *stakeholders* interessados na atuação dos hospitais públicos do Estado de Pernambuco acerca do papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, na condição de órgão de controle externo, no que se refere ao seu exercício, enquanto promotor da efetividade dos hospitais públicos estaduais.

Os aspectos conceituais identificados na fundamentação teórica foram organizados no sentido de adotar-se um instrumento de pesquisa em forma de questionário, de acordo com o procedimento metodológico proposto no capítulo 3.

Na etapa seguinte, o questionário foi submetido aos diversos grupos de *stakeholders* integrantes da população estudada. As respostas relativas à questão aberta tiveram como objetivo apreender as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* no que tange ao papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos quanto à prestação de serviços de saúde, ao passo que as questões fechadas de números 1, 5, 9, 11 e 17 referiram-se ao papel do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, como órgão de controle externo competente para fiscalizar as entidades e órgãos públicos. Ao passo que as demais questões fechadas tiveram por finalidade apoiar estas questões-chave ao capturar as percepções

dos diferentes grupos de *stakeholders* no tocante à efetividade na atuação dos serviços públicos de saúde destinados à população, em especial dos hospitais públicos estaduais. Os dados obtidos foram apresentados e analisados no capítulo 4.

Utilizou-se o teste não-paramétrico Prova de Kruskal-Wallis para  $k$  amostras independentes, com o objetivo de se identificar e mensurar o grau de percepção dos diferentes grupos de *stakeholders* integrantes da amostra para a análise quantitativa das dezoito questões fechadas. As hipóteses foram testadas, buscando-se apurar se as percepções dos participantes da pesquisa são convergentes em relação às questões investigadas de acordo com os objetivos propostos.

Em conformidade com os dados da Tabela 2, observa-se que as percepções dos diferentes grupos de *stakeholders* foram concordantes, com relação a 83,33% das questões, ressalvando-se que, em 50% dos quesitos, houve concordância em um grau considerado fraco pelos critérios adotados no procedimento metodológico.

As formas de atuação do Tribunal de Contas, compatibilizando-se com uma atuação que possibilite o controle social, com uma parceria do próprio Tribunal de Contas com as entidades representativas da sociedade, exercendo o controle social, culminariam na efetividade da fiscalização dos recursos públicos.

## 6 CONCLUSÃO

A análise qualitativa, que evidenciou as percepções dos *stakeholders* sobre a atuação do TCE, veio a corroborar os dados obtidos na análise quantitativa, onde, de uma forma geral, apreende-se que o papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos, quanto à prestação de serviços de saúde, na visão dos diferentes grupos de respondentes, deve ser: um controle rigoroso com atuação coercitiva e punitiva; como também uma atuação educativa e preventiva.

## 7 RECOMENDAÇÕES

No desenvolvimento desta pesquisa, foram identificados alguns temas ligados ao foco aqui delineado, mas que não foi possível fazer-se uma análise sobre eles. Por outro lado, as limitações impostas à pesquisadora impediram a exploração de outras dimensões relevantes ao tema, objeto de estudo.

Desse modo, em pesquisas futuras, sugere-se o aprofundamento de estudos na área de gestão pública, especificamente na abordagem dos seguintes aspectos:

- identificação dos principais fatores que impeçam uma maior efetividade do Tribunal de Contas, como órgão de controle externo, para com a fiscalização na área de saúde pública;
- identificação dos principais fatores que impeçam uma maior efetividade do Tribunal de Contas, como órgão de controle externo, para com a fiscalização

em outras áreas de grande impacto social, tais como: educação, segurança pública e políticas públicas de emprego e renda;

- interação entre a gestão pública e as diversas formas de controle, com a finalidade de oferecer um retorno mais efetivo à sociedade;
- análise da formação acadêmica e experiência profissional dos conselheiros dos Tribunais de Contas para verificar a capacidade dos mesmos em entender a missão dos órgãos fiscalizados, em confronto com os resultados das práticas contábeis.

As sugestões acima especificadas ensejam a possibilidade de haver pesquisas que possam promover uma Administração Pública que seja capaz de gerir os recursos a ela confiados de forma econômica, eficiente, eficaz e efetiva para a sociedade que a própria Administração Pública representa.

## 8 REFERÊNCIAS

ADHIKARI, Shiva Raj; MASKAY, Nephil Matangi. **Health sector policy in the first decade of Nepal's multiparty democracy: Does clear enunciation of health priorities matter?**. Health Policy. v. 68. 2004.

ALMEIDA, Verônica. Novos Desafios do SUS. **Jornal do Commercio**. Recife, 01 ago. 2004. Folha Cidades, p. 02.

ALVES, M. A. **Terceiro Setor: as origens do conceito**. ENANPAD, XXVI. Anais... (CD-ROM). Salvador, Bahia, Out. 2002.

BARACHO, Maria Amarante Pastor. A importância da gestão de contas públicas municipais sob as premissas da *governance* e *accountability*. **Revista Tribunal de Contas de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 129-161, jan./mar. 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEZERRA FILHO, João Eudes; REVORÊDO, Wirla; NUNES, Cristiane. **Gestão econômica aplicada em entidade governamental. Anais do X Congresso Brasileiro de Custos**. Guarapari-ES, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, **Lei Federal N.º 11.079, de 30 de dezembro de 2004**. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

BRASIL, **Lei Federal N.º 10.825, de 22 de dezembro de 2003**. Dá nova redação aos artigos 44 e 2.031 da Lei n 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil.

BRASIL. **Lei Federal N.º 10.406 de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. **Lei Federal N.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Estatui a Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. **Lei Federal N.º 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração dos orçamentos e balanços da União, dos Estados dos Municípios e do Distrito Federal.

BRASIL. Lei de Responsabilidade Fiscal. **Lei Complementar Federal N.º 101 de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade fiscal e dá outras providências.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado para a cidadania – A Reforma Gerencial brasileira na perspectiva institucional. **ENAP**, Brasília-DF, n. 34, 1998.

\_\_\_\_\_ Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, ano 47, vol 120, n 1, Brasília, Jan/abril 1996.

BRINKERHOFF, Derick W. **Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance**. Health Policy and Planning. v. 19 (6). 2004.

BROWN, Cynthia; PAGÁN, José A.; RODRÍGUES-OREGGIA, Eduardo. **The decision-making process of health care utilization in Mexico**. Health Policy. v. 72. 2005.

CALLADO, A.L.C.; PAIVA, R.M. M. **O Controle Social na Administração Pública: Propostas para Estruturar e Estimular seu Desenvolvimento**. ENANPAD, XXVIII. Anais... (CD-ROM). Curitiba, Paraná, Set. 2004.

CAJUEIRO, Juliana Pinto de Moura. **Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos**. Campinas, Dissertação de Mestrado, UNICAMP, 2004.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. Tese de Doutorado em Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP, 2002.

CENEVIVA, Ricardo. **Avaliação e Accountability: a Avaliação de Políticas Públicas e a Introdução de Mecanismos de Controle Social na Gestão da Política Educacional e do Programa de DST/AIDS no Estado de São Paulo**. ENANPAD, XXIX. Anais... (CD-ROM). Brasília, Distrito Federal, Set. 2005.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luiz Barros; RIBEIRO, José Mendes. Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário institucional. **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas, Instituto de Economia/UNICAMP, 2001.

COZBY, Paul C. **Métodos de pesquisas em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

DINIZ, João Helder Alves da Silva. **O reflexo dos ajustes das Organizações Não-Governamentais Internacionais - ONGIs, às modernas práticas administrativas, sobre o seu caráter institucional - original**. Recife, 2000.

151 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco.

DINIZ, Josedilton Alves. **Percepções de gestores e assessores contábeis da Administração Pública sobre aspectos do sistema de custos e resultados: uma análise em prefeituras municipais do Estado da Paraíba.** João Pessoa, 2004. 133p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade de Brasília.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia.** 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

FADUL, Élvia; SOUZA, Antonio R. **Políticas de Reformas da Administração Pública Brasileira: Uma Compreensão a partir de seus Mapas Conceituais.** ENANPAD, XXIX. Anais... (CD-ROM). Brasília, Distrito Federal, Set. 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio.** 1. ed. 13<sup>a</sup> impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FERREIRA, Pinto. **Comentários à Constituição Brasileira.** v. III. São Paulo: Saraiva, 1992.

FIGUEIREDO, Carlos Maurício. **Ética na gestão pública e exercício da cidadania: o papel dos tribunais de contas brasileiros como agências de accountability. O caso do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco.** VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, Oct. 2002.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **Avaliação de ações governamentais: pontos para um começo de conversa**. Brasília: mimeo, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, Ricardo Corrêa. **Stakeholder Mangement in the Local Government Decision-Making Area: Evidences from a Triangulation Study with the English Local Government**. ENANPAD, XXVIII. Anais... (CD-ROM). Curitiba, Paraná, Set. 2004.

GROSS, Revital. **A consumer-based tool for evaluating the quality of health services in the Israeli health care system following reform**. Health Policy. v. 68. 2004.

HEFFORD, Martin; CRAMPTON, Peter; FOLEY, Jon. **Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment**. Health Policy. v. 72. 2005.

HOMEDES, Núria; UGALDE, Antonio. **Why neoliberal health reforms have failed in Latin America**. Health Policy. v. 71. 2005.

HOREV, Tuvia; BABAD, Yair M. **Healthcare reform implemation: stakeholders and their roles – the Israeli experience**. Health Policy. v. 71. 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**, 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEVY, E. (1999). **Controle social e controle de resultados – um balaço dos argumentos e da experiência recente**. in BRESSER PEREIRA, L C e Cunill Grau, Nuria. *O público não estatal na reforma do Estado*. Editora Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro.

LEWIS, Maureen; ESKELAND, Gunnar; TRAA-VALEREZO, Ximena. **Primary health care in practice: is it effective?**. Health Policy. v. 70. 2004.

LIMA, Flávia Danielle Santiago. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 4, n. 46, out. 2000. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=337>>. Acesso em: 19 fev. 2005.

MACHADO, Nelson. **Sistema de informação de custo: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental**. São Paulo, Tese de Doutorado, FEA/USP, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MATIAS PEREIRA, José. **Finanças Públicas: A Política Orçamentária no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1999.

MEDEIROS, P.H.R.; MATIAS PEREIRA, José. **Controle Social no Brasil: Confrontando a Teoria, o Discurso Oficial e a Legislação com a Prática**. EnAPG, I. Anais... (CD-ROM). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Nov. 2004.

O'DONNELL, G. **Horizontal Accountability in New Democracies**. Journal of Democracy, Volume 9, Number 3, July, 1998.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Tradução de Sérgio Fernando Guarischi Bath e Ewandro Magalhães Jr. 9. ed. Brasília: MH Comunicação, 1997.

PERNAMBUCO. **Lei Estadual N.º 12.765, de 27 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre o Programa Estadual de Parceria Público-Privada, e dá outras providências.

PERNAMBUCO. **Lei Estadual N.º 12.501, de 16 de dezembro de 2003**. Altera a Lei Ordinária n.º 12.297, de 12 de dezembro de 2002, que dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco - CES-PE, e dá outras providências.

PERNAMBUCO. **Lei Estadual N.º 12.297, de 12 de dezembro de 2002**. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco - CES-PE, e dá outras providências.

PERNAMBUCO. **Resolução N.º 196, de 16 de abril de 2003**. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco - CES-PE, e dá outras providências.

PINHO, José Antônio G.; IGLESIAS, Diego M.; SOUZA, Ana Carolina P. **Governo Eletrônico, Transparência, Accountability e Participação: o que Portais de Governos Estaduais no Brasil Mostram**. ENANPAD, XXIX. Anais... (CD-ROM). Brasília, Distrito Federal, Set. 2005.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Modelo gerencial para a eficácia de hospitais públicos: análise no âmbito de uma entidade de ensino e assistência.** São Paulo. Tese de Doutorado em Controladoria e Contabilidade – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo/USP, 2002.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. Controle Gerencial para entidades da administração pública. **Finanças Públicas, Anais do II Prêmio STN de Monografia.** Brasília/DF, 1998.

RIBEIRO FILHO, José Francisco; CAMPELO, Sebastião Marcos; ARAÚJO, Fábio da Silva. **Os websites dos Tribunais de Contas como instrumentos de accountability: uma análise empírica das informações disponibilizadas.** ENANPAD, XXIX. Anais... (CD-ROM). Brasília, Distrito Federal, Set. 2005.

ROQUETE, Fátima Ferreira. **Desafios para a Gestão Pública Contemporânea: A Experiência da Implantação da Gestão Pela Qualidade na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.** EnAPG, I. Anais... (CD-ROM). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Nov. 2004.

ROSA, Rodríguez-Monguió; ALBERTO, Infante Campos. **Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities.** Health Policy. v. 68. 2004.

SCHEDLER, A. (1999). "Conceptualizing Accountability", In A. Schedler, Larry Diamond and Marc F. Plattner (eds), **The Self-Restraining State: Power and**

**Accountability in New Democracies**, Boulder and London: Lynne Rienner, pp. 14-17.

SELTIZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Heder, 1965.

SIEGEL, Sidney. **Estatística Não-Paramétrica**. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil, Ltda., 1979.

SILVA, Francisco de A. C.; BELÉM, Átila C. S. **Accountability e Políticas Públicas para o Controle da Lavagem de Dinheiro: Uma abordagem Comparativa das Estratégias do Brasil e EUA**. ENANPAD, XXIX. Anais... (CD-ROM). Brasília, Distrito Federal, Set. 2005.

SILVA, Francisco Carlos da Cruz. **Controle Social: reformando a administração para a sociedade**. Brasília/DF, Prêmio Serzedello Corrêa – Monografias Vencedoras –, 2001.

SILVA JÚNIOR, Antoniel Souza Ribeiro da. Controle das contas municipais pelos cidadãos. Comentários ao art. 31 da Constituição Federal. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 7, n. 66, jun. 2003. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=4174>>. Acesso em: 19 fev. 2005.

STEDE, Wim A. Van der; YOUNG, S. Mark; CHEN, C. Xiaoling. **Assessing the quality of evidence in empirical management research: The case of survey studies**. *Accounting Organizations and Society*. v. 30. 2005.

STREEFLAND, Pieter. **Public health care under pressure in sub-Saharan Africa**. Health Policy. v. 71. 2005.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e Administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998, p. 170.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva, **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

TROSA, Sylvie. **Gestão Pública por Resultados – Quando o Estado se Compromete**. Brasília/DF, Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 1999.

YOUNG, S. Mark. **Survey research in management accounting: a critical assessment**. A. J. Richardson (Ed.), Research methods in accounting: Issues and debates. CGA Canada Research Foundation. 1996.

ZINKHAN, George M.; BALAZS, Anne L. Balazs. **A stakeholder-integrated approach to health care management**. Health Policy. v. 68. 2004.

## APÊNDICE – QUESTIONÁRIO APLICADO NO LEVANTAMENTO DOS DADOS



Questão aberta:

Para o Sr(a)., qual seria o papel do Tribunal de Contas do Estado na promoção da efetividade dos hospitais públicos quanto à prestação de serviços de saúde?

Observação: A efetividade está relacionada com objetivos e indicadores de impactos, resultados, na realidade que se quer transformar.

Questões Fechadas:

1 – A forma de atuação do Tribunal de Contas deveria ser do tipo educativo e preventivo perante os hospitais públicos.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

2 – Os usuários do SUS têm confiança nos serviços prestados pelos postos de saúde municipais.

- Concordo totalmente

- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

3 – A quantidade de profissionais da saúde na rede pública é adequada.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

4 – O acesso aos serviços públicos de saúde, em hospitais públicos estaduais, é adequado.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

5 – A forma de atuação do Tribunal de Contas perante os hospitais públicos é capaz de traduzir e comunicar com clareza o *Princípio Constitucional da Eficiência*, praticado pelos gestores dos hospitais públicos.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo

- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

6 – Os pequenos procedimentos, via de regra, são procurados pelos usuários do SUS em postos municipais.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

7 – Eficiência, Eficácia, Efetividade e Resultados são categorias conceituais que fazem parte das características de funcionamento dos hospitais públicos.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

8 – A concentração de serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais, em Recife, tem prejudicado a universalização do acesso aos serviços de saúde.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo

- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

9 – A forma de atuação do Tribunal de Contas deveria ser do tipo coercitivo perante os hospitais públicos.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

10 – O atendimento oferecido aos usuários do SUS é tempestivo e humanizado.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

11 – O Tribunal de Contas deve produzir relatórios que possam subsidiar os gestores de hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos financeiros e materiais, mediante auditoria operacional.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo

- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

12 – A quantidade de profissionais da saúde na rede pública é bem distribuída.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

13 – O sistema de controle interno dos hospitais públicos tem refletido o esforço dos gestores em criar as condições para uma avaliação adequada dos resultados, eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

14 – Os usuários do SUS estão bem informados sobre os tipos de procedimentos que são realizados pelos postos municipais.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo

- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

15 – A implantação de sistema de controle de custos promove a qualidade dos serviços prestados, bem como a efetividade nos hospitais públicos.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

16 – O usuário do SUS tem percebido a melhoria nos serviços de saúde prestados pelos hospitais públicos estaduais.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

17 – O Tribunal de Contas deve produzir relatórios que possam subsidiar os gestores de hospitais públicos quanto à melhoria no uso de recursos humanos, mediante auditoria operacional.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo

- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada

18 – Após conseguir atendimento (ter acesso) aos serviços públicos estaduais de saúde, a prestação destes serviços é adequada.

- Concordo totalmente
- Mais concordo do que discordo
- Mais discordo do que concordo
- Discordo totalmente
- Não tenho opinião formada